



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA EFECTIVIDAD DEL COLGAJO
PARA CIERRE POSEXÉRESIS DE CARCINOMA BASOCELULAR
EN COMPARACIÓN CON EL INJERTO
DE PIEL Y CIERRE DIRECTO HOSPITAL MILITAR CENTRAL
2019-2020**

PRESENTADO POR
ERIKA GISSELA MISAYAURI CAPCHA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA
PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA

LIMA – PERÚ
2021



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA EFECTIVIDAD DEL
COLGAJO PARA CIERRE POSEXÉRESIS DE CARCINOMA
BASOCELULAR EN COMPARACIÓN CON EL INJERTO
DE PIEL Y CIERRE DIRECTO
HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2019-2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA
PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**PRESENTADO POR
ERIKA GISSELA MISAYAURI CAPCHA**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

LIMA, PERÚ

2021

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	13
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	14
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variables y su operacionalización	15
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	16
4.1 Tipo y diseño	16
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	17
4.5 Aspectos éticos	18
CRONOGRAMA	19
PRESUPUESTOS	20
FUENTES DE INFORMACIÓN	21
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud establece que el carcinoma basocelular (CB) es el tipo más común de cáncer de piel. Su incidencia ha aumentado drásticamente en las últimas dos décadas y continúa subiendo. Afecta a pacientes entre 50 y 80 años, y el comportamiento histológico más agresivo se da en menores de 50 años, sin excepción de sexo. Es causado por la radiación ultravioleta que aparecen con mayor frecuencia en las partes expuestas del cuerpo (la cara, orejas, cuello, cuero cabelludo, hombros y espalda); rara vez, en zonas no expuestas (1).

En 2012, se diagnosticaron aproximadamente 5.4 millones de casos de cáncer de piel, de los cuales 8 de cada 10 casos habrían sido CB. Además, en otro estudio se ha visto reflejado que, en países como Estados Unidos, la incidencia y prevalencia del CB es de 226 y 343 por cada 100 000 personas/año, respectivamente. Por otro lado, se han descrito tasas de incidencia ajustadas por edad que han incrementado hasta 1018 casos por 100 000 años-persona para el sexo femenino y 1488 casos por 100 000, para hombres, durante un periodo de seguimiento de 20 años (2, 3).

La Sociedad Americana de Cáncer estima que el cáncer de piel es la neoplasia más frecuente, ya que representa más de 50% de los cánceres en Estados Unidos y el CB es el subtipo más común. Además, se ha informado que la incidencia en hombres es un 30% mayor que en mujeres, así como la relación con la edad, en la cual personas por encima de los 55 años tienen una incidencia mayor que en los más jóvenes (4-6).

En el último Congreso Mundial de Dermatología, se identificó a Argentina como el país con la tasa más alta de cáncer de piel en América Latina, debido a la exposición, radiación solar, la alteración de la capa de ozono y el fototipo de su población (7).

En el Perú, el Ministerio de Salud con participación conjunta con el Seguro Social de Salud, en una campaña que se realiza todos los años desde 1995, identificó que

el 2.8% de la población de todo el país presenta una lesión sospechosa de malignidad; el 64.9% corresponde al CB, con predominio en el sexo masculino, raza blanca en zonas de cara y cuello (8).

En el Hospital Militar Central, en el periodo 2019-2020, la incidencia de cáncer de piel se incrementó con la edad y aparentemente está relacionado a la exposición solar; se encontró a 35 pacientes con CB en edades entre 45 y 70 años; 75% mayores de 50 años, la ubicación fue: 8 en pirámide nasal; 6, canto interno de ojos; 5, en región temporal; 4, en región nasogeniana; 3, en región malar; 3, en pabellón auricular; 2, en región superciliar; 2, en labio inferior y 2, en antebrazo, predominio en el sexo masculino.

Todos los tumores fueron resecados con márgenes que variaron de acuerdo con el paciente y localización, desde rangos de 2 mm a 5 mm, conservaron la mayor funcionalidad posible y procuraron preservar resultados estéticos aceptables. El pronóstico de este cáncer es menos agresivo y de mejor evolución; la mayoría de las intervenciones fueron resueltas mediante extirpación y realización de colgajos cutáneos seguidos de autoinjerto de piel y de cierre directo.

El CB, en nuestro país, tiene una capacidad destructiva local de gran impacto. Aunque la mortalidad es baja, con alta tasa de curación, los pacientes son considerados como grupo de alto riesgo para desarrollar otras neoplasias cutáneas; de ahí la necesidad de desarrollar procedimientos quirúrgicos reconstructivos que brinden buenos resultados estéticos y funcionales, que puedan tener la ventaja de poder extirpar el tumor y enviarlo al patólogo para su estudio, lo que permitirá brindar la seguridad de tener márgenes libres de neoplasia.

Por lo expuesto, es necesario identificar los factores relacionados a la efectividad en cada una de las técnicas usadas para el cierre postexéresis de carcinoma basocelular.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la efectividad del colgajo para cierre postexéresis de carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y el

cierre directo, en el Hospital Militar Central 2019-2020?

1.3 Objetivos

General

Determinar los factores asociados a la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y el cierre directo, en el Hospital Militar Central 2019-2020.

Específicos

Identificar si la edad se asocia a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.

Establecer si la edad y el sexo se asocia a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.

