UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR ANTONIO FRAGA MOURET"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

"EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION ESTETICA INFORMADA POR EL PACIENTE TRAS CIRUGIA DE CANCER BASOCELULAR FACIAL UTILIZANDO EL CUESTIONARIO ¨FACE-Q MODULO CANCER DE PIEL¨

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA PLASTIA Y RECONSTRUCTIVA

Presenta:

Dra. Andrea Nachón Acosta

Asesor:

Dr. Francisco Vladimir Rojas Aguilar

Ciudad de México 2025

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION ESTETICA INFORMADA POR EL PACIENTE TRAS CIRUGIA DE CANCER BASOCELULAR FACIAL UTILIZANDO EL CUESTIONARIO ¨FACE-Q¨ MODULO CANCER DE PIEL¨

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

Dr. Jesús Arenas Osuna
Jefe de la División de Educación en Salud
Hospital de Especialidades ¨Dr. Antonio Fraga Mouret¨ Centro Medico Nacional ¨La Raza¨
IMSS

Dr. Julio Ortega Ocampo
Profesor Titular del curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva
Hospital de Especialidades ¨Dr. Antonio Fraga Mouret¨ Centro Médico Nacional ¨La Raza¨
IMSS

Dr. Francisco Vladimir Rojas Aguilar
Profesor Ayudante del curso de subespecialización en Cirugía Plástica y Reconstructiva.
Hospital de Especialidades ¨Dr. Antonio Fraga Mouret¨ Centro Médico Nacional ¨La Raza¨
IMSS

No. De Registro: R-2024-3501-031

Dra. Andrea Nachón Acosta
Medico Residente de cuarto año de la Subespecialidad en Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades ¨Dr. Antonio Fraga Mouret¨ Centro Médico Nacional ¨La Raza¨
IMSS

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION ESTETICA INFORMADA POR EL PACIENTE TRAS CIRUGIA DE CANCER BASOCELULAR FACIAL UTILIZANDO EL CUESTIONARIO ¨FACE-Q¨ MODULO CANCER DE PIEL¨

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

Dr. Jesús Arenas Osuna
Jefe de la División de Educación en Salud
Hospital de Especialidades ¨Dr. Antonio Fraga Mouret¨ Centro Médico Nacional ¨La Raza¨
IMSS

Dr. Julio Ortega Ocampo
Profesor Titular del curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva
Hospital de Especialidades ¨Dr. Antonio Fraga Mouret¨ Centro Médico Nacional ¨La Raza¨
IMSS

Dr. Francisco Vladimir Rojas Aguilar
Profesor Ayudante del curso de subespecialización en Cirugía Plástica y Reconstructiva.
Hospital de Especialidades ¨Dr. Antonio Fraga Mouret¨ Centro Médico Nacional ¨La Raza¨
IMSS

No. De Registro: R-2024-3501-031

ÍNDICE *Pág.*

RESUMEN.	5
ABSTRACT.	6
INTRODUCCION	7
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS.	13
DISCUSIÓN.	22
CONCLUSIÓN.	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	29
ANEXOS.	34

Resumen:

Material y métodos:

Se realizó un estudio tipo observacional, analítico, transversal, prospectivo. Se recopilaron datos demográficos del paciente, comorbilidades, características de la lesión neoplásica y el tipo de reconstrucción empleada de los pacientes que acudieron a la consulta externa de cirugía plástica y reconstructiva con reconstrucción posterior a resección de carcinoma basocelular facial durante el periodo de Enero 2023 a Junio 2023 en el hospital de especialidades Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional la raza del instituto mexicano del seguro social. Posteriormente se realizó la estadística descriptiva de cada variable utilizando medidas de tendencia central media, mediana, moda, desviación estándar y porcentajes. Se realizó una evaluación de la relación entre los factores de riesgo y el cuestionario aplicado, utilizando un modelo bivariado de cociente de riesgo proporcional (OR) con intervalos de confianza del 95%. Todos los valores de $p<0.05$ se consideran estadísticamente significativos.

Resultados:

Se evaluaron a 144 pacientes de los cuales el 63.2% fueron de sexo femenino, con edad promedio de 73.41 años. La ubicación anatómica más frecuente fue la nariz (13%), el tipo de reconstrucción más usada fue el colgajo local (76.4%) y la mayoría de los pacientes presentaron cicatrización normal (88.9%). El 84.2% de los pacientes refirieron satisfacción estética.

Conclusiones: Se observo que la mayoría de los pacientes se encuentran satisfechos con los resultados estéticos postoperatorios, así mismo se identificó que la técnica de reconstrucción influye en la satisfacción.

Palabras Clave: Carcinoma basocelular facial, Cuestionario Face-Q.

Abstract:

Materials and methods:

An observational, analytical, cross-sectional, prospective study was carried out. Patient demographic data, comorbidities, characteristics of the neoplastic lesion and the type of reconstruction used were collected from the patients who attended the plastic and reconstructive surgery outpatient clinic with reconstruction after resection of facial basal cell carcinoma during the period from January 2023 to June 2023 at the Antonio Fraga Mouret specialty hospital of the National La Raza Medical Center of the Mexican Social Security Institute.

Subsequently, descriptive statistics were carried out for each variable using measures of central tendency mean, median, mode, standard deviation and percentages. An evaluation of the relationship between the risk factors and the questionnaire applied was carried out, using a bivariate proportional risk (OR) knowledge model with 95% confidence intervals. All values of $p<0.05$ are considered statistically significant.

Results:

144 patients were evaluated, of which 63.2% were female, with an average age of 73.41 years. The most common anatomical location was the nose (13%), the most used type of reconstruction was the local flap (76.4%) and the majority of patients presented normal healing (88.9%). 84.2% of patients reported aesthetic satisfaction.

Conclusions: It is observed that the majority of patients are satisfied with the postoperative aesthetic results, and it was also identified that the reconstruction technique influences satisfaction.

Keywords: Facial basal cell carcinoma, Face-Q Questionnaire.

Introducción

Cada año en el mundo se producen entre dos y tres millones de canceres de piel. En México, en 2011 los casos de cáncer de piel fueron 17,836 integrando un 14.68% de todos los tumores del tejido conectivo (1). Aproximadamente 70-80% de los canceres de piel se producen en la cabeza y el cuello, para los cuales la escisión quirúrgica es el tratamiento estándar (2). El cáncer de piel se divide en dos grandes grupos: melanoma y no melanoma; dentro de este último se engloba el carcinoma basocelular y el espinocelular, así como tumores malignos de anexos o células de Merkel (7). El riesgo de un sujeto para desarrollar cáncer de piel depende de factores constitucionales y ambientales. Dentro de estos los factores constitucionales incluyen la historia familiar, cabello claro o rojo, múltiples nevos melanocíticos y sensibilidad a la exposición solar. Por otro lado, el factor ambiental más importante y bien establecido es la radiación ultravioleta (UV) (32).

El carcinoma es una forma de cáncer de piel que proviene de células tipo epitelial o glandular y se divide en carcinomas epidermoides y los adenocarcinomas. El carcinoma epidermoide se divide en dos formas: carcinoma de células escamosas y carcinoma basocelular, siendo el carcinoma basocelular el tumor maligno cutáneo que se reporta con mayor frecuencia (1). El carcinoma basocelular es un cáncer de piel común que surge de la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Inicia en la piel e invade otros tejidos, es localmente invasivo, agresivo y destructivo tanto en la propia piel como en las estructuras circundantes (3). Este carcinoma tiene variantes histológicas que son: nodular, superficial, micronodular, infiltrante, morfeiforme, basoescamoso y mixto, dependiendo la histología y otras características clínicas determinan si se trata de alto o bajo riesgo y el margen quirúrgico que se establece a cada uno (5). Las variantes histológicas de carcinoma basocelular de bajo riesgo incluyen al nodular y superficial en los cuales se recomienda por la Red Nacional Integral de Cáncer resecar la lesión con un margen de 4mm para evitar recidiva de la neoplasia. En los casos de carcinoma basocelular con variantes histológicas de

alto riesgo como el micronodular, infiltrante, morfeiforme, basoescamoso y mixto se recomienda resecar la lesión con un margen de 6 a 10mm (16).
La topografía más frecuente del carcinoma basocelular es la cara (82.3%) con predominio en la nariz (4). Se ha reportado un aumento del carcinoma basocelular en los últimos años en todo el mundo. Debido a conductas inapropiadas, como exposición al sol desde la infancia, usar cámaras de bronceado y aplicar bloqueador solar una vez al día. Debido a esto y a su alta incidencia, esta patología debería ser considerada un problema de salud pública (7).

Existen diferentes opciones terapéuticas para el tratamiento del carcinoma basocelular, las cuales dependen de la variante clínica, localización y tamaño. Las prioridades del abordaje deben enfocarse en alcanzar la erradicación completa del tumor y conseguir resultados funcionales óptimos y estéticos aceptables (13).
El tratamiento se resume en dos variantes: procedimientos no quirúrgicos y quirúrgicos. Los procedimientos no quirúrgicos engloban el curetaje, la electrodesecacion, la criocirugía, radioterapia, el interferón intralesional, el 5-fluorouracilo (5-FU), terapia fotodinámica, retinoides y el imiquimod. Dentro de los procedimientos quirúrgicos podemos enumerar las técnicas excisionales y la cirugía de Mohs (7).
La cirugía excisional se considera el tratamiento de elección del carcinoma basocelular por 2 motivos principales: permite obtener los más altos porcentajes de curación y facilita el control histológico de los márgenes de resección (6). La decisión de la técnica quirúrgica empleada va relacionada con el tamaño de la lesión neoplásica, sitio quirúrgico y comorbilidades del paciente, por lo que la decisión quirúrgica se individualizara para cada paciente, pudiendo ofrecer desde un cierre primario, un colgajo local de avance, rotación, trasposición o un injerto cutáneo.
Sin embargo, aunque la resección quirúrgica no ocasiona un deterioro funcional importante, las cicatrices posquirúrgicas pueden ser muy notorias y tener un impacto psicosocial notable en el paciente. Estos cambios en la apariencia facial pueden provocar ansiedad, depresión y aislamiento social en el paciente independientemente de su magnitud (8).

La calidad de vida es unos de los criterios de valoración más importantes en los resultados de cáncer facial, pero los médicos en ocasiones subestiman la importancia de la apariencia de la cirugía resultante y las cicatrices que un médico puede considerar menor se pueden traducir en ansiedad y timidez para el paciente (9). La perspectiva del paciente sobre su resultado estético es cada vez más importante. Sin embargo, como la apariencia es subjetiva, los instrumentos de resultados informados por el paciente (PROM) son cuestionarios diseñados para cuantificar la perspectiva del paciente sobre su enfermedad y/o tratamiento (5). Estos cuestionarios representan medidas estandarizadas para cuantificar la perspectiva del paciente y nos ayudan a comprender como la patología, el sistema de salud y la atención sanitaria impactan en los pacientes. Son apropiadas para el seguimiento del paciente y así poder tomar decisiones informadas y compartidas sobre su tratamiento (33). Por ello, estas facilitan la identificación de nuevas maneras de brindar atención sanitaria y cuidados, no olvidemos que la atención centrada en la persona es la esencia de las PROM, son medidas importantes para evaluar la efectivad y el impacto de las intervenciones realizadas.

El módulo FACE-Q sobre cáncer de piel se desarrolló para evaluar los resultados informados por los pacientes en la cirugía de cáncer de piel facial por lo que este tipo de herramientas desempeñan un papel en la evaluación de la calidad de vida general de los pacientes con cáncer facial (10).

El FACE-Q, desarrollado por Klassen et al. en 2010, es un resultado informado por el paciente validada y diseñada para evaluar la experiencia y los resultados de los pacientes después de procedimientos estéticos faciales. Se compone de más de 40 escalas que funcionan de forma independiente en cuatro dominios distintos: satisfacción con la apariencia facial, calidad de vida relacionada con la salud, efectos adversos y proceso de atención, por lo que ha demostrado ser una herramienta útil para evaluar múltiples unidades de la cara con respecto a la estética (11). Las escalas que se emplearan en este estudio son: satisfacción con

la estética facial, apreciación de las cicatrices, preocupación del cáncer y angustia relacionada con la apariencia.

Las dos escalas de apariencia preguntan sobre la satisfacción con la apariencia facial y el grado de molestia por diferentes atributos de la cicatriz, respectivamente (5). La escala de preocupación por el cáncer y angustia relacionada con la apariencia se utilizarán ya que los pacientes con una puntuación alta pueden afectar significativamente su bienestar y aumentar la angustia psicosocial, lo que resultaría en una disminución de la calidad de vida. Además, los pacientes con presencia de cicatrices faciales visibles pueden generar preocupación por alteraciones adicionales y por lo tanto aumentar el miedo a someterse a un tratamiento contra el cáncer de piel (17).

La introducción del FACE-Q como cuestionario validado no sólo proporciona a los cirujanos comentarios valiosos, sino que también tiene el potencial de producir información útil para futuros pacientes que sientan curiosidad por los resultados posoperatorios (14). Puede ayudar a los proveedores de atención médica a comprender mejor las necesidades y preocupaciones de los pacientes con cáncer de piel y puede usarse para guiar el desarrollo de planes de tratamiento especializado. Por lo que el objetivo del estudio es dar respuestas a través de evaluaciones de resultados validados puede proporcionar a los cirujanos y pacientes datos más sustanciales, sobre la satisfacción estética informada por el paciente sometido a resección quirúrgica de carcinoma basocelular facial. Los cuales pueden aportar numerosos conocimientos para futuras innovaciones y estándares de atención. (15)

Material y Métodos

Se realizó un estudio tipo observacional, analítico, transversal, prospectivo. Se recopilaron datos demográficos del paciente, comorbilidades, características de la lesión neoplásica y el tipo de reconstrucción empleada de los pacientes que acudieron a la consulta externa de cirugía plástica y reconstructiva con reconstrucción posterior a resección de carcinoma basocelular facial durante el periodo de Enero 2023 a Junio 2023 en el hospital de especialidades Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional la raza del instituto mexicano del seguro social. A estos pacientes se les aplicó la encuesta FACE Q modulo Cáncer de Piel en su versión validada al español después de 6 meses de haber realizado el procedimiento quirúrgico. Utilizando una tabla de conversión específica para cada escala, las puntuaciones logit de Rasch se transformaron de 0 a 100. Las puntuaciones más altas para las 2 escalas de apariencia indicaron un mejor resultado; mientras que puntuaciones más altas en las escalas de preocupación por el cáncer y angustia psicosocial indicaron peores resultados.

Posteriormente se realizó una base de datos con los resultados obtenidos del cuestionario y se realizó la estadística descriptiva de cada variable utilizando medidas de tendencia central media, mediana, moda, desviación estándar y porcentajes. Se realizó una evaluación de la relación entre los factores de riesgo y el cuestionario aplicado, utilizando un modelo bivariado de cociente de riesgo proporcional (OR) con intervalos de confianza del 95%. Todos los valores de $p<0.05$ se consideran estadísticamente significativos.

Análisis de datos

Para el análisis estadístico se ocupará los programas Excel versión 2013 para la construcción de la base de datos, la cual, posteriormente será analizada mediante el programa SPSS statistics en su versión 23 como se describe a continuación:

Análisis univariado

- Variables cualitativas: se describieron en frecuencias y porcentajes, CHI CUADRADA.

- Variables cuantitativas: Se describieron en medias y desviaciones estándar para aquellas con distribución normal y se utilizó la prueba de ANDEVA Y TUKEY, mediana en casos de distribución anormal.

Resultados

1.1 Características sociodemográficas.

Se evaluaron a 144 pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular en región facial. Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes se reporto que el 63.20% (n=91) correspondieron al sexo femenino y el 36.80% (n=53) restante al sexo masculino con una edad promedio de 73.41 años (± 10.05). Así mismo el 12.5% (n=18) de los pacientes eran fumadores y el 35.4% (n=51) padecían diabetes mellitus (Tabla 1)

Tabla 1

Características sociodemográficas y comorbilidades de la población		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Sexo femenino	91	63.20
Sexo masculino	53	36.80
Tabaquismo	18	12.50
Diabetes mellitus	51	35.40
Tipo	Media	DE
Edad (años)	73.41	10.05

1.2 Características de la lesión

Al evaluar la ubicación anatómica en el que se encontraba la lesión observamos que la mayoría se localizaba en la nariz con predominio en la punta nasal 13.9% (n=20) de casos, seguido del ala nasal en el 13.2% (n=19), la pared nasal lateral con 11.8% (n=17) y el dorso nasal 10.4% (n=15) (Tabla 2).

Tabla 2.

Ubicación anatómica de la lesión neoplásica		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Punta nasal	20	13.9
Ala nasal	19	13.2
Pared nasal lateral	17	11.8
Dorso nasal	15	10.4
Malar	15	10.4
Surco nasogeniano	9	6.3
Preauricular	7	4.9
Parpado inferior	6	4.2
Surco nasoyugal	6	4.2
Temporal	5	3.5
Canto interno	4	2.8
Supraciliar	4	2.8
Frontal	3	2.1
Submandibular	3	2.1
Hélix	2	1.4
Labio superior	2	1.4
Canto lateral	1	0.7
Labio inferior	1	0.7
Mentón	1	0.7
Pabellón auricular	1	0.7
Parietal	1	0.7
Parpado superior	1	0.7
Surco nasolabial	1	0.7
Total	144	100

Respecto a las lesiones el tamaño promedio fue de 1.41cm (± 1.41) de ancho por 1.27cm (± 0.01) de largo. (Tabla 3)

Tabla 3.

Tamaño de la lesión		
Tipo	Media	DE
Ancho lesión (cm)	1.41	1.41
Largo lesión (cm)	1.27	0.01

1.3 Tipo de reconstrucción empleada.

El tipo de reconstrucción empleada correspondió a cierre primario en el 17.4% (n=25), colgajo local en el 76.4% (n=110) y a injerto cutáneo en el 6.3% (n=9). (Tabla 4)

Tabla 4.

Tipo de reconstrucción empleada		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Cierre primario	25	17.4
Colgajo local	110	76.4
Injerto cutáneo	9	6.3
Total	144	100

Al desglosar el tipo de reconstrucción de forma específica, se reporto que la forma más frecuente fue el colgajo de avance en el 20.1% (n=29), seguido del cierre primario en el 17.4% (n=25) y el colgajo nasogeniano en el 11.8% (n=17), el resto de los tipos de reconstrucción tuvieron una frecuencia <10%. (Tabla 5)

Tabla 5.

Tipo de reconstrucción empleada (especifica)		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje

Colgajo de avance	29	20.1
Cierre primario	25	17.4
Colgajo nasogeniano	17	11.8
Colgajo bilobulado	13	9
Colgajo glabelar	13	9
Colgajo mustarde	9	6.3
Injerto cutaneo	9	6.3
Colgajo tipo limberg	7	4.9
Colgajo frontal	6	4.2
Colgajo en H	4	2.8
Colgajo de rotación	3	2.1
Colgajo rintala	3	2.1
Colgajo OZ	2	1.4
Colgajo transposición	2	1.4
Colgajo dorsal nasal	1	0.7
Colgajo duformentel	1	0.7
Total	144	100

1.4 Tipo de cicatrización.

En cuanto a la cicatrización, en el 88.9% (n=128) se reportó una cicatrización normal y en el 11.1% (n=16) restante fue hipertrófica. (Tabla 6)

Tabla 6.

Tipo de cicatrización de la herida		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Hipertrófica	16	11.1
Normal	128	88.9
Total	144	100

1.5 Satisfacción estética de la reconstrucción.

Al realizarles la pregunta de ¿qué tan satisfecho se encuentra con el resultado de su cirugía?, los pacientes reportaron en un 84% (n=121) estar satisfechos estéticamente, mientras que el 16% (n=23) restante reportaron no estarlo. (Tabla 7)

Tabla 7.

Satisfacción		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
No	23	16
Si	121	84
Total	144	100

Al evaluar la satisfacción respecto al tipo de reconstrucción empleada encontramos que todos los pacientes que se sometieron a cierre primario se encontraban satisfechos con los resultados, al igual que el 83.7% de los pacientes a los que se les realizó un colgajo. En contraste, únicamente el 44.4% de los pacientes en los que se realizó injertos cutáneos refirieron estar satisfechos con el resultado del procedimiento (p= 0.001, chi cuadrada) (Tabla 8).

Tabla 8.

Tabla cruzada: Tipo de reconstrucción y satisfacción			
		Satisfacción	
		No	Si
Tipo de reconstrucción	Cierre primario	0 (0%)	**25 (100%)***
	Colgajo	18 (16.3%)	**92 (83.7%)***
	Injerto cutáneo	5 (55.6%)	4 (44.4%)

***p= 0.001 chi cuadrada**

Por otro lado, del 16 de los pacientes que desarrollaron una cicatriz hipertrófica 68.75% de ellos refirieron sentirse satisfechos con su apariencia y de los 128 pacientes que cicatrizaron de forma normal el 86% se sentían bien con los resultados (p= 0.0001, chi cuadrada) (Tabla 9)

Tabla 9.

Tabla cruzada: Tipo de cicatrización y satisfacción			
		Satisfacción	
		No	Si
Cicatrización	Hipertrófica	5 (31.25%)	11 (68.75%)
	Normal	18 (14%)	**110 (86%)***

*p= 0.0001, chi cuadrada.

También se pudo determinar que tanto el lugar en donde se ubica la lesión como las comorbilidades asociadas a los pacientes no representaron un factor que influya en la satisfacción del paciente (Tabla 10)

Tabla 10.

Satisfacción de acuerdo con la localización del tumor				
		Satisfacción		
		No	Si	p
Localización del tumor	Ala nasal	4	15	0.54
	Canto interno	1	3	
	Canto lateral	1	0	
	Dorso nasal	2	8	
	Frontal	0	3	
	Helix	1	0	

Labio superior	0	1
Malar	3	10
Pared nasal lateral	2	12
Parietal	0	1
Parpado inferior	0	5
Parpado superior	0	1
Preauricular	0	3
Punta nasal	3	13
Supraciliar	0	3
Surco nasogeniano	0	5
Surco nasolabial	0	1
Surco nasoyugal	1	4
Temporal	0	4

En cuanto a la satisfacción relacionada con las comorbilidades de los pacientes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 11).

Tabla 11.

Tabla cruzada: Comorbilidades y satisfacción				
		Satisfacción		
		No	Si	p
Tabaquismo	No	19	107	0.44
	Si	4	14	
		No	Si	p
Diabetes mellitus	No	14	79	0.69
	Si	9	42	

1.9 Relación entre puntaje cuestionario FACE-Q y tipo de reconstrucción.

Al aplicar la evaluación de la encuesta FACE-Q modulo cáncer de piel en el apartado C-1 ¨Satisfacción con la apariencia facial¨, se observo que el cierre primario 88.65 ± 10.18 y el colgajo local 75.07 ± 15.99, presentan un promedio de puntuación mayor a 70 puntos en comparación con el injerto cutáneo 59.66 ± 25.24 (P < 0.05 ANDEVA, TUKEY,) (Tabla 12)

En la encuesta C-2 ¨Preocupación del cáncer de piel¨ se observaron resultados similares, en el cierre primario 9.38 **±** 6.84, el colgajo local 8.01 ± 8.29 y el injerto cutáneo 12.00 **±** .000, obteniendo puntación menor a 70 puntos por lo que los pacientes no presentan preocupación por el cáncer. (p>0.282 ANDEVA, TUKEY) (Tabla 12)

Al evaluar la encuesta C-3 ¨Angustia relacionada con la apariencia¨ se observo que aunque el puntaje obtenido en el injerto cutáneo fue de 49.44 puntos ± 19.87, en comparación con el colgajo local 27.87 puntos ± 18.66 y el cierre primario 14.46 ± 14.00. (p < 0.05 ANDEVA, TUKEY) ninguno fue mayor a los 70 puntos por lo que los pacientes si presentan angustia relacionada con la apariencia (Tabla 12)

Por último, en el cuestionario C-4 ¨Apreciación de las cicatrices¨´, observamos que tanto el cierre primario 85.57 ± 7.27 como el uso de colgajo local 75.74 ± 13.62 tuvieron un promedio mayor a 70 puntos en comparación con el injerto cutáneo el cual tuvo una puntuación de 58.77 ± 18.33 (p < 0.05 ANDEVA, TUKEY). (Tabla 12)

Tabla 12.

Relación entre puntaje cuestionario FACE-Q y tipo de reconstrucción			
	Tipo de reconstrucción	N	Puntuación (Promedio ± DE)
C-1 Satisfacción con la apariencia facial	**Colgajo local**	**109**	**75.07 ± 15.99***
	Cierre primario	**26**	**88.65 ± 10.18***

	Injerto cutáneo	9	59.66 ± 25.24
C-2 Preocupación del cáncer	Colgajo local	109	8.01 ± 8.29
	Cierre primario	26	9.38 **±** 6.84
	Injerto cutáneo	9	12.00 **±** .000
C-3 Angustia Relacionada con la apariencia	Colgajo local	109	27.87 **±** 18.66
	Cierre primario	26	14.46 **±** 14.00
	Injerto cutáneo	**9**	**49.44 ± 19.87***
C-4 Apreciación de las cicatrices	**Colgajo local**	**109**	**75.74 ± 13.62***
	Cierre primario	**26**	**85.57 ± 7.27***
	Injerto cutáneo	9	58.77 **±** 18.33

***p< 0.05 ANDEVA, TUKEY,**

Discusión

El carcinoma basocelular es un Cáncer de piel común que surge de la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Este inicia en la piel e invade otros tejidos, siendo localmente agresivo y destructivo tanto en la piel como en las estructuras circundantes (3). La topografía más frecuente del carcinoma es la cara en (82.3%) con predominio en la nariz (7).

La cirugía se considera el tratamiento de elección del carcinoma basocelular ya que permite obtener los más altos porcentajes de curación y facilita el control histológico de los márgenes de resección (6). Sin embargo, aunque la resección quirúrgica no ocasiona un deterioro funcional importante, las cicatrices postquirúrgicas pueden ser muy notorias y tener un impacto psicosocial notable en el paciente (8). El módulo FACE-Q sobre cáncer de piel se desarrolló con la finalidad de evaluar los resultados informados por los pacientes en la cirugía de cáncer de piel facial por lo que este tipo de herramientas desempeñan un papel en la evaluación de la calidad de vida general de los pacientes sometidos a estos procedimientos. Esta encuesta está diseñada para evaluar la experiencia y resultados de los pacientes después de procedimientos quirúrgicos de resección de cáncer facial (10). Con base en esto, el objetivo de este estudio fue determinar el grado de satisfacción estética informada por el paciente sometido a resección quirúrgica de carcinoma basocelular facial mediante el cuestionario Face- Q modulo cáncer de piel tratado en el Hospital de Especialidades ¨Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional la Raza¨ y los factores asociados al mismo.

En este estudio se observo que el género femenino muestra una mayor incidencia del carcinoma basocelular, lo que concuerda con De Anda Soto y Cols. quienes reportan que la proporción en el sexo femenino sobre el sexo masculino es de 3:1, la posible explicación de este hallazgo podría ser atribuida al hecho de que las mujeres tienen mayor preocupación por su aspecto que los hombres (21). La edad media de presentación en nuestro estudio fue de 73.41 años (± 10.05), concordante con el estudio hecho por Sanchez- Tadeo y cols. en donde también encontraron un promedio similar de edad (68 años) y un porcentaje bajo de aparición de la enfermedad en pacientes menores de 50 años (22). Estos resultados se deben a

que la principal causa de la aparición del carcinoma basocelular en adultos mayores es por un efecto acumulativo de las radiaciones ultravioletas secundario a un mayor tiempo de exposición (25).

Al evaluar las comorbilidades presentes en nuestros pacientes se observo que, aunque algunos padecían de tabaquismo y diabetes mellitus, estos no fueron significativos en el estudio. Este hallazgo, concuerda con lo descrito en la literatura en la que se menciono que no existe evidencia de asociación entre el tabaquismo y la diabetes mellitus el desarrollo de la enfermedad (23). No obstante, estas comorbilidades si pueden ser factores determinantes en la cicatrización del paciente, ya que se ha observado que los fumadores que requieren injertos o colgajos presentan mayor índice de complicaciones (24). Así mismo, se ha reportado que los pacientes que padecen diabetes mellitus son más propensos a desarrollar cicatrices deficientes o hipertróficas que pueden repercutir en la apariencia del paciente (34).

Respecto a la ubicación anatómica de la lesión, el estudio mostro que la nariz fue la zona predominante, siendo la subunidad más afectada la punta nasal, ala nasal, pared nasal lateral y dorso nasal. Estos resultados son concordantes por lo ya descrito en la guía de práctica clínica de carcinoma basocelular en México (4). En esta zona existen distintos factores como la mayor densidad de nervios y glándulas sebáceas, además de que la dermis es más cercana al pericondrio, periostio y musculo, lo cual favorece a la extensión lateral y profunda más importante (26). Además de que los carcinomas basocelulares son más frecuentes en los sitios sobresalientes de la región facial y están en contacto directo con las radiaciones ultravioletas (25).

En relación con el tamaño de la lesión el promedio fue de 1.41cm x 1.27cm esta medida coincidió con estudios realizados donde el promedio de lesión es de 1.7cm, dependiendo principalmente de área topográfica, histología de la lesión y especialista que realiza la resección (29).

A todos los pacientes incluidos en el estudio se les realizó un abordaje quirúrgico debido a que se considera el tratamiento de elección por la mejor tasa de curación

y la posibilidad de realizar un estudio histológico a la neoplasia resecada. La elección del tipo de manejo quirúrgico estuvo plenamente identificada con los principios de resección de lesiones neoplásicas faciales, guardando relación con la localización anatómica, dimensión del defecto y deseos del paciente. A la mayoría de los pacientes se les realizó un colgajo local con predominio en el colgajo de avance debido a que esta técnica presenta versatilidad de poder ser empleada en la región de la pared nasal lateral, malar, surco nasogeniano, preauricular, frontal entre otros, lo que lo vuelve una opción segura y eficaz para la reconstrucción facial (10). En segundo lugar, encontramos la reconstrucción con cierre primario, este abordaje fue menos reportado debido a que para poder realizarlo los pacientes deben presentar mayor laxitud en la piel lo que proporciona piel local adicional para la reparación, lo cual conduce menos tensión en la herida y la posibilidad de realizar cierre primario (27). En cuanto al injerto cutáneo solo se realizó en 9 pacientes debido a que, a pesar de ser una gran opción reconstructiva en defectos de gran tamaño, tiene la desventaja de dejar cicatrices evidentes en la zona donadora y receptora e irregularidades en el contorno facial, lo que condiciona a una baja tasa de éxito en la satisfacción estética (28).

Al determinar la satisfacción sin utilizar ningún cuestionario guiado tanto el 83.7% de los pacientes a los que se les realizó un colgajo como el 100% de los pacientes de cierre primario refirieron sentirse satisfechos con el resultado estético de su cirugía. Estos resultados son dependientes del tipo de cicatrización y esta depende de que se respete, reconstituyan y restauren los contornos naturales de la cara y sus componentes. Para el paciente la cicatriz va a ser el resultante del buen o mal trabajo que realizo el cirujano sin importar la patología preexistente y el grado de satisfacción estética del paciente va a estar relacionado con la apariencia de la cicatriz, es por ello que se busca realizar el adecuado manejo y afrontamiento de tejidos para lograr una cicatriz normal, que con el paso de los meses se volverá casi imperceptible (29).

Además, se observó en el estudio que la localización del tumor no influye de manera significativa en la satisfacción de los pacientes, estos datos son distintos a los presentados en la literatura donde se observa que los pacientes presentan mayor insatisfacción al tener cicatrices en la nariz ya que es prominente y se encuentra en el centro facial, la piel nasal es inelástica y frecuentemente requieren reparación con colgajos locales, volviendo evidente cualquier asimetría y generando mayor insatisfacción en la reconstrucción de esta zona, tenemos también otra zona anatómica que representa un reto y presenta mayor insatisfacción estética que son los defectos en labio y en mucosa bucal, pues son difíciles de reconstruir y generan alteraciones en la expresión facial durante la animación, presentando las mayores tasas de insatisfacción (30).
Cuando se buscó relación entre las comorbilidades estudiadas (tabaquismo y diabetes mellitus) con la satisfacción se observó que no se encuentra relación entre estas, debido a que como ya se mencionó estas enfermedades estuvieron presentes en menos del 36% de los pacientes y no se ha observado que estos factores de riesgo tengan algún aumento en las complicaciones que conlleve a alguna alteración la recuperación del paciente. El único factor que se ha asociado a un mayor tiempo de recuperación, mayor riesgo para mala cicatrización de heridas y mayor eritema posquirúrgico son los pacientes con tipo de piel 3 de Fitzpatrick 3 (29), pero no se reportó en este estudio.

Por otra parte, en esta investigación se utilizo el cuestionario Face-Q modulo cáncer de piel, para evaluar los resultados informados por los pacientes en la cirugía facial que recibieron, porque ~~es~~ una herramienta que desempeña un papel en la evaluación de la vida general de los pacientes con cáncer facial, desarrollada por Klassen y cols en 2010, es una escala validada y diseñada para evaluar la experiencia y los resultados de los pacientes después de procedimientos sobre reconstrucción de cáncer facial. Se compone de más de 40 escalas que funcionan de forma independiente en dominios distintos: satisfacción con la apariencia facial, calidad de vida relacionada a la salud y efectos adversos, por lo que ha demostrado

ser una herramienta útil para evaluar múltiples unidades de la cara con respecto a la satisfacción estética (10,11).

Por otra parte, en este estudio decidimos aplicar la escala Face-Q modulo cáncer de piel porque es un cuestionario dirigido, informado y validado compuesto por diferentes escalas independientes entre las que se encuentran satisfacción con la estética facial, apreciación de las cicatrices, preocupación del cáncer y angustia relacionada con la apariencia, el cual va de 0 a 100 puntos, para realizar su evaluación (11).

Al aplicar la evaluación de la encuesta Face-Q modulo cáncer de piel en el apartado C-1 ¨Satisfacción con la apariencia facial¨, se observo que el cierre primario y el colgajo local, presentaron un promedio de puntuación mayor a 70 puntos de 100 puntos que indica que los pacientes se sienten cómodos con su apariencia. Se ha descrito que la apariencia del paciente es una preocupación importante, demostrando también la disminución de la calidad de vida con las cicatrices y el valor de la reconstrucción de los defectos faciales, esta escala también nos ayuda a identificar brechas en la educación del paciente para un médico y para esfuerzos más amplios de mejora de calidad, dando como resultado mayor conformidad con la satisfacción estética los procedimientos como el cierre primario y el colgajo local ya que se vuelven casi imperceptibles para el paciente, sin dejar una asimetría facial importante y un estigma quirúrgico significativo, en comparación con el injerto el cual se vuelve evidente e insatisfactorio para los pacientes (5,8).

En la encuesta C-2 ¨Preocupación del cáncer de piel¨ se observaron resultados similares en las distintas reconstrucciones empleadas sin mostrar cambios significativos. ($p>0.282$ ANDEVA, TUKEY), ya que la preocupación expresada por los pacientes sobre la patología que cursaron no va relacionado con el tipo de reconstrucción que se les realizo, va encaminado hacia la morbi-mortalidad que tiene su padecimiento, una vez explicado al paciente las características de la patología y la baja posibilidad de presentar algún tipo de diseminación, los pacientes disminuyen su preocupación (14).

Cuando se evaluó la encuesta C-3 ¨Angustia relacionada con la apariencia¨ observamos que el puntaje obtenido en el injerto cutáneo fue de 49.44 puntos ± 19.87, en comparación con el colgajo local con 27.87 puntos ± 18.66 y el cierre primario 14.46 ± 14.00. ($p < 0.05$ ANDEVA, TUKEY) este puntaje más alto presentado en el injerto cutáneo refleja el mayor disconfort presentado con los pacientes, ya que este tipo de reconstrucción es más evidente clínicamente para el paciente y los familiares, volviéndolo un problema en la calidad de vida y un problema en cómo se percibe el paciente correlacionándose negativamente con la satisfacción con la apariencia, lo que sugiere una relación potencial entre estos constructos para futuros estudios (31)

Por último, en el cuestionario C-4 ¨Apreciación de las cicatrices¨´, se observó que tanto el cierre primario como el uso de colgajo local tuvieron un promedio mayor a 70 puntos. De acuerdo con la literatura la mayor inconformidad de los pacientes después de la cirugía es la visibilidad que llegaría a tener la cicatriz y en el caso de este estudio, aunque la mayoría de los pacientes presentaron las lesiones en la nariz, estos se sentían satisfechos con la apariencia de su cicatriz. En contraste, la mayoría de los pacientes que fueron tratados con injertos cutáneos refirieron sentirse incomodos con su cicatriz probablemente porque una de las desventajas al utilizar esta técnica es que no se iguala la calidad del tejido del sitio donador y el receptor, al tratarse de tejido donado de otro sitio no se igualan las características del mismo y es evidente a la percepción del paciente, caso contrario con los colgajos locales los cuales a veces generan mayor cicatriz pero la ventaja que se reconstruye con el mismo tejido de la zona a reparar ya que solo se moviliza el mismo y en el caso del cierre primario en donde únicamente se deja una cicatriz resultante la cual puede ser fácilmente camuflajeada en las ritides cutáneas (8,15). Toda decisión quirúrgica tomada para la elección de la reconstrucción va condicionada por el tamaño y sitio anatómico de la lesión, variando ampliamente de opción reconstructiva de un caso a otro.

Conclusión

Con lo observado en este estudio se puede concluir que se cumple el objetivo del estudio donde más del 80% de estos pacientes se encuentran satisfechos con los resultados estéticos postoperatorios. Estos resultados nos orientaran a elegir la toma de decisiones quirúrgicas en intervenciones futuras, para obtener el máximo beneficio para el paciente.

Referencias Bibliográficas.

1. D'Orazio J, Jarrett S, Amaro-Ortiz A, Scott T. UV radiation and the skin. Int J Mol Sci. 2013 Jun 7;14(6):12222-48. DOI: 10.3390/ijms140612222.
2. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, et al. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. J Am Acad Dermatol. 2019 Feb;80(2):303-17. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.03.060.
3. Álvarez Castillo A, Rodríguez Alfaro JM, Salas Boza A. Revisión sistemática del carcinoma basocelular. Revista médica Sinergia. 2020 Abr;5(4):2-13. Doi: 10.31434/rms.v5i5.483
4. Diagnóstico y tratamiento de Carcinoma Basocelular. Guía de Rerencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2019 [fecha de consulta]. Disponible en: http://imss.gob.mx/profesionalessalud/gpc
5. Lee EH, Klassen AF, Cano SJ, Nehal KS, Pusic AL. FACE-Q Skin Cancer Module for measuring patient-reported outcomes following facial skin cancer surgery. Br J Dermatol. 2018 Jul;179(1):88-94. doi: 10.1111/bjd.16671. Epub 2018 May 23. PMID: 29654700; PMCID: PMC6115303.
6. Ariza S, Espinosa S, Naranjo M. Terapias no quirúrgicas para el carcinoma basocelular: revisión. ActasDermosifiliogr.2017; 108(9):809-17. DOI: 10.1016/j.ad.2017.01.018.
7. Güémez-Graniel MF, Plascencia-Gómez A, Graniel-Lavadores MJ, Dzul-Rosado K. Epidemiología del cáncer de piel en el Centro Dermatológico de Yucatán durante 2012. Dermatol Rev Mex. 2015 Ene-Feb;59:9-18.
8. Vaidya TS, Mori S, Dusza SW, Rossi AM, Nehal KS, Lee EH. Appearance-related psychosocial distress following facial skin cancer surgery using the FACE-Q Skin Cancer. Arch Dermatol Res. 2019 Nov;311(9):691-96. DOI: 10.1007/s00403-019-01957-2.
9. Nazar CJ, Zamora MH, Vega EP, Cuadra JCF, Searle SF, Dagnino BU. Cirugía plástica y sus complicaciones: ¿en qué debemos fijarnos? Rev Chil Cir. 2014 Dic;66(6):603-13.

10. Gutiérrez M, Ulloa J, Ulloa PB. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. Rev. Otorrinolaringol. Cir Cabeza Cuello. 2012 Abr; 72(1): 39-48. DOI: 10.4067/S0718-48162012000100007
11. Urzúa AM. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev méd Chile. 2010 Mar. 138(3):1-8.DOI: 10.4067/S0034-98872010000300017.
12. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México [Internet].México: Secretaría de Salud; 2011 Jun [citado 2024 Feb 30]. Disponible en: https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_de_los_tumores_malignos_mc3a9xico.pdf.
13. Telich Tarriba JE, Monter Plata A, Víctor Baldín A, Apellaniz Campo A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. Acta méd Grupo Ángeles. 2017 Abr-Jun;15(2):1-7.
14. Khoshab N, Vaidya TS, Dusza S, Nehal KS, Lee EH. Factors contributing to cancer worry in the skin cancer population. J Am Acad Dermatol. 2020 Aug;83(2):626-8. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.09.068.
15. Kappos EA, Temp M, Schaefer DJ, Haug M, Kalbermatten DF, Toth BA. Validating Facial Aesthetic Surgery Results with the FACE-Q. Plast Reconstr Surg. 2017 Apr;139(4):839-45. DOI: 10.1097/PRS.0000000000003164.
16. Mendez BM, Thornton JF. Current Basal and Squamous Cell Skin Cancer Management. Plast Reconstr Surg. 2018 Sep;142(3):373e-387e. doi: 10.1097/PRS.0000000000004696.
17. Van Hensbergen LJ, Veldhuizen IJ, Lee EH, Houterman S, Brinkhuizen T, Van der Hulst RRWJ, Hoogbergen MM. Cancer worry after facial nonmelanoma skin cancer resection and reconstruction: A 1-year prospective study. Psychooncology. 2022 Feb;31(2):238-244. doi: 10.1002/pon.5810. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34519388; PMCID: PMC9255639
18. Ley General de Salud. Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984.Última reforma publicada DOF 16-05-2022 [Internet]. [México]; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. [citado 2024 Ene 30]. Disponible en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

19. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987, última reforma publicada DOF 02-04-2014 [Internet]. [México]; [Citado 2024 Ene 30] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. México; 2009 Nov 05 [Citado 2024 Ene 30].Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D012,la%20salud%20en%20seres%20humanos.
21. De Anda S, Domínguez S, Hojyo T, Atlas Dermatología Geriátrica. Fundación Nacional para la Enseñanza e Investigación en Dermatología. Primera Edición. 2014;111.
22. Sánchez-Tadeo MT, Chávez-Luna JA, Jáuregui-Aguirre E, et al. Perfil epidemiológico del carcinoma basocelular en adultos jóvenes del Estado de Jalisco. Sal Jal. 2017;4(2):111-122.
23. Ruiz Lascano A, Kuznitzky,R, Garay I, Ducasse C, Albertini R., Factores de riesgo para carcinoma basocelular: Estudio de casos-controles en Córdoba, Buenos Aires, 65 (2005), pp. 495-500.
24. Álvarez-Gallegos V, Seijo-Cortés JA, Hernández-PérezE. Tabaco y cirugía dermatológica: una mala asociación. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2005;3(2):116-120.
25. Vázquez Blanco E, Domínguez Moralobo RA, Zamora León I, Valerino Guzmán E, Vázquez Ortíz HJ. Caracterización clínica y epidemiológica del carcinoma basocelular en el Hospital Celia Sánchez Manduley, Rev Ciencias Médicas 2017- 2019, 25(5)

26. Viñas García M, Algozaín Acosta Y, Álvarez Campos L, Quintana Díaz JC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Rev Cubana Estomatol, 2011; 48(2): 121-128.
27. P. Bassas, H. Hilari, D. Bodet, M. Serra, F.E. Kennedy, V. García-Patos, Evaluación de los márgenes quirúrgicos del carcinoma basocelular según la especialidad del cirujano, Actas Dermo-Sifiliográficas, Volume 104, Issue 2, 2013.
28. .Lee KS, Kim JO, Kim NG, et al. Una comparación del colgajo local y el injerto de piel según la ubicación de la cara en la reconstrucción después de la resección del cáncer de piel facial. Cirugía craneofacial del arco. 2017;18:255–260
29. Sclafani AP, Sclafani JA, Sclafani AM. Éxitos, revisiones y complicaciones postoperatorias en 446 reparaciones de defectos de Mohs.Cirugía plástica facial. 2012;28:358–366.
30. East C, Badia L, Marsh D, et al. Medición de los resultados informados por los pacientes en rinoplastia utilizando FACE-Q: un estudio de un solo sitio. Cirugía plástica facial. 2017;33:461–469
31. Radiotis G, Roberts N, Czajkowska Z, Khanna M, Korner A. Cáncer de piel no melanoma: preocupaciones y angustia sobre la calidad de vida específicas de la enfermedad. Foro de Enfermería Oncol. 2014; 41(1):57–65.
32. . Marzuka AG, Book SE. Basal Cell Carcinoma: Pathogenesis, Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Histopathology, and Management. The Yale Journal of Biology and Medicine. 2015;88(2):167-79.
33. Benson T. Measure what we want: a taxonomy of short generic person-reported outcome and experience measures (PROMs and PREMs). BMJ Open Qual. 2020 Mar;9(1)

34. Namjou A, Rouhi-BH. Antihiperglucémico, antihiperlipidémico y cicatrización de heridas de Boswellia serrata en ratas diabéticas inducidas experimentalmente. Abanico vet. 2020 Dic; 10: e123.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "ANTONIO FRAGA MOURET"
SERVICIO DE CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

"Evaluación de la satisfacción estética informada por el paciente tras cirugía de cáncer basocelular facial utilizando el cuestionario ¨FACE-Q¨ módulo cáncer de piel
"

Folio: _____

Afiliación: _____ UMF: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Peso: _____ Talla: _____TA: _____ IMC: _____

Diagnóstico: _____

Se encuentra satisfecho con la reconstrucción: Si_____ No:_____

Ubicación anatómica de lesión neoplásica: _____

Tipo de reconstrucción empleada: _____

Tipo de cicatrización de la herida: Hipertrófica____ Normal:____ Queloide:_____

Tamaño de Lesión neoplásica: _____

Antecedentes Personales No Patológicos

	SI	NO	Tiempo	Cantidad
Tabaquismo	☐	☐	_____	_____

Antecedentes Personales Patológicos

	SI	NO	Tiempo de evolución	Tratamiento
DM	☐	☐	_____	_____

Memorial Sloan Kettering Cancer Center

FACE-Q | SKIN CANCER©

Spanish (Mexico) Version

Translated by Transperfect, 2023.

The FACE-Q, authored by Drs. Andrea Pusic, Anne Klassen and Stefan Cano, is the copyright of Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Copyright ©2016, Memorial Sloan Kettering Cancer Center). The FACE-Q has been provided under license from Memorial Sloan Kettering Cancer Center and must not be copied, distributed or used in any way without the prior written consent of Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

FACE-Q SKIN CANCER MODULE™ – SATISFACTION WITH FACIAL APPEARANCE

Para cada pregunta marque sólo una respuesta. Con toda su cara en mente, en la semana pasada, indique su nivel de satisfacción con:

	Muy insatisfecho	Algo insatisfecho	Algo satisfecho	Muy satisfecho
1. ¿La forma de su cara?	1	2	3	4
2. ¿El contorno de su cara?	1	2	3	4
3. ¿Qué tan simétrica se ve su cara?	1	2	3	4
4. ¿Qué tan pareja se ve su cara?	1	2	3	4
5. ¿Qué tan bien coinciden ambos lados de su cara (se ven igual)?	1	2	3	4
6. ¿Qué tan suave/homogénea/uniforme se ve su cara?	1	2	3	4
7. ¿Cómo se ve su cara en fotos?	1	2	3	4
8. ¿Cómo se ve su cara en el espejo?	1	2	3	4
9. ¿Cómo se ve su cara de cerca?	1	2	3	4

Copyright ©2016 Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York, Estados Unidos. Todos los derechos reservados.

Note to Investigators: This scale can be used independently of the other scales.

FACE-Q SKIN CANCER MODULE™ – SATISFACTION WITH FACIAL APPEARANCE CONVERSION TABLE

Instructions: Higher scores reflect more satisfaction. If missing data is less than 50% of the scale's items, insert the mean of the completed items. Use the Conversion Table below to convert the raw summed scale score into a score from 0 (worst) to 100 (best).

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
9	0
10	9
11	15
12	20
13	24
14	27
15	30
16	33
17	36
18	38
19	40
20	43
21	45
22	48
23	50
24	53
25	55
26	58
27	61
28	64
29	67
30	71
31	74
32	78
33	82
34	87
35	93
36	100

FACE-Q SKIN CANCER MODULE™ – CANCER WORRY

Encierre en un círculo una sola respuesta para cada pregunta. Estas afirmaciones se refieren a la preocupación que usted podría estar sintiendo a causa de su cáncer de piel. Teniendo en cuenta su diagnóstico de cáncer de piel, indique, con respecto a la última semana, en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me preocupa mi cáncer de piel.	1	2	3	4
2. Me preocupa que mi cáncer de piel pueda volver a aparecer después del tratamiento.	1	2	3	4
3. Me siento ansioso/a a causa de mi cáncer de piel.	1	2	3	4
4. Me preocupa que mi cáncer de piel se pueda extender a otras partes de mi cuerpo.	1	2	3	4
5. Me preocupa que mi cáncer de piel se pueda agravar (p. ej., volverse más profundo).	1	2	3	4
6. Me preocupa que mi cáncer de piel afecte negativamente mis actividades diarias.	1	2	3	4
7. Me preocupa mi cáncer de piel todos los días.	1	2	3	4
8. La preocupación por mi cáncer de piel me impide disfrutar de mi vida.	1	2	3	4
9. Me preocupa morir a causa de mi cáncer de piel.	1	2	3	4
10. La preocupación por mi cáncer de piel afecta negativamente mis relaciones.	1	2	3	4

Copyright©2016 Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York, EE. UU. Todos los derechos reservados.

Note to Investigators: This scale can be used independently of the other scales.

FACE-Q SKIN CANCER MODULE™ – CANCER WORRY CONVERSION TABLE

Instructions: Higher scores reflect more cancer worry. If missing data is less than 50% of the scale's items, insert the mean of the completed items. Use the Conversion Table below to convert the raw summed scale score into a score from 0 (best) to 100 (worst).

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
10	0
11	0
12	6
13	12
14	17
15	21
16	25
17	29
18	33
19	36
20	39
21	42
22	44
23	47
24	50
25	53
26	55
27	58
28	60
29	63
30	65
31	67
32	70
33	72

34	74
35	77
36	80
37	83
38	87
39	92
40	100

FACE-Q SKIN CANCER MODULE™ – APPEARANCE-RELATED DISTRESS

Encierre en un círculo una sola respuesta para cada afirmación. Las siguientes son afirmaciones que las personas podrían usar para describirse. Teniendo en cuenta el aspecto de su rostro, indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación:

	Definitivamente en desacuerdo	**Un poco en desacuerdo**	**Un poco de acuerdo**	**Definitivamente de acuerdo**
1. Me siento cohibido/a debido al aspecto de mi rostro.	**1**	**2**	**3**	**4**
2. Me siento inseguro/a debido al aspecto de mi rostro.	**1**	**2**	**3**	**4**
3. Me siento infeliz debido al aspecto de mi rostro.	**1**	**2**	**3**	**4**
4. Me siento ansioso/a cuando la gente me mira.	**1**	**2**	**3**	**4**
5. Me siento estresado/a debido al aspecto de mi rostro.	**1**	**2**	**3**	**4**
6. Me avergüenza el aspecto de mi rostro.	**1**	**2**	**3**	**4**
7. Me siento deprimido/a cuando me miro en el espejo.	**1**	**2**	**3**	**4**
8. Evito a amigos y/o familiares debido al aspecto de mi rostro.	**1**	**2**	**3**	**4**

Copyright©2016 Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York, EE. UU. Todos los derechos reservados.

Note to Investigators: This scale can be used independently of the other scales.

FACE-Q SKIN CANCER MODULE™ – APPEARANCE-RELATED DISTRESS CONVERSION TABLE

Instructions: Higher scores reflect more appearance-related psychosocial distress. If missing data is less than 50% of the scale's items, insert the mean of the completed items. Use the Conversion Table below to convert the raw summed scale score into a score from 0 (less distress) to 100 (more distress).

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
8	0
9	7
10	14
11	19
12	23
13	28
14	32
15	35
16	38
17	42
18	45
19	48
20	50
21	53
22	56
23	59
24	62
25	65
26	69
27	72

28	76
29	80
30	85
31	92
32	100

FACE-Q SKIN CANCER MODULE™ – APPRAISAL OF SCARS

Encierre en un círculo una sola respuesta para cada pregunta. Estas preguntas se refieren al aspecto de la cicatriz (o las cicatrices) que le dejó su tratamiento más reciente para el cáncer de piel. Teniendo en cuenta sus cicatrices, indique cuánto le ha molestado lo siguiente en la última semana:

	Me ha molestado muchísimo	Me ha molestado bastante	Me ha molestado un poco	No me ha molestado para nada
1. El color de una o más de sus cicatrices.	1	2	3	4
2. Que una o más de sus cicatrices estén torcidas (es decir, que no formen una línea recta).	1	2	3	4
3. Lo anchas que son (es decir, lo estiradas que están) una o más de sus cicatrices.	1	2	3	4
4. Cuánto se notan una o más de sus cicatrices en las fotos.	1	2	3	4
5. Lo largas que son una o más de sus cicatrices.	1	2	3	4
6. Lo gruesas (es decir, lo elevadas o abultadas) que son una o más de sus cicatrices.	1	2	3	4
7. Cuánto se notan una o más de sus cicatrices.	1	2	3	4
8. Dónde están ubicadas una o más de sus cicatrices.	1	2	3	4

Copyright©2016 Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York, EE. UU. Todos los derechos reservados.

Note to Investigators: This scale can be used independently of the other scales.

FACE-Q SKIN CANCER MODULE™ – APPRAISAL OF SCARS CONVERSION TABLE

Instructions: Higher scores reflect a better outcome. If missing data is less than 50% of the scale's items, insert the mean of the completed items. Use the Conversion Table below to convert the raw summed scale score into a score from 0 (worst) to 100 (best).

SUM SCORE	EQUIVALENT RASCH TRANSFORMED SCORE (0-100)
8	0
9	8
10	15
11	20
12	25
13	28
14	32
15	36
16	39
17	42
18	45
19	48
20	50
21	53
22	56
23	59
24	62
25	65
26	68
27	71
28	75
29	79
30	84
31	91
32	100