Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello en pacientes operados en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2026 a diciembre 2026

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial

AUTOR

Mariafernanda RENGIFO HERNANDEZ

ASESOR

Ricardo ANICAMA PARDO

Lima - Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rengifo M. Factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello en pacientes operados en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2026 a diciembre 2026 [Proyecto de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Mariafernanda Rengifo Hernández
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72780812
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8892-175X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Ricardo Anicama Pardo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	21459861
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8629-2603
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	José Luis Saavedra Leveau
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07757819
Datos de investigación	
Línea de investigación	ODS 3: SALUD Y BIENESTAR -5: CÁNCER
Grupo de investigación	NO APLICA
Agencia de financiamiento	NO APLICA

Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Jesús María Calle: Av. Edgardo Rebagliati 490 Latitud: -12.0786084 Longitud: -77.0402549
Año o rango de años en que se realizó la investigación	ENERO 2026 - DICIEMBRE 2026
URL de disciplinas OCDE	ONCOLOGÍA https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.21

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Vicedecanato de Investigación y Posgrado

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: **RENGIFO HERNANDEZ MARIAFERNANDA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

"FACTORES DE RIESGO DE RECIDIVA DE CÁNCER DE PIEL EN CABEZA Y CUELLO EN PACIENTES OPERADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS PERÍODO ENERO 2026 A DICIEMBRE 2026".

AÑO DE INGRESO: **2023**

ESPECIALIDAD: **CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL**

SEDE: **HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

Lima, 12 de octubre del 2026

DOCTOR
MORZAN DELGADO, JOHNNY RICARDO
COORDINADOR DEL PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA.

EL COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD EN **CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL**, HA EXAMINADO EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE LA REFERENCIA, EL CUAL HA SIDO:

SUSTENTADO Y APROBADO [V] **OBSERVADO** [ ]

NOTA: [18] Dieciocho

C.c. UPG
Comité de Especialidad
Interesado

DR. SAAVEDRA LEVEAU JOSE LUIS
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD EN **CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, RICARDO ANICAMA PARDO..... en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de Inscripción del Proyecto de Investigación N° 3045763917 ..... , cuyo título es. FACTORES DE RIESGO DE RECIDIVA DE CANCER DE PIEL EN CABEZA Y CUELLO EN PACIENTES OPERADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS PERIODO ENERO 2026 A DICIEMBRE 2026.

presentado por el medico....MARIAFERNANDA.RENGIFO.HERNANDEZ..... , para optar el título de **Segunda Especialidad Profesional** en CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 16 ..% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de Segunda Especialidad Profesional en .CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL

Lima, 05 de noviembre de 2026

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: RICARDO ANICAMA PARDO

DNI: 21459861

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

I

DEDICATORIA

“A mis padres por ser la luz que siempre ilumina mi camino, por brindarme su apoyo incondicional, por enseñarme que pese a cualquier tropiezo no debo rendirme, porque nunca han dejado de creer en mí”.

“A mis hermanos por ser mi fuente de energía y amor, por sus palabras de aliento y apoyo en cada momento.”

“A mi abuelito Víctor por sentirse orgulloso de cada uno de mis logros, por su compañía y amor incondicional.”

“A mi Ilsita y mi Foshi porque siempre han estado junto a mí brindándome todo su amor, porque sé que aun desde el cielo me siguen cuidando.”

AGRADECIMIENTO

“A Dios, por ser mi camino y mi guía, por haberme dado la oportunidad de seguir adelante, por darme fuerza para lograr lo que me proponga.”

“A mis padres, por estar presentes en cada momento, por su confianza, por su amor inagotable; porque en cada paso siempre han estado brindándome todo su amor.”

“A mis hermanos, por sus consejos, por sus palabras de aliento, porque son mi modelo de superación y mi ejemplo a seguir.”

“A mi Richitar, mi tía Patty, Peri, Majo y Mati por haberme acogido con tanto amor durante mi residencia. “

“A Tani por cuidarme, protegerme y ayudarme en cada paso.”

“A mi asesor, por ofrecerme su apoyo y dedicar parte de su tiempo en el desarrollo de esta investigación.”

“A mi facultad, por acogerme, inculcarme conocimiento y valores.”

ÍNDICE

I. CAPÍTULO I:

DATOS GENERALES 1

1.1 Título 1

1.2 Área de investigación 1

1.3 Autor responsable del proyecto 1

1.4 Asesor 1

1.5 Institución 1

1.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto 1

1.7 Duración 1

1.8 Clave del proyecto 1

II. CAPÍTULO II:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO 3

2.1 Planteamiento del Problema 3

2.2 Hipótesis 25

2.3 Objetivos de la Investigación 25

2.4 Evaluación del Problema 26

2.5 Justificación e Importancia del Problema 27

III. CAPÍTULO IIi:

METODOLOGÍA 33

3.1 Tipo de Estudio 30

3.2 Diseño de Investigación 30

3.3 Universo de Pacientes que acuden a la Institución 30

3.4 Población a estudiar 30

3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral 30

3.6 Criterios de Inclusión y exclusión 31

3.7 Variable de Estudio 31

3.8 Operalización de Variables 32

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 33

3.10 Procesamiento y análisis de Datos 34

IV. CAPÍTULO IV:

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS **35**
4.1 Plan de acciones 35
4.2 Asignación de Recursos 35
4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto 35
4.4 Cronograma de actividades 35
V. CAPÍTULO V:
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 36
VI. CAPÍTULO VI:
ANEXOS 38
6.1 Definición de Términos 38
6.2 Consentimiento Informado 39
6.3 Matriz de Consistencia 40
6.4 Ficha de Recolección de Datos 41

LISTA DE CUADROS

1. CUADRO 1: OPERALIZACION DE VARIABLES 32

2.CUADRO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA 40

LISTA DE FIGURAS

1. ***IMAGEN 1:*** Estadificación del cáncer de piel melanoma: Tamaño 20
2. ***IMAGEN 2:*** Estadificación del cáncer de piel melanoma: Nodos – diseminación linfática regional 20
3. ***IMAGEN 3:*** Estadificación del cáncer de piel melanoma: Metástasis 21
4. ***IMAGEN 4:*** Estadificación del cáncer de piel melanoma 21
5. ***IMAGEN 5:*** Estadificación del cáncer de piel no melanoma: Tamaño 22
6. ***IMAGEN 6:*** Estadificación del cáncer de piel no melanoma: Nodos – diseminación linfática regional y Metástasis 23
7. ***IMAGEN 7:*** Estadificación del cáncer de piel no melanoma 23
8. ***IMAGEN 8:*** Estadificación del cáncer de piel de células de Merkel: Tamaño 24
9. ***IMAGEN 9:*** Estadificación del cáncer de piel de células de Merkel: Nodos – diseminación linfática regional y Metástasis 24
10. ***IMAGEN 10:*** Estadificación del cáncer de piel de células de Merkel 24

RESUMEN CON PALABRAS CLAVE

Objetivo: "Identificar cuales son los factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel ubicados en cabeza y cuello en pacientes operados en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2026 a diciembre 2026."