Relacionar la procedencia a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.

Identificar si hay relación entre la zona de lesión y la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.

Establecer si el tiempo quirúrgico se asocia a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.

Relacionar el tiempo al alta a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.

Identificar las complicaciones intrashop, posquirúrgicas y si hubo reoperación en cada tratamiento quirúrgico.

1.4 Justificación

Este estudio es importante, pues al poder identificar cuáles son los factores asociados a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular, se podrá recomendar alternativas que disminuyan las complicaciones hasta llegar a cero y aumente la tasa de efectividad.

Al conocer la efectividad de cada técnica, de acuerdo a la edad, sexo, procedencia, zona de lesión, tiempo quirúrgico y tiempo de alta, se podrá realizar un diagnóstico temprano, pues ya se sabrá el pronóstico.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable, debido a que existe autorización por parte de las autoridades del Hospital Militar Central para la recolección de los datos que será importante para relacionar las variables.

Este trabajo es factible, pues se cuenta con todos los recursos humanos para la realización del estudio, así como el tiempo suficiente, los recursos tanto financieros como materiales, y se cuenta con el permiso del establecimiento de salud para realizar el estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Díaz et al., en 2018, realizaron un estudio sobre el carcinoma basocelular (CB) en la región nasal con tratamiento quirúrgico y reconstrucción con colgajo bilobulado, para lo cual describieron que el 70 a 80% aproximadamente de los cánceres cutáneos no melanoma son carcinomas basocelulares; asimismo teniendo un incremento de un 20% en su tasa de incidencia en las últimas dos décadas. En la pesquisa, presentaron un caso clínico-quirúrgico de un paciente masculino de 84 años, a quien le diagnosticaron de carcinoma de células basales ulcerada, localizada en el dorso nasal. La lesión se resecó con márgenes de seguridad. La reconstrucción se realizó posteriormente, para lo cual se utilizó un colgajo bilobulado, el cual, finalmente, es descrito como un procedimiento satisfactorio (9).

En 2018, Rodríguez et al. estudiaron dos casos de mujeres de 52 y 60 años, a quienes se les realizó un colgajo de transposición musculocutánea desde el párpado superior. Se describe que este tipo de colgajo puede extenderse hasta 10 a 15 mm más allá del borde libre del párpado superior. Para favorecer la transposición y garantizar un mejor resultado funcional y cosmético, el área extirpada del párpado inferior debe extenderse al canto lateral. Si el tumor se localiza más medialmente, el puente de piel sana hasta el canto lateral debe sacrificarse en el procedimiento del colgajo, con el objetivo de evitar la cirugía en dos etapas. Se concluyó que el procedimiento realizado es el de elección para este tipo de casos (10).

Gandevivala et al., en 2016, realizaron un reporte de caso, en el cual el sujeto de estudio fue un hombre de 65 años, quien presentaba una placa progresivamente agrandada en la mejilla lateral izquierda. Se le realizó un colgajo romboidal modificado, el cual se describe que alrededor de un defecto circular se trazan los lados con el ápice formando 60°. La longitud del primer lado es dos tercios de la

longitud del diámetro del defecto; en el segundo lado, la longitud será la misma que del primero. En el paciente, al ser un defecto en la mejilla, se decide por dicho procedimiento, ya que los pliegues no son prominentes, la piel es más delgada y la cicatriz resultante tiende a combinarse mejor con la piel adyacente. Concluyeron que la reconstrucción de defectos faciales por colgajos locales es una técnica fácil y rentable, fácil de aprender y requiere un tiempo mínimo para obtener buenos resultados estéticos (11).

Un estudio sobre técnicas quirúrgicas estéticas en pacientes con defectos faciales por carcinoma basocelular fue realizado en Cuba, en 2017, el cual fue de tipo descriptivo, donde fueron evaluados 44.4% pacientes con defectos faciales por CB. Se realizaron técnicas quirúrgicas estéticas del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Saturnino Lora Torres de Cuba. La investigación determinó que los colgajos bilobulados, nasogenianos y Mustardé modificado presentaron buenos resultados estéticos y funcionales. Teniendo en cuenta la localización y extensión de la lesión y el trabajo concluyó que la utilización de colgajos cutáneos para cierre postresección del tumor solucionan los defectos medico quirúrgicos y dan un valor tanto la funcionalidad y estético (12).

En 2016, Canto et al. publicaron una investigación, en Cuba, de tipo descriptiva que incluyó como población de 15 pacientes de edades entre 60 a 80 años del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima con CB de párpado inferior. La investigación determinó que la utilización del colgajo miocutáneo, acompañado de cartílago condroauricular, evita la pérdida innecesaria de tejido para la cirugía reparadora del párpado inferior y el trabajo concluyó que dicha técnica produce la reconstrucción total de párpado en un solo tiempo quirúrgico (13).

Se publicó un estudio en 2016 sobre el colgajo frontal paramediano de pedículo estrecho para reconstrucción nasal en cáncer de piel, en El Salvador, la cual fue de tipo descriptiva que incluyó una población de 76 pacientes con edad media de 59 años del Hospital Roma con CB nasal. La investigación determinó que la utilización del colgajo frontal paramediano de pedículo estrecho para reconstrucción nasal no presentó necrosis alguna y el trabajo concluyó la utilidad del colgajo, además de

mantener la integridad del lado contralateral en la frente para otro potencial colgajo frontal paramediano (14).

En 2016, en España, se realizó un estudio de Delgado et al., en el que se describe que fue de tipo descriptivo y retrospectivo que incluyó población de ocho pacientes con CB de párpado inferior del Hospital Nuestra Señora de Candelaria. La investigación determinó que la utilización del colgajo de Hugues, junto con otras técnicas quirúrgicas, no presentaron ninguna complicación a excepción de un leve engrosamiento del párpado inferior y el trabajo concluyó que esta técnica es una buena opción como tratamiento quirúrgico para este tipo de tumores (15).

Por otro lado, Pérez et al. elaboraron un estudio, en 2016, sobre aplicaciones del colgajo frontonasal para la cobertura de defectos nasales. Es de tipo retrospectivo que incluyó una población de 78 pacientes de 47 a 92 años con CB localizadas en el área nasal, que se les realizó un colgajo frontonasal. La investigación determinó que todos los colgajos sobrevivieron con resultados estéticos satisfactorios y el trabajo concluyó que la cobertura en un solo tiempo quirúrgico independientemente de su localización con colgajos nasales, son seguros y versátiles en sus múltiples modificaciones. Las cicatrices ocultas quedaron en la frontera entre las subunidades estéticas (16).

En el estudio sobre reconstrucción de las subunidades estéticas nasales posteriores al manejo quirúrgico del cáncer de piel, de Muñoz et al., en 2015, describieron un tipo serie de casos que incluyó a 82 pacientes mayores de 18 años de del Instituto Nacional de Cancerología con compromiso en diferentes subunidades estéticas nasales después de resección de Carcinoma Basocelular. La investigación determinó que el uso de injertos y colgajos eran útiles para la cobertura de defectos y el trabajo concluyó que el injerto de piel se prefirió para cubrir los defectos oncológicos hasta tener la certeza de que no hay tumor residual en el paciente (17).

En Argentina, el estudio realizado por Alonso et al. fue de tipo descriptivo, que incluyó a 24 pacientes de ambos sexos del Hospital Italiano Córdoba, donde se le realizó técnicas de reconstrucción del tercio externo de párpado inferior, luego de que pacientes presentaran CB. La investigación determinó realizar un colgajo perióstico

más injerto de piel de forma ambulatoria y el trabajo concluyó que esta técnica es una excelente opción terapéutica para cualquier afección tanto para párpado inferior y superior (18).

En 2014 se realizó un trabajo retrospectivo, que incluyó una población de estudio a 50 pacientes 20 hombres y 30 mujeres con edad media de 59 años del Departamento de Cirugía Sawai Man Sing Medical College Jaipur con Carcinoma Basocelular en frente. La instigación determinó que la utilizaron colgajos frontales tras la escisión quirúrgica de la región centro facial proporciona resultados cosméticos y funcionales satisfactorios y el trabajo concluyó el colgajo frontal es un uno de los mejores métodos para la reparación de defectos extensos(19).

En 2014, se ejecutó un estudio descriptivo sobre reconstrucción estética de la frente en carcinoma basocelular, que incluyó una población de 28 pacientes entre 28 y 95 años del Hospital Roma con CB en frente. Se determinó que la utilizaron colgajos de avance en puerta y ventana corrediza son indicados sin restricción de edades, puesto que están diseñadas para pieles firmes y poco móviles y el trabajo concluyó que estas técnicas son útiles para obtener resultados estéticos y funcionales con mínima afectación del sitio donante (20).

Martínez et al., en Paraguay, en 2013, realizaron una investigación descriptiva sobre tumor de párpados en 241 casos: hallazgos y desafíos para la reconstrucción. Se evaluaron a 63 pacientes con CB de párpado inferior del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. La investigación determinó que las técnicas más frecuentes empleadas fueron colgajos monopediculados de párpado superior, injerto de cartílago auricular, colgajo músculo cutáneo en isla, colgajo Indio, colgajo Mustardé. Se determinó que algunos colgajos presentaron sufrimiento vascular con desepitelización del colgajo y el trabajo concluyó que la diversidad de tamaño y localización obliga a manejar diferentes técnicas y así obtener el máximo beneficio para el paciente conservando la función y la estética (21).

En 2013, Aldana et al. publicaron un estudio, en Paraguay, que incluyó a ocho pacientes de la unidad de Cirugía Plástica de la Universidad Nacional Asunción con CB nasal. La investigación comprobó la utilidad del colgajo paramediano asociado a

injerto de piel parcial presenta buenos resultados de cobertura para las zonas dorsal, raíz, pared lateral, orbita, columela y fosa nasal y el trabajo concluyó que el colgajo permite buenos resultados estéticos sin complicaciones posoperatorias (22).

Por otra parte, en 2012, en El Salvador, se realizó un trabajo sobre versatilidad del colgajo zigomático de mejilla en la reconstrucción nasa, de tipo retrospectiv, incluyó a siete pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social con CB nasal. La investigación comprobó la versatilidad del colgajo zigomático de mejilla para reconstrucción nasal, lo que permitió la reconstrucción tridimensional con camuflaje de las cicatrices y el trabajo concluyó que el colgajo permite obtener tejido regional de similares características al de la nariz con mínima deformidad del área donante (23).

Adicionalmente, en la investigación realizada por Gutierrez et al., en Chile, se describe que fue de tipo descriptivo. Se incluyó a 54 pacientes del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción con CB en nariz, párpados, labios, mejilla y mentón utilizado como cobertura colgajos cutáneos de avance, transposición y rotación. Se determinó que los colgajos no presentaron zonas de isquemia ni de necrosis. El trabajo concluyó que la biomecánica de la piel y su aplicación técnica quirúrgica son vitales para el diseño y viabilidad del colgajo. Se obtuvo una cicatriz poco visible (24).

Finalmente, Gutiérrez et al., en 2008, elaboraron un estudio de tipo descriptivo, que incluyó a una población de 13 pacientes de la Universidad Autónoma de México con CB de pabellón auricular. Se utilizó como cobertura de tratamiento los colgajos fasciocutáneo. La investigación determinó que los colgajos fasciocutáneos axiales se utilizan para defectos auriculares anteriores y reborde superior del hélix sin comprometer o requerir un injerto y el trabajo concluyó que estos colgajos son de fácil realización, respetan la forma y el contorno del borde auricular y permiten la cobertura de defectos auriculares amplios (25).

2.2 Bases teóricas

Carcinoma basocelular

Es un tipo común de cáncer de piel que surge de la capa basal de la epidermis y sus anexos; son denominados epiteliomas, debido a que tienen un bajo potencial metastásico. Sin embargo, se le denomina carcinoma, ya que son localmente invasivos, agresivos y destructivos de la piel y tejidos adyacentes, que incluye el hueso.

Se estima que aproximadamente el 70% se presentan en cara, debido a la etiología por radiación solar y el 15%, en tronco; no obstante, según su histopatología, se puede dividir en nodular, superficial y morfeiforme/Infiltrante (26).

El subtipo nodular representa aprox. 80% de los casos; es más frecuente en rostro como una pápula rosa o de color carne, con una calidad perlada o translúcida, en la cual generalmente se observa un vaso telangiectásico dentro de la pápula. Asimismo, es frecuente la ulceración, por lo cual en esta etapa se denomina úlcera de roedor (27).

El subtipo superficial abarca aproximadamente al 15% de los carcinomas basocelulares; en este caso, la presentación es mayor en hombres que mujeres, por razones aun no establecidas. Se presentan con mayor frecuencia en tronco, como máculas, o placas delgadas, ligeramente escamosas, no firmes, de color rojo claro a rosado. En el centro de la lesión, a veces se observa una apariencia atrófica y la periferia puede bordearse con pápulas finas translúcidas. Ocasionalmente, se presenta un pigmento marrón o negro manchado, lo cual puede confundirse con un melanoma. Generalmente, tienen un crecimiento lento y pueden variar de tamaño desde pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro si no son tratados; no obstante, en su mayoría son asintomáticos (27).

En el caso de los infiltrativos morfeiforme o esclerosantes, solo constituyen del 5 al 10% de los carcinomas basocelulares. Estas lesiones suelen ser pápulas o placas lisas, de color carne o rosa muy claro que con frecuencia son atróficas; Por lo general, tienen una calidad firme o endurecida con bordes mal definidos. Los subtipos infiltrativos y micronodulares son menos comunes que la morfeiforme (27).

Otros subtipos que han sido descritos son los carcinomas de células basoescamosas, el cual es raro y se comporta de manera agresiva; asimismo, se encuentran los carcinomas basocelulares pigmentados que son superficiales similares a los nodulares (27).

Por otro lado, se pueden producir diversos síndromes a causa del carcinoma en mención, como el síndrome de carcinoma nevoide de células basales; el síndrome de Bazex, el cual es caracterizado por múltiples carcinomas basocelulares y atrofodermia folicular. El síndrome de rombo es aquel que presenta el carcinoma, atrofodermia vermiculatum y quistes vellosos con apariencia de milia (28, 29).

En términos generales, los carcinomas basocelulares permanecen localizados, y tienen una tasa de crecimiento variable. Sin embargo, algunos se vuelven localmente agresivos o metastásicos y la adquisición de aberraciones citogenéticas puede estar asociada con un comportamiento biológico agresivo (30).

Como se ha descrito previamente, la aparición del carcinoma se puede ver condicionado a factores como la edad, el sexo y la exposición a la radiación solar; por lo tanto, el tratamiento debe tener como finalidad la erradicación completa de la lesión en un solo tiempo quirúrgico, conservar la mayor funcionalidad posible y procurar preservar resultados estéticos aceptables (31-33).

En carcinomas basocelulares primario con bordes bien definidos, menores de 2 cm con patrón histológico no agresivo presentan márgenes negativos; en el 98% de casos sí se resecan con 4 mm de margen y 70% con 2 mm; otros estudios han definido que el carcinoma basocelular mayor a 2 cm recurrentes con patrón histológico agresivo requieren un margen mínimo de 10 mm para obtener áreas libres de tumor en el 95% (31-33).

Aquellas lesiones que se desarrollan en la cabeza y en el cuello tienen mayor recurrencia versus los que se encuentran en extremidades y tronco. Se considera de alto riesgo la zona H de la cara que abarca la región centrofacial, párpados, cejas, área periorbitaria, labios, mentón, mandíbula, áreas pre y postauriculares, genitales, monos y pie, mediano riesgo la mejilla, frente, cuello y cuero cabelludo y

bajo riesgo tronco y extremidades. Las lesiones agresivas de alto riesgo son consideradas las que presentan tamaños mayores o iguales a 6 mm, mediano riesgo las mayores o iguales a 10 mm y de bajo riesgo los que son iguales o mayores a 20mm. La reconstrucción de los defectos quirúrgicos siempre debe seguir un orden de preferencia, empezando por la extirpación simple, utilización de colgajos, curación por segunda intención e injertos (31-33).

Tratamientos quirúrgicos

La extirpación simple debe realizarse teniendo en cuenta las líneas de tensión. También se recurre a los surcos que limitan las unidades estéticas; esto evita la formación de orejas de perro. Se obtienen resultados más estéticos; esta técnica es fácil de realizar. La cicatriz formada pasa inadvertida (31-33).

Dentro de los tratamientos quirúrgicos, la realización de colgajos es una técnica segura, que da resultados funcionales y estéticos favorables en comparación con los injertos u otras técnicas; así mismo, es curativa siempre y cuando se realice una buena resección del tumor dando los márgenes indicados. En los casos tratados con reconstrucción con colgajos cutáneos locales, se obtuvo un 100% de tumores extirpados con bordes histológicos libres de tumor, así como resultados funcionales y estéticos buenos. Para el cierre del defecto se utilizaron colgajos de avance, Mustardé, Limberg, rotación, nasogeniano, glabellar y bilobulado, además de cierre directo en lesiones menores a 2 mm e injerto de piel parcial y total para cubrir lesiones más extensas (31-33).

Colgajo es el preferido, por delante del cierre por segunda intención y el injerto, de solución rápida, acorta el tiempo de intervención respecto al injerto, relativamente sencilla y con resultados estéticos excelentes. Estos incluyen los de des avance, donde se realiza un avance directo sin movimiento lateral. Dentro de esta modalidad están los colgajos de pedículo subcutáneo o en isla muy útiles y que se basan en un principio sencillo, donde el tejido subcutáneo favorece a la movilización del colgajo por ser la epidermis y la dermis tejidos poco distensibles, siendo posible tomar un colgajo de pedículo subcutáneo y movilizarlo lateralmente con buenos resultados, la vascularización le llega preferentemente al colgajo por el pedículo, por lo que rara vez deja de ser viable. Los colgajos de rotación giran sobre un punto

hacia el defecto adyacente, sin pasar por encima de piel sana. Los de transposición se mueven o rotan hacia el defecto quirúrgico, pasando por encima de piel sana (31-33).

La curación por segunda intención se puede utilizar en defectos pequeños de hasta 8 mm; en algunos casos, se obtienen buenos resultados estéticos. El injerto de piel debe siempre considerarse como última opción, sin embargo, es una técnica fácil de realizar, se usan en defectos extensos, sin cierre de defectos a tensión, se pueden emplear injertos de piel total, ya que ofrecen un grosor adecuado y se obtienen buenos resultados estéticos. Se realizará seguimiento de los pacientes al mes, 3, 6 y 12 meses tras la intervención, en busca de datos clínicos de recidiva o persistencia, así como para la evaluación del resultado cosmético y funcional (31-33).

2.3 Definición de términos básicos

Efectividad: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.

Carcinoma: Tumor maligno derivado de estructuras epiteliales.

Colgajo: Porción de piel sana que se utiliza en las intervenciones quirúrgicas para cubrir la herida.

Histología: Parte de la anatomía que trata del estudio de los tejidos orgánicos.

Necrosis: Degeneración de un tejido por muerte de sus células.

Estética: Conjunto de técnicas y tratamientos utilizados para el embellecimiento del cuerpo.

Pedículo: Tallo más o menos delgado que une una forma anormal al órgano correspondiente.

Tumor: Masa de celular transformadas, con crecimiento y multiplicación

anormales.

Radiación: Energía ondulatoria o particular materiales que se propagan a través del espacio.

Resección: Extirpación parcial o total de un órgano.

CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Existen factores asociados a la efectividad del colgajo para cierre postexéresis de carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo, en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Militar Central en el periodo de enero a diciembre del 2016.

3.2 Hipótesis específicas

La edad avanzada es un factor condicionante para la disminución de efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.

El sexo es un factor asociado a la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.

La procedencia es un factor asociado a la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.

La zona de lesión es un factor condicionante a la disminución de la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.

El tiempo quirúrgico prolongado es un factor condicionante a la baja efectividad del colgajo para cierre postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.

El tiempo al alta prolongado es un factor condicionante a la disminución de la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Procedimiento	Procedimiento realizado	Cualitativa	Procedimiento realizado	Nominal	Colgajo Injerto de piel Cierre directo	Ficha de recolección de datos
Edad	Tiempo de vida desde su nacimiento	Cuantitativa	Años	Razón	Joven: 20 – 30 Adulto: 30-50 Adulto mayor: 50 a más	
Sexo	Características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos	Cualitativa	Género	Nominal	Femenino, masculino	
Procedencia	Lugar de procedencia	Cualitativa	Información historia clínica	Nominal	Departamento Provincia	
Zona de lesión	Zona comprometida	Cualitativa	Zona comprometida	Nominal	Facial Pabellón Auricular, Antebrazo	
Tiempo de cirugía	Tiempo quirúrgico	Cuantitativa	Horas	Razón	2 3 4 horas	
Tiempo al alta	Tiempo de estancia hospitalaria	Cuantitativa	Días	Razón	7 14 21 días	
Complicaciones intrasop	Complicaciones intrasop	Cualitativa	Complicaciones intrasop	Nominal	Hemorragia	
Reoperación	Reoperación	Cualitativa	Reoperación	Nominal	Sí No	
Complicaciones posquirúrgicas	Complicaciones postquirúrgicas	Cualitativa	Complicación descrita	Nominal	Hematoma Infección	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: observacional.

Según el alcance: analítico.

Según el número de mediciones de las variables de estudio: longitudinal.

Según el momento de la recolección de datos: retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los pacientes del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva con diagnóstico de carcinoma basocelular (CB).

Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de CB sometidos a cierre postexéresis con colgajo de piel, injerto de piel y cierre directo, en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Militar Central, en el periodo 2019-2020.

Tamaño de la muestra

Todos los pacientes sometidos a colgajo, injerto y cierre directo postexéresis de CB, en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Militar Central, en el periodo 2019-2020, los cuales son 90 pacientes: 30 para cada tratamiento que corresponden a los grupos A (colgajo), B (injerto) y C (cierre directo).

Muestreo

Es censal, pues la población es igual a la muestra.

Criterios de selección

De inclusión para los grupos A, B y C

Pacientes con diagnóstico de CB en región facial, pabellón auricular o brazo, sometidos a cierre postexéresis mediante colgajo (grupo A), B (injerto) y C (cierre directo).

Sexo masculino y femenino.

Edad 45-70 años.

De exclusión para los grupos A, B y C

Historia clínica con datos incompletos o incongruentes.

Pacientes con recidiva de CB o con otros diagnósticos.

Intervenidos mediante técnicas diferentes al estudio en mención.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Se tomarán, del cuaderno de registros del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Militar Central, los números de las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a colgajo, injerto de piel, cierre directo postexéresis de CB. Se buscarán las historias clínicas que cuenten con todos los datos generales de las pacientes y datos relacionados al tema en mención. La recolección de datos se realizará mediante el vaciado de la información de las historias clínicas a la ficha de recolección de datos, elaborada por la investigadora (anexo 2).

Instrumentos de recolección y medición de variables

Se usará una ficha de recolección de datos de las pacientes previo consentimiento del servicio encargado y del Hospital Militar Central, la cual contiene la información que se requiere para valorar las variables: edad, sexo, procedencia, zona de lesión, tiempo de cirugía, tiempo de alta, complicaciones intrasop, reoperación y complicaciones posquirúrgicas.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis estadístico de las variables en estudio, se utilizará cuadros y gráficos de distribución de frecuencias, así como medidas de tendencia central. Todos los datos serán ingresados y analizados mediante el uso de la hoja de cálculos Microsoft office – Excel 2013. Se realizará un análisis descriptivo utilizando variables cuantitativas y cualitativas (técnica quirúrgica, localización, márgenes, edad, sexo). La información recolectada se analizará en cuadros de doble entrada.

4.5 Aspectos éticos

El presente trabajo estará encaminado en el parámetro deontológico que rige

nuestra profesión, cuenta con la autorización del director del Hospital Militar Central y supervisión del jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Militar Central. Asimismo, contará con la aprobación de la unidad de Postgrado de la Universidad de San Martín de Porres. Toda la información se recolectará y se utilizará con fines académicos con absoluta confidencialidad, pues no se realizará ninguna referencia de las personas sometidas a dicho estudio.

CRONOGRAMA

Pasos	2021										
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Redacción final del proyecto de investigación	X	X									
Aprobación del proyecto de investigación			X								
Recolección de datos				X	X						
Procesamiento y análisis de datos						X	X				
Elaboración del informe								X	X		
Correcciones del trabajo de investigación										X	
Aprobación del trabajo de investigación										X	
Publicación del artículo científico											X

PRESUPUESTO

Todos los gastos para la realización del proyecto de investigación serán cubiertos por el investigador.

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	300.00
Adquisición de software	500.00
Internet	300.00
Impresiones	400.00
Logística	400.00
Traslados	1000.00
TOTAL	2900.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. World Health Organization. The known health effects of UV World Health Organization. [Internet] 2017. Extraído el 15 de setiembre de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/uv/faq/uvhealthfac/en/>
2. Goldenberg G, Karagiannis T, Palmer JB, Lotya J, O'Neill C, Kisa R, et al. Incidence and prevalence of basal cell carcinoma (BCC) and locally advanced BCC (LABCC) in a large commercially insured population in the United States: A retrospective cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*;75(5):957-66. e2. [Internet] 2016. Extraído el 25 de setiembre de 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27473450/>
3. Wu S, Han J, Li W-Q, Li T, Qureshi AA. Basal-cell carcinoma incidence and associated risk factors in US women and men. *American journal of epidemiology*;178(6):890-7. [Internet] 2013. Extraído el 25 de setiembre de 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23828250/>
4. Hannuksela-Svahn A, Pukkala E, Karvonen J. Basal cell skin carcinoma and other nonmelanoma skin cancers in Finland from 1956 through 1995. *Archives of dermatology*;135(7):781-6. [Internet] 2013. Extraído el 25 de setiembre de 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23828250/>
5. Marks R, Staples M, Giles G. Trends in non-melanocytic skin cancer treated in Australia: the second national survey. *International Journal of Cancer*;53(4):585-90. [Internet] 2006. Extraído el 25 de setiembre de 2018. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijc.2910530410>
6. Group NS, Green A, Battistutta D, Hart V, Leslie D, Weedon D. Skin cancer in a subtropical Australian population: incidence and lack of association with occupation. *American Journal of Epidemiology*; 144(11):1034-40. [Internet] 1996. Extraído el 25 de setiembre de 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8942434/>

7. Alfaro A, Castrejón L, Ortiz MR. Cáncer de piel. Estudio epidemiológico a 10 años en derecho habientes del ISSSTE en Nuevo León. *Dermatología Revista Mexicana*; 54 (6): 321-5. [Internet] 2010. Extraído el 25 de setiembre de 2018. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28038>
8. EsSalud. EsSalud realizó campaña gratuita de despistaje y prevención de cáncer de piel: EsSalud; [Internet] 2017. Extraído el 25 de setiembre de 2018. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-realizo-campana-gratuita-de-despistaje-y-prevencion-de-cancer-de-piel/>
9. Díaz González L, Sánchez Acosta K, Vega M, Andrés S, Deronceré Columbié Y. Basal cell carcinoma in nasal region: surgical treatment and reconstruction with bilobulated flap;*57(269):201-6*. [Internet] 2018. Extraído el 26 de noviembre de 2019. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/702
10. Rodriguez-Garijo N, Redondo P. Linear basal cell carcinoma of the lower eyelid: Reconstruction with a musculocutaneous transposition flap. *JAAD case reports*;4(7):633-5. [Internet] 2018. Extraído el 26 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6072646/>
11. Gandevivala A. Modified rhomboidal flap to reconstruction of defect of cheek after excision of basal cell carcinoma. [Internet] 2016. Extraído el 26 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.jcontempdent.com/doi/pdf/10.5005/jp-journals-10031-1162.pdf>
12. Jardón Caballero J, Alemán Miranda O. Técnicas quirúrgicas estéticas en pacientes con defectos faciales por carcinoma basocelular. *MediSan*;21(01):96-101 [Internet] 2017. Extraído el 26 de noviembre de 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192017000100011&lng=es&nrm=iso.pdf

13. Canto Vidal B, Canto Vigil T, González Sánchez D, Soto Ugalde A. Cirugía reparadora del párpado inferior en pacientes afectados por carcinomas basocelulares. *MediSur*;14(6):805-9. [Internet] 2016. Extraído el 26 de noviembre de 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v42n3/reconstructiva1.pdf>
14. Abullarade JD. Colgajo frontal paramediano de pedículo estrecho para reconstrucción nasal en cáncer de piel. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*; 42(3):271-8. [Internet] 2016. Extraído el 26 de noviembre de 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v42n3/reconstructiva1.pdf>
15. Miranda JLD, Garrote V, Acosta B, Gil RR, Rodríguez RD. Colgajo de Hughes: un modo de solucionar los tumores del párpado inferior de gran tamaño: nuestra serie de casos. *Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología*. (27):34-7. [Internet] 2016. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-27/27sco10.htm>
16. Pérez M, Sancho J, Palao R, Barret J. Aplicaciones del colgajo frontonasal para la cobertura de defectos nasales. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. ;41(4):419-25. [Internet] 2015. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n4/original8.pdf>
17. Muñoz A, Duque A, López D. Reconstrucción de las subunidades estéticas nasales posterior al manejo quirúrgico del cáncer de piel. *Revista Colombiana de Cancerología*;19(2):103-10. [Internet] 2015. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v19n2/v19n2a07.pdf>
18. Alonso JI, Sánchez MS. Técnica quirúrgica para carcinoma basocelular: colgajo de periostio más injerto de piel. [Internet] 2014. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XaMxpspsYL4J:https://www.ofthalmologos.org.ar/oce/items/show/287+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

19. Rao J, Deora H. Surgical excision with forehead flap as single modality treatment for basal cell cancer of central face: single institutional experience of 50 cases. *Journal of skin cancer*. [Internet] 2014. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jsc/2014/320792/>
20. De Abullarade J. Reconstrucción estética de la frente en carcinoma basocelular. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*;40(2):195-203. [Internet] 2014. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v40n2/original9.pdf>
21. Martínez Vera E, Rivas M, Arrúa Caballero M, Cardozo Cabral S. Tumor de párpados: 241 casos: hallazgos y desafíos para la reconstrucción. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*;39(2):145-52. [Internet] 2013. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0376-78922013000200005
22. Aldana Ubillús C, Cáceres H, García M, García E. Colgajo frontal paramediano en reconstrucción nasal. *Rev Cir Parag*;37(2). [Internet] 2013. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v37n2/v37n2a04.pdf>
23. De Abullarade J. Versatilidad del colgajo zigomático de mejilla en la reconstrucción nasal. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*;38(3):273-7. [Internet] 2012. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3655/365537878009.pdf>
24. Gutiérrez M, Ulloa J, Ulloa P. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*;72(1):49-56. [Internet] 2012. Extraído el 28 de abril de 2019. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162012000100007
25. Gutiérrez Gómez C, Avila Romay A, Zepeda Alcántara C, Cárdenas Mejía A.

Experiencia en reconstrucción auricular en cáncer de piel con colgajo en "quesadilla". *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*;34(2):101-6. [Internet] 2008. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922008000200003

26. Wang YJ, Tang TY, Wang JY, Huang YK, Wu YH. Genital basal cell carcinoma, a different pathogenesis from sun-exposed basal cell carcinoma? A case-control study of 30 cases. *Journal of cutaneous pathology*;45(9):688-95. [Internet]2018. Extraído el 15 de abril de 2019. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cup.13304>

27. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol*;147(1):41-7. [Internet] 2002. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12100183/>

28. Goeteyn M, Geerts ML, Kint A, De Weert J. The Bazex-Dupré-Christol syndrome. *Arch Dermatol*;130(3):337-42. [Internet] 1994. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8129412/>

29. Castori M, Morrone A, Kanitakis J, Grammatico P. Genetic skin diseases predisposing to basal cell carcinoma. *Eur J Dermatol*;22(3):299-309. [Internet] 2012. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22391625/>

30. Nangia R, Sait SN, Block AW, Zhang PJ. Trisomy 6 in basal cell carcinomas correlates with metastatic potential: a dual color fluorescence in situ hybridization study on paraffin sections. *Cancer*;91(10):1927-32. [Internet] 2001. Extraído el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11346875/>

31. Baker SR, Beas C, Bloom B. Colgajos locales en la reconstrucción facial: Amolca (Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas); 2010.

32. Neligan P. Plastic Surgery. Elsevier, editor 2018.

33. Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Edición, editor: Editorial Amolca Colombia; 2016.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de la investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumentos de recolección de datos
FACTORES ASOCIADOS A LA EFECTIVIDAD DEL COLGAJO PARA CIERRE POSEXÉRESIS DE CARCINOMA BASOCELULAR EN COMPARACION CON EL INJERTO DE PIEL Y CIERRE DIRECTO HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2019-2020	<p>¿Cuáles son los factores asociados a la efectividad del colgajo para cierre postexéresis de carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y el cierre directo, en el Hospital Militar Central 2019-2020?</p>	<p>General Determinar los factores asociados a la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y el cierre directo, en el Hospital Militar Central 2019-2020.</p> <p>Específicos Identificar si la edad se asocia a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.</p> <p>Establecer si la edad y el sexo se asocia a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.</p> <p>Relacionar la procedencia a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.</p>	<p>General Existen factores asociados a la efectividad del colgajo para cierre postexéresis de carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo, en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Militar Central en el periodo de enero a diciembre del 2016.</p> <p>Específicas La edad avanzada es un factor condicionante para la disminución de efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.</p> <p>El sexo es un factor asociado a la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.</p> <p>La procedencia es un factor</p>	<p>Según la intervención del investigador: observacional. Según el alcance: analítico. Según el número de mediciones de las variables de estudio: longitudinal. Según el momento de la recolección de datos: retrospectivo.</p>	<p>Todos los pacientes sometidos a colgajo, injerto y cierre directo postexéresis de CB, en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Militar Central, en el periodo 2019-2020, los cuales son 90 pacientes: 30 para cada tratamiento que corresponden a los grupos A (colgajo), B (injerto) y C (cierre directo).</p> <p>Procesamiento de datos Para el análisis estadístico de las variables en estudio, se utilizará cuadros y gráficos de distribución de frecuencias, así como medidas de tendencia central. Todos los datos serán ingresados y analizados mediante el uso de la hoja de cálculos Microsoft office – Excel 2013. Se realizará un análisis descriptivo utilizando variables cuantitativas y cualitativas (técnica quirúrgica, localización, márgenes, edad, sexo). La información recolectada se analizará en cuadros de doble entrada.</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p>

		<p>Identificar si hay relación entre la zona de lesión y la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.</p> <p>Establecer si el tiempo quirúrgico se asocia a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.</p> <p>Relacionar el tiempo al alta a la efectividad del: colgajo, injerto de piel y cierre directo, para cierre de defectos postexéresis de carcinoma basocelular.</p> <p>Identificar las complicaciones intrashop, posquirúrgicas y si hubo reoperación en cada tratamiento quirúrgico.</p>	<p>asociado a la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.</p> <p>La zona de lesión es un factor condicionante a la disminución de la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.</p> <p>El tiempo quirúrgico prolongado es un factor condicionante a la baja efectividad del colgajo para cierre postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.</p> <p>El tiempo al alta prolongado es un factor condicionante a la disminución de la efectividad del colgajo para cierre de defectos postexéresis del carcinoma basocelular en comparación con el injerto de piel y cierre directo.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N.º historia clínica..... **Fecha**.....

Procedimiento

Colgajo () Injerto de piel () Cierre directo ()

Edad

Joven: 20-30 ()

Adulto: 30-50 ()

Adulto mayor: 50 a más ()

Sexo: Femenino () Masculino ()

Procedencia:

Departamento:

Provincia:

Zona de lesión: Antebrazo () Pabellón auricular () Facial ()

Tiempo de cirugía: Dos horas () Tres horas () Cuatro horas ()

Tiempo de alta: Siete días () Catorce días () Veintiún días ()

Complicaciones intrasop

.....

Reoperación: Sí () No ()

Complicaciones quirúrgicas

.....