Material y métodos: "El estudio que se llevará a cabo es de tipo observacional, transversal, descriptivo y cualitativo , serán incluidos todos los pacientes operados con diagnóstico de recidiva de cáncer de piel localizado en cabeza y cuello tratados en el servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo enero – diciembre del 2026, a quienes se les aplicará una ficha de recolección de datos; estos datos luego serán procesados en una matriz en Microsoft Office Excel para ser analizados y finalmente llegar a obtener los resultados."

Conclusión: "es de suma importancia Identificar cuáles son los factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel ubicados en cabeza y cuello en pacientes operados en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. "

Palabras claves: "cáncer de piel, resección radical, recidiva, factor de riesgo"

ABSTRACT

Objective: To identify risk factors for head and neck skin cancer recurrence in patients treated in the Head, Neck, and Maxillofacial Surgery Service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital from January 2026 to December 2026.

Materials and methods: An observational, cross-sectional, descriptive and qualitative study will be carried out. All patients diagnosed with recurrence of skin cancer located on the head and neck treated in the Head, Neck and Maxillofacial Surgery Service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital during the period January - December 2026 will be included. A data collection form will be applied to them; these will then be processed into a matrix in Microsoft Office Excel to then be analyzed and finally arrive at results.

Conclusion: It is of utmost importance to identify risk factors for head and neck skin cancer recurrence in patients treated in the Head, Neck, and Maxillofacial Surgery Service of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital.

Keywords: skin cancer, radical resection, recurrence, risk factor

I. CAPÍTULO I:
DATOS GENERALES

1.1 Título: **“**Factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello en pacientes operados en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2026 a diciembre 2026. **“**

1.2 Área de investigación:

“Área oncológica de cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial. **“**

1.3 Autor responsable del proyecto:

MR. Mariafernanda Rengifo Hernández.

1.4 Asesor:

Dr. Ricardo Anicama Pardo.

1.5 Institución:

“Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. **“**

1.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto:

“Se coordinará con la jefatura del departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello a cargo del Dr. Ricardo Anicama Pardo; y con la jefatura del Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial a cargo del Dr. Pavel Pino Godoy**“**

1.7 Duración:

“El proyecto tendrá duración de un año: de enero a diciembre del 2026. **“**

1.8 Clave del proyecto:

“La clave de este proyecto de investigación es la adecuada selección de los pacientes quienes serán la población de estudio y la aplicación idónea de la ficha de recolección de datos. **“**

II. CAPÍTULO II:
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del Problema:

2.1.1 Descripción del Problema:

La piel es el órgano de mayor área en todo el cuerpo humano, según lo descrito para la Investigación de todos los tipos de Cáncer, se ha reportado que el cáncer de piel llega a ocupar el tercer lugar en incidencia oncológica a nivel mundial. El tratamiento de elección en el cáncer de piel a lo largo de los años ha sido la cirugía planteada como una resección radical del tumor, sin embargo, en nuestro medio no se tienen datos de los pacientes posterior a esta cirugía; por lo que, es de gran importancia realizar una investigación en el que se evalúen los resultados posteriores a este tipo de resecciones; un seguimiento basado en la anatomía patológica y recidiva de este tipo cáncer identificando los factores que pueden predisponer a ella.

Este tipo de estudio es de interés en la parte oncológica; es una investigación viable puesto que no se necesitan muchos recursos y se tiene una gran casuística de pacientes en el servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

2.1.2 Antecedentes del Problema:

2.1.2.1 Antecedentes Internacionales

Un trabajo de investigación realizado en Cuba en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", con autor: Annabell C. Castro T. en el año 2021, tuvo por objetivo: caracterizar la recidiva en los pacientes operados de cáncer cutáneo de tipo no melanoma mediante cirugía convencional desde el año 2014 hasta abril de 2020. Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y prospectivo. La población estuvo constituida por pacientes ya operados de cáncer de piel tipo no

melanoma mediante la cirugía convencional que presentaron recidivas tumorales confirmadas por histología. Para la recolección de datos se elaboró una ficha con las siguientes variables: tiempo de aparición de la recidiva, localización y tipo de tumor, subtipo histológico. Los resultados obtenidos fueron: el rostro fue la localización más frecuente de estos tumores (57,4 %). La mayoría de las recidivas aparecieron antes de un año de la resección (21,3 %). El carcinoma basocelular de subtipo esclerodermiforme fue el más frecuente, además del cáncer de células escamosas moderadamente diferenciado en segundo lugar. (Annabell C. Castro T., 2021)

La tesis realizada en Uruguay en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, con autores: Diego López y Julio Magliano en el año 2021, tuvo como objetivo: describir las características que se encontraban más presentes en los pacientes con carcinomas cutáneos en un periodo total de siete años y que presentaron recidiva luego de la cirugía. Se analizaron mediante estadística las características que presentaban todos los pacientes cuya neoplasia presentó recidiva luego de la cirugía de resección (Diego L. Magliano, 2021)

Una investigación realizada en Guatemala en la Universidad San Carlos, en el año 2009, tuvo por objetivo: evaluar las variables clínicas, epidemiológicas, histológicas de pacientes con carcinoma de piel durante su seguimiento post cirugía resectiva. Se realizó una investigación retrospectiva y descriptiva en la cual se elaboró una revisión de carácter sistemático del libro de reportes de cirugía, informes de anatomía patológica y las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico carcinoma cutáneo tipo basocelular; se elaboró como instrumento de recolección de datos una ficha de la cual se obtuvieron datos anotados en la historia clínica. La población fue

de 782 pacientes, 46% de los cuales fue sometido cirugía de resección, de estos, el 73.66% eran mayores de 61 años, la mayoría el sexo femenino. El principal factor pronóstico del cáncer de piel es el diagnóstico oportuno más un tratamiento quirúrgico radical. (Marlen J. Villatoro V., et al, 2009)

2.1.2.2 Antecedentes Nacionales

Una investigación realizada en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, con autor: Amorín Ocampo, Milagros, publicada en el año 2014, ha tenido como objetivo principal el analizar el riesgo que se asocian a mayor recurrencia del cáncer cutáneo tipo basocelular luego de realizarse el tratamiento quirúrgico en el INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) en el periodo 2007-2008. El tipo de investigación fue de cohorte retrospectiva; el factor de riesgo más predisponente fueron los bordes comprometidos durante la resección. (Amorín O. Milagros, 2014)

Una tesis realizada en Lima, titulado: “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DEL MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO EN EL HC FAP: PERIODO 1992 - 2001”, tuvo por objetivo: identificar las características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas del melanoma maligno cutáneo en el Hospital Central de Aeronáutica durante el periodo 1992 - 2001. La población estudiada fueron todos los pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo durante el periodo enero 1992 hasta el año 2001; el tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo, lineal y observacional, para filtrar los pacientes candidatos al estudio se usó una “Ficha de Selección de Pacientes”, los datos tomados fueron fototipo, antecedentes, histología y tratamiento recibido. Se obtuvo como resultado: la mayoría de pacientes fueron de sexo masculino (60%), edad promedio de 66 años, el 52% de los pacientes presentó melanoma

acral, el 30% de los melanomas se presentó en área de cabeza y cuello; solo el 24% de los pacientes respondieron a resección más plastia. Se obtuvo como conclusión que la incidencia de este tipo de cáncer de piel aumenta con la edad y la resección oncológica radical de la lesión es el principal pilar de tratamiento. (Manuel A. Córdova P., 2002)

2.1.3 Fundamentos:

2.1.3.1 Marco teórico:

El cáncer cutáneo es una enfermedad neoplásica maligna de la piel.

Epidemiología:

La piel es el órgano más grande de todo el cuerpo humano, se ha reportado que el cáncer cutáneo llega a ocupar el tercer lugar en incidencia a nivel de todo el mundo. Llega a afectar a 1´329,779 personas al año, lo que corresponde a una incidencia anual del 7.4 %, anualmente fallecen 125,867 personas, representando el 1.3 % de todos los pacientes con carcinoma epitelial. (Claudia A. Espinoza G., 2019)

Se estima que la incidencia del cáncer cutáneo en cabeza y cuello se ha duplicado en las últimas dos décadas. (María J. Ureña V., et al, 2021). El cáncer cutáneo representa el 6,6% del total de cáncer registrado en Perú, y se encuentra en el puesto cuarto de frecuencia en neoplasias malignas a nivel nacional. (Instituto Nacional Peruano de Enfermedades Neoplásicas, 2018)

El cáncer de piel según lo reportado durante en el periodo 2004 – 2005, está conformado en su mayoría por el tipo no melanoma: carcinoma basocelular: 2333 casos, predominando en las edades entre 65 a 75 años con una frecuencia reportada de 75% del total de

cáncer de piel, en el segundo lugar está el carcinoma epidermoide, el cual predomina entre los 70 y 80 años, representa el 25% y en tercer lugar el cáncer de piel tipo melanoma. (Instituto Nacional Peruano de Enfermedades Neoplásicas, 2018)

En el reporte geográfico de las regiones que presenta la mayoría de los casos reportados de cáncer de piel a nivel nacional son la Libertad (10,7%), Cajamarca (9,5%), Madre de Dios (9,2%). (Instituto Nacional Peruano de Enfermedades Neoplásicas, 2018)

Etiología:

El origen es multifactorial; va a depender de factores diferentes tanto constitucionales, así como ambientales. Los llamados factores constitucionales se encuentran relacionados con el fenotipo y el genotipo de las personas: sus antecedentes familiares, fototipo de piel, así como edad. (María J. Ureña V., et al, 2021). Los factores de tipo ambiental son componentes externos físicos y/o químicos que afectan de manera directa el Ácido Desoxiribonucleico (ADN) y al proceso mitótico celular. (María J. Ureña V., et al, 2021)

El factor ambiental que ha mostrado mayor importancia para el desarrollo de este tipo de cáncer es la exposición a rayos ultravioleta, (José E. Telich T., et al, 2017) (María J. Ureña V., et al, 2021)

Tipos de cáncer de piel:

Cáncer de piel no melanoma

Dentro de esta categoría podemos encontrar como mayores representantes: al carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma epidermoide (CEC), los cuales son los tumores cutáneos malignos más frecuentes a nivel mundial. Este tipo de cánceres de piel presenta factores de riesgo; entre los principales podemos encontrar: pacientes con piel fototipo I y II, exposición crónica a la

radiación ultravioleta y radiación ionizante, además de la exposición de manera crónica a elementos como arsénico o pacientes con lesiones precancerosas como el xeroderma pigmentoso. (José E. Telich T., et al, 2017)

Carcinoma basocelular

Se caracteriza por ser de lento crecimiento, presenta un bajo potencial de producir metástasis regional y metástasis a distancia, sin embargo, este cáncer puede llegar a ser agresivo y destructivo localmente. Esta neoplasia maligna de piel es la más frecuente, representa un 95% del total, muestra predilección por el sexo masculino, con una relación 1.5:1 con respecto al género femenino. (José E. Telich T., et al, 2017) (María J. Ureña V., et al, 2021)

Un 70% de los casos afecta la cara, de ellos, el 26% se localiza en la unidad facial nasal. (José E. Telich T., et al, 2017)

El carcinoma basocelular se puede presentar mediante distintas variantes clínicas: (José E. Telich T., et al, 2017) (María J. Ureña V., et al, 2021) (Paola C. Gamerosa, et al, 2016)

- Nodular: es la forma clínica más común, suele presentar bordes definidos.

- Superficial: se presenta en aproximadamente el 30%; se puede observar como una lesión plana eritematosa, levemente indurada, suele ser de lento crecimiento.

- Morfeiforme o esclerosante: este tipo suele ser con bordes muy poco definidos y lesiones satélite. Se considera el subtipo más agresivo y llega a presentar una elevada incidencia de márgenes positivos tras la resección, tiene potencial de dar metástasis regionales.

• Fibroepitelial: Es un subtipo poco frecuente, se presenta clínicamente como una lesión aplanada o papulonódulo poco elevada, coloración rosada, una superficie lisa. Suele aparecer dentro del contexto de síndromes asociados a carcinoma basocelular.

• Otras: en menor frecuencia se encuentran los subtipos micronodular, basoescamosa, infiltrativa; sin embargo, son variantes agresivas, con una elevada tasa de recurrencia.

El carcinoma basocelular puede presentar invasión en profundidad mediante vías de baja resistencia como la placa tarsal, periostio, fascia o pericondrio causando destrucción cutánea, cartilaginosa y ósea. (José E. Telich T., et al, 2017). La infiltración de cartílago, hueso no suele ser frecuente. (José E. Telich T., et al, 2017)

En cuanto al manejo terapéutico está enfocado en la resección radical. La resección quirúrgica con márgenes de seguridad es la técnica quirúrgica más utilizada; en tumores bien delimitados. (José E. Telich T., et al, 2017)

Existen otras alternativas para la cirugía son el tratamiento tópico con imiquimod, modulador de la respuesta del sistema inmune, el cual se indica también en formas más superficiales, se ha reportado una tasa de curación de hasta 95%; el 5-fluor uracilo actúa interfiriendo en la síntesis del ADN; (Agusto F. Olaza M., 2018) este fármaco está indicado sólo en pacientes con lesiones superficiales, con una tasa de curación reportada del 80%. (José E. Telich T., et al, 2017)

La radioterapia como tratamiento adyuvante está indicada en pacientes con tumores recurrentes, que son irresecables y pacientes adultos mayores que por su condición no puedan ser operados. (José E. Telich T., et al, 2017)

El pronóstico de los pacientes tratados de carcinoma basocelular es bueno; sin embargo, si el tratamiento no se da de manera oportuna existe una elevada tasa de recurrencia sobretodo en el subtipo morfeiforme. (José E. Telich T., et al, 2017)

Carcinoma espinocelular

El carcinoma epidermoide o espinocelular (CEC) es el segundo cáncer cutáneo más frecuente: comprende 20% de todos los casos; presenta una elevada tasa de mortalidad comparada con el carcinoma basocelular. (José E. Telich T., et al, 2017) (María J. Ureña V., et al, 2021)

El carcinoma epidermoide tiene la capacidad de producir metástasis regional por diseminación linfática y a órganos a la distancia por diseminación hematógena. (José E. Telich T., et al, 2017). Presenta un rápido crecimiento, suele aparecer sobre lesiones precancerosas. (José E. Telich T., et al, 2017) (María J. Ureña V., et al, 2021)

Comparte algunos factores de riesgo con los otros tipos de cáncer de piel; sin embargo, puede aparecer en lesiones precancerosas como: zonas de inflamación crónica cutánea (fístulas, quemaduras, lupus discoide, osteomielitis), eritroplasia, leucoplasia, queratosis actínica, infecciones virales (como por virus del papiloma humano). (José E. Telich T., et al, 2017) (Beatriz V. Meza M., 2015)

La principal lesión precursora es la queratosis actínica, la que se caracteriza por que presenta máculas eritematosas descamaivas, histológicamente es similar al carcinoma espinocelular. (José E. Telich T., et al, 2017) El 5% de estas lesiones progresan a carcinoma epidermoide; además, aproximadamente el 65% de los carcinomas epidermoides derivan de queratosis actínica. (José E. Telich T., et al, 2017)

La enfermedad de Bowen es el carcinoma espinocelular in situ, es decir, no sobrepasa la epidermis, clínicamente es una placa o mácula eritematosas cubierta por escamas, suele estar bien delimitada. (María J. Ureña V., et al, 2021)

El cáncer epidermoide presenta tipos: (Paola C. Gamerosa, et al, 2016) (José E. Telich T., et al, 2017)

- Superficial: el cáncer solo está confinado a la epidermis.
- Verrucoso o vegetante: presenta el riesgo más bajo de metástasis.
- Ulcerativo: suele presentar comportamiento agresivo y se caracteriza por metastatizar a ganglios linfáticos.
- Nodular: clínicamente se asemeja una verruga vulgar.

El carcinoma espinocelular puede ser tratado de diferentes formas, depende del riesgo de la recurrencia local y regional y de metástasis a distancia. (José E. Telich T., et al, 2017) El estándar de oro para el tratamiento es la cirugía (Beatriz V. Meza M., 2015)

El manejo con fármacos tópicos solo está indicado en queratosis actínicas y en enfermedad de Bowen. Otras alternativas terapéuticas como la electrofulguración y la crioterapia o el uso de curetaje se reservan para pequeñas lesiones, enfermedad de Bowen y lesiones que se encuentran en regiones estéticamente muy sensibles como párpados, labios y oídos. (José E. Telich T., et al, 2017)

En todos los casos de pacientes como carcinoma epidermoide se requiere determinar el grado de extensión regional de la enfermedad a los ganglios linfáticos. (José E. Telich T., et al, 2017). En los casos de ganglios clínicamente palpables o con confirmación de biopsia por aguja fina positiva está indicada la

disección cervical regional sumado a radioterapia adyuvante; aproximadamente el 5% de los casos de carcinoma epidermoide presentan metástasis, en la mayoría de los casos son regionales. (José E. Telich T., et al, 2017)

Melanoma

El cáncer de piel tipo melanoma es el tumor maligno con mayor aumento en incidencia a nivel de todo el mundo, se evidencia un incremento del 2% al año. Esta neoplasia causa solo el 3% del total de los tumores malignos de la piel, sin embargo, ocasiona el 75% de la mortalidad relacionada a estas neoplasias. (José E. Telich T., et al, 2017)

Existe un riesgo global para desarrollar esta neoplasia maligna del 2%. Algunos de los factores de riesgo mencionados en la literatura son: edad a partir de 50 años, tener múltiples nevos (> 25), antecedentes familiares de melanoma, la existencia de nevos atípicos, y la presencia de enfermedades que están asociadas a mutaciones genéticas como: p16, MC1R o BRAF. (José E. Telich T., et al, 2017). El principal factor de riesgo en la aparición de melanoma es la exposición prolongada y sin protección al sol; esto lleva a un efecto directo de la radiación ultravioleta en la reparación y síntesis de ADN, efecto que se da sobre todo en pacientes de fototipos I o II. (José E. Telich T., et al, 2017) (Carlos Z. Galarza, 2020)

Existen algunas lesiones que son precursoras del melanoma; se incluyen: (José E. Telich T., et al, 2017)

- Nevos displásicos o atípicos: suelen ser de mayor tamaño, de 5 a 12 mm aproximadamente.

• Nevo congénito gigante: muestra una malignización de 5 hasta el 20%, en estos casos se recomienda la resección de tipo profiláctica.

El melanoma tiene tipos de variantes clínicas como son: (José E. Telich T., et al, 2017)

• Superficial diseminado: Aparece sobre lesiones o nevos preexistentes, suele afectar la región del tronco en pacientes masculinos y los miembros inferiores en pacientes de sexo femenino. Este tipo de lesión presenta primero una fase de crecimiento en sentido horizontal que suele durar desde 6 meses hasta 6 años antes del crecimiento en sentido profundo.

• Léntigo maligno melanoma: es una lesión que deriva de la mancha de Hutchinson o léntigo maligno, suele presentar un crecimiento en sentido radial.

• Nodular: constituye aproximadamente del 15 al 30% de todos los casos; suele ser agresivo, se caracteriza por surgir de novo, afecta de manera predominante a pacientes de sexo masculino.

• Melanoma amelánico: es un tipo de cualquiera de las otras variedades, no suele presentar coloración.

• Acral lentiginoso: implica aproximadamente del 2 al 8% de los melanomas en personas de piel clara y aproximadamente del 35 al 60% en personas de piel más oscura, suele presentarse en plantas, palmas y en la región subungueal.

• Melanoma mucoso: representa el 5% de todos los casos, suele ser más agresivo y presentar un diagnóstico tardío.

El diagnóstico definitivo del cáncer de piel tipo melanoma tiene como pilar principal la toma de biopsia. (José E. Telich T., et al, 2017)

Los resultados histopatológicos van a permitir clasificar esta patología dependiendo al grado profundidad de acuerdo a los niveles de Breslow. (José E. Telich T., et al, 2017)

El tratamiento del melanoma depende de la extensión en profundidad del tumor y de la diseminación regional linfática y hematógena a distancia y además del estudio de la patología molecular. (Enrique H. Ceballos, 2017)

Cuando luego de realizar el estudio de anatomía patológica el tumor tiene una medida menor a 0,99 mm, se realiza una ampliación de márgenes superficiales en un radio de 1cm y ampliación de profundos hasta tejido celular subcutáneo. (Enrique H. Ceballos, 2017) (Carlos Z. Galarza, 2020)

Diagnóstico:

El diagnóstico se realiza mediante la sospecha clínica y se confirma con biopsia. (Manuel A. Córdova P., 2002)

En cuanto a la dermatoscopia, una de las principales características del carcinoma basocelular es la presencia de vasos ramificados bien centrados, nidos ovoides y glóbulos azul grisáceo.(Carlos Z. Galarza, 2020)

Estadificación del cáncer de piel

La clasificación TNM es la más utilizada para determinar el estadiaje de estos tipos cáncer

Estadificación del cáncer de piel Melanoma:

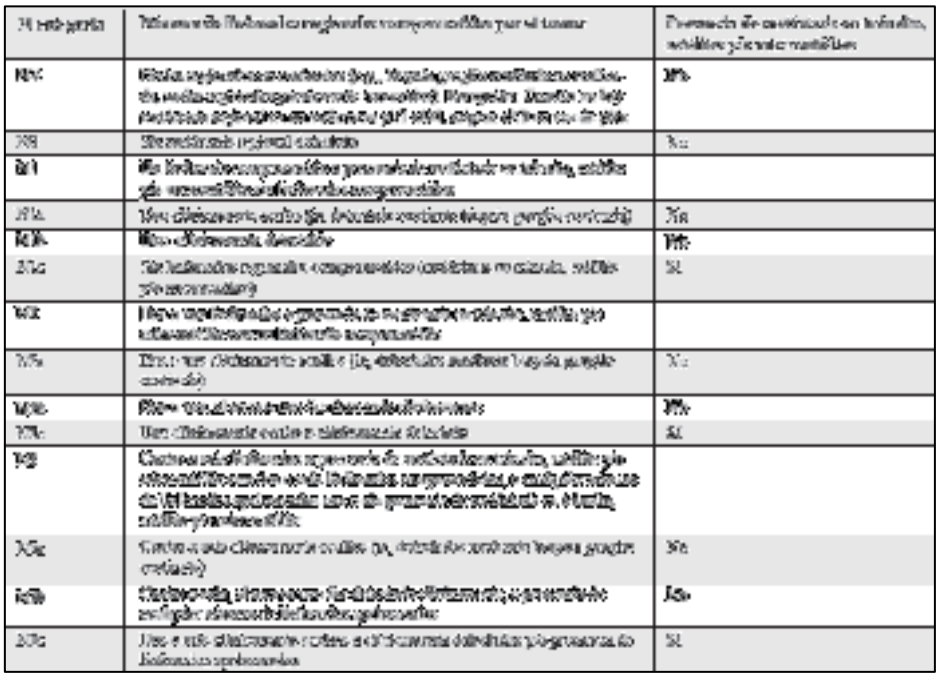
Se indica la clasificación T: tamaño, N: nodos – diseminación linfática regional, M: metástasis a distancia. (Raúl C. Lecaros, et al, 2020).

1. ***IMAGEN 1:*** "Estadificación del cáncer de piel melanoma: Tamaño"

T—tumor primario			
T categoría		Grosor	Ulceración
TX	El grosor del tumor primario no se puede determinar	No aplica	No aplica
T0	Sin evidencia de tumor primario (e.g. primario desconocido o melanoma con regresión completa)	No aplica	No aplica
Tis (melanoma in situ)		No aplica	No aplica
T1		≤1.0 mm	Desconocido o no especificado
T1a		<0.8 mm	Sin ulceración
T1b		<0.8 mm	Con ulceración
		0.8–1.0 mm	Con o sin ulceración
T2		>1.0–2.0 mm	Desconocido o no especificado
T2a		>1.0–2.0 mm	Sin ulceración
T2b		>1.0–2.0 mm	Con ulceración
T3		>2.0–4.0 mm	Desconocido o no especificado
T3a		>2.0–4.0 mm	Sin ulceración
T3b		>2.0–4.0 mm	Con ulceración
T4		>4.0 mm	Desconocido o no especificado
T4a		>4.0 mm	Sin ulceración
T4b		>4.0 mm	Con ulceración

(Raúl C. Lecaros, et al, 2020)

2. ***IMAGEN 2:*** "Estadificación del cáncer de piel melanoma: Nodos – diseminación linfática regional"



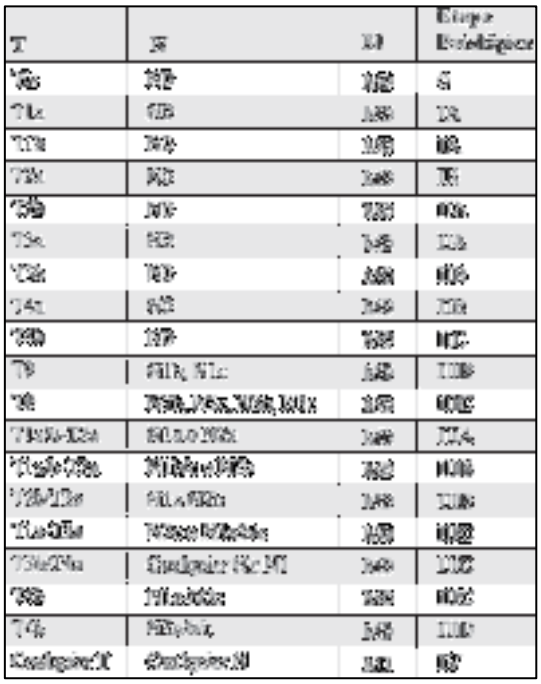
(Raúl C. Lecaros, et al, 2020)

3. ***IMAGEN 3:*** ”Estadificación del cáncer de piel melanoma: Metástasis”

M1 metastasis			
M categoría		Sitio anatómico	Nivel LDL
M0		Sin evidencia de metástasis distante	No aplica
M1		Evidencia de metástasis distante	
M1a		Metástasis distante a la piel, tejido blando incluido músculo y/o ganglios no regionales	No registrado o no especificado
M1a(0)			No elevado
M1a(1)			Elevado
M1b		Metástasis distante a los pulmones con o sin enfermedad M1a	No registrado o no especificado
M1b(0)			No elevado
M1b(1)			Elevado
M1c		Metástasis distante a otras vísceras no-SNC con o sin enfermedad M1a o M1b	No registrado o no especificado
M1c(0)			No elevado
M1c(1)			Elevado
M1d		Metástasis distante al SNC con o sin enfermedad M1a, M1b o M1c	No registrado o no especificado
M1d(0)			No elevado
M1d(1)			Elevado

(Raúl C. Lecaros, et al, 2020)

4. ***IMAGEN 4:*** ”Estadificación del cáncer de piel melanoma:”

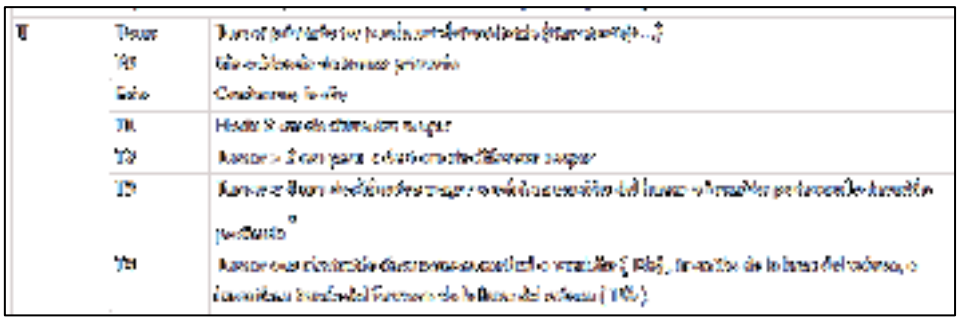


(Raúl C. Lecaros, et al, 2020)

Estadificación del cáncer de tipo no melanoma

Se indica la clasificación T: tamaño, N: nodos – diseminación linfática regional, M: metástasis a distancia. (J. Cañueto C., 2015).

5. ***IMAGEN 5:*** ”Estadificación del cáncer de piel no melanoma: Tamaño”



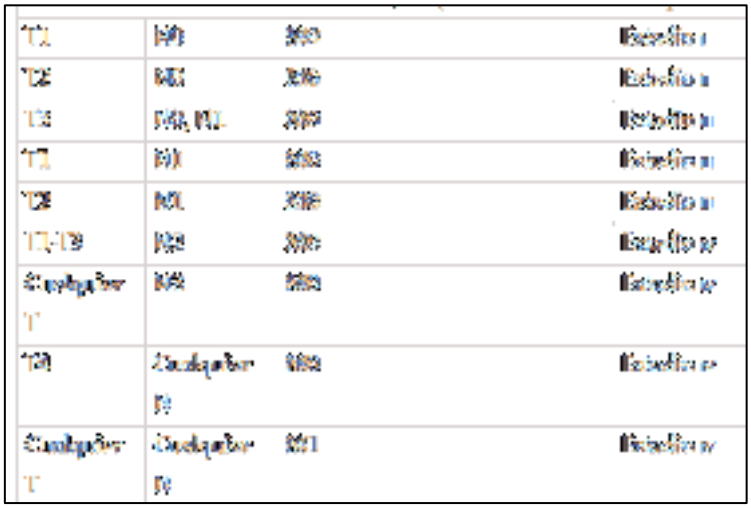
(J. Cañueto C., 2015)

6. ***IMAGEN 6:*** ”Estadificación del cáncer de piel no melanoma: Nodos – diseminación linfática regional y Metástasis”



(J. Cañueto C., 2015).

7. ***IMAGEN 7:*** ”Estadificación del cáncer de piel no melanoma:”



(J. Cañueto C., 2015).

<u>Cáncer cutáneo de Células de Merkel</u>

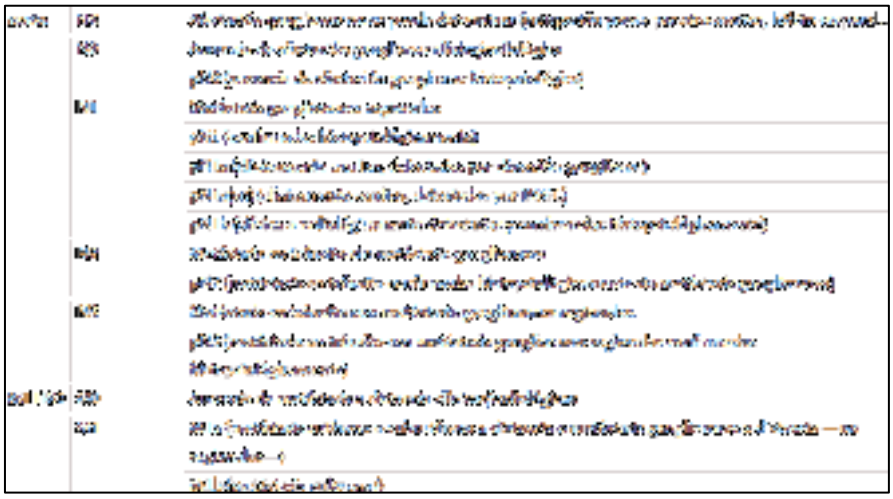
En el año 2010 se incorporaron novedades significativas en la clasificación del Carcinoma de células de Merkel. La clasificación del Tamaño no sufre modificaciones, pero existen cambios relevantes para la categoría Nodos y para la estratificación de los estadios I – IV. (J. Cañueto C., 2015).

8. ***IMAGEN 8:*** ”Estadificación del cáncer de piel de células de Merkel: Tamaño”

T	Tx	Tumor primario no puede ser determinado (tras curetaje)
	T0	Sin evidencia de tumor primario
	Tis	Tumor primario *in situ*
	T1	Diámetro mayor del tumor < 2 centímetro
	T2	Diámetro mayor del tumor > 2 cm y ≤ 5 centímetro
	T3	Diámetro mayor del tumor > 5 centímetro
	T4	Tumor primario invade la fascia, el músculo, el cartílago o el hueso.

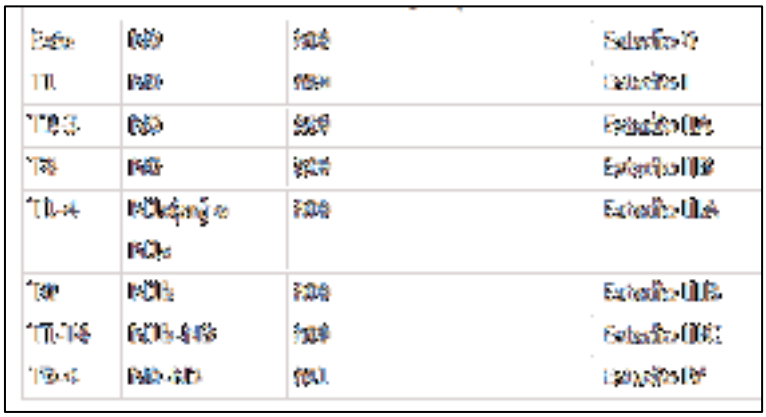
(J. Cañueto C., 2015).

9. ***IMAGEN 9:*** ”Estadificación del cáncer de piel de células de Merkel: Nodos – diseminación linfática regional y Metástasis”



(J. Cañueto C., 2015).

10. ***IMAGEN 10:*** ”Estadificación del cáncer de piel de células de Merkel”



(J. Cañueto C., 2015).

2.1.4 Formulación del Problema:

”¿Cuáles son los factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello en pacientes operados en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2026 a diciembre 2026? ”

2.2 Hipótesis:

Formulación de la hipótesis:

H1: ”La presencia de determinados factores como edad, sexo, tipo, estadio clínico y grado de resección se asocia con mayor riesgo de recidiva en pacientes con cáncer de piel en cabeza y cuello.”

H0: ”La presencia de determinados factores como edad, sexo, tipo, estadio clínico y grado de resección se asocia con mayor riesgo de recidiva en pacientes con cáncer de piel en cabeza y cuello.”

2.3 Objetivos de la Investigación:

2.3.1 Objetivo General:

”Identificar los factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello en pacientes operados en el Servicio de Cirugía de Cabeza,

Cuello y Maxilofcial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2026 a diciembre 2026.”

2.3.2 Objetivos Específicos:

- ”Identificar si la edad de los pacientes al momento del diagnóstico es un factor de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello.”
- ”Reconocer si el sexo de los pacientes es un factor de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. ”
- ”Determinar el tipo de cáncer de piel más asociado a recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. ”
- ”Identificar el subtipo de cáncer de piel más asociado a recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. ”
- ”Reconocer el estadío clínico que más se asocia a recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. ”
- ”Determinar si el grado de resección tumoral es un factor de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello.”

2.4 Evaluación del Problema:

Los tumores malignos cutáneos son un gran problema de salud creciente tanto en el contexto mundial, así como, a nivel nacional y local; ocasionando consecuencias anatómicas y psicológicas tanto en los pacientes, y en la economía del servicio de salud.

El problema de investigación se ha dado en el contexto de la importancia de reconocer los factores más asociados a la recidiva del cáncer de piel y de esta manera evitar futuras intervenciones quirúrgicas que puedan llegar a ser desfigurantes, así como poco o nada funcionantes, además de evitar la posibilidad de diseminación local, regional y a distancia, incluso muerte.

Los factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel no han sido dilucidados en un estudio realizado en nuestro contexto, por lo que es muy importante

realizar este tipo de estudio para poder reconocerlos y evitarlos, para de esta manera disminuir el porcentaje de recidiva.

El proyecto planteado es posible de realizar ya que se tiene acceso a una gran casuística de pacientes en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, es sencillo de realizar y se tiene los recursos disponibles.

2.5 Justificación e Importancia del Problema:

2.5.1 Justificación Legal:

Este proyecto se puede realizar dentro del marco de respeto a la privacidad de los pacientes ya que se tendrá acceso a sus datos previa firma de consentimiento informado y explicando las razones por las cuales se lleva a cabo.

2.5.2 Justificación Teórico – Científico

En todo el mundo el cáncer de piel está considerado como uno de los cánceres de mayor incidencia a nivel mundial, la OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que la incidencia de se ha duplicado en las últimas dos décadas; aproximadamente 65.000 personas mueren anualmente debido a esta patología (María J. Ureña V., et al, 2021).

En Perú, la incidencia de cáncer es de 154.5 pacientes por cada 100.000 personas y la mortalidad es de 92.1 por cada 100.00 personas; en nuestro país, el cáncer de piel ocupa el 6.6% de todos los cánceres. (María J. Ureña V., et al, 2021).

2.5.3 Justificación Práctica:

En nuestro entorno: el hospital Rebagliati se realizan resecciones radicales de estas lesiones, sin embargo, no se realiza un seguimiento estricto a todos estos pacientes en el post operatorio inmediato como a

mediano y largo plazo para evidenciar el porcentaje de recidiva y los factores asociados a esta.

El motivo de este proyecto es evidenciar los factores asociados a la recidiva de carcinoma cutáneo de cabeza y cuello en los pacientes atendidos en Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo enero a diciembre del 2025.

III. CAPÍTULO IIi: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio:

Este proyecto de investigación es de tipo observacional, transversal, descriptivo y cualitativo

3.2 Diseño de Investigación:

Esta investigación es de tipo observacional y se realizará mediante la recolección de información en una ficha de recolección de datos

3.3 Universo de Pacientes que acuden a la Institución:

Todos los pacientes con diagnóstico de recidiva de carcinoma cutábeo en cabeza y cuello.

3.4 Población a estudiar:

Todos los pacientes con diagnóstico de recidiva de cáncer de piel localizado en cabeza y cuello operados.

3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral:

Se incluirá a toda la población: Todos los pacientes con diagnóstico de recidiva de carcinoma cutáneo localizado en cabeza y cuello operados.

3.6 Criterios de Inclusión y exclusión:

3.6.1 Criterios de Inclusión:

Pacientes mayores de edad con diagnóstico de recidiva de cáncer de piel localizado en cabeza y cuello.

3.6.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con datos incompletos.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado

3.7 Variable de Estudio:

3.7.1 Independiente:

Edad de los pacientes, sexo de los pacientes, tipo de cáncer de piel, subtipo de cáncer de piel, estadío clínico al momento del diagnóstico, grado de resección tumoral.

3.7.2 Dependiente:

Recidiva de carcinoma cutáneo ubicado en cabeza y cuello en pacientes operados durante el periodo enero – diciembre del 2026.

3.8 Operalización de Variables:

1. ***CUADRO 1:*** OPERALIZACION DE VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Definiciones / categorías	Indicadores
Recidiva de cáncer piel en cabeza y cuello	Cualitativa	Nominal	Reaparición de cáncer de piel en el mismo lugar después de ser tratado	Reaparición de cáncer de piel en el mismo lugar después de ser tratada diagnosticada por biopsia	Dicotómica / Recidiva de cáncer piel en cabeza y cuello	Sí / No
Edad	Cuantitativa	De razón	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de un ser vivo	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona evaluada	Politómica / Edad en años	18 – 30 años 31 – 60 años >60 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Condición biológica que distingue a la especie humana en femenino y en masculino	Caracteres sexuales secundarios observados por quien realizó la historia clínica	Dicotómica / Hombre – Mujer	Hombre / Mujer
Tipo de cáncer de piel	Cualitativa	Nominal	Clasificación patológica de tipos de cáncer de piel	Clasificación patológica de tipos de cáncer de piel según biopsia	Politómica / Tipo histológico de cáncer de piel	Melanoma/ Basocelular/ Epidermoide/ Otros no melanomas

Subtipo de cáncer de piel	Cualitativa	Nominal	Clasificación patológica de subtipos de cáncer de piel	Clasificación patológica de subtipos de cáncer de piel según biopsia	Politómica / Subtipo histológico de cáncer de piel	Melanoma: superficial, acral, mucoso, nodular / Epidermoide: ulcerado, nodular, verrucoso, superficial / Basocelular: fibroepitelial, morfeiforme, superficial, nodular
Estadío clínico	Cualitativa	Ordinal	Estimación de la extensión del cáncer de piel	Estimación de la extensión del cáncer de piel al momento del diagnóstico según historia clínica	Politómica / Estadío de cáncer de piel	I / II / III / IV
Grado de resección tumoral	Cualitativa	Nominal	Extirpación total o parcial del cáncer de piel	Extirpación total o parcial del cáncer de piel definido clínicamente y patológimente	Politómica / Grado de resección	R0 / R1 / R2

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se realizará una encuesta realizada de manera directa a los pacientes que presenten el diagnóstico de inclusión.

El instrumento de recolección de datos es una ficha de recolección de datos, la que será aplicada a todos los pacientes que presenten recidiva.

Esta ficha de recolección de datos ha sido diseñada por la investigadora (autora).

3.10 Procesamiento y análisis de Datos:

Luego de su recolección, los datos serán transferidos a una matriz en Microsoft Office Excel 2016 e IBM SPSS versión 22 para luego ser procesados mediante la creación de tablas y gráficos estadísticos.

Los resultados posteriormente serán analizados por la autora.

IV. CAPÍTULO IV:
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Plan de acciones:

- Elaboración del proyecto
- Corrección
- Recolección de datos

4.2 Asignación de Recursos:

4.2.1 Recursos Humanos:

- Autor de proyecto
- Asesor de proyecto

4.2.2 Recursos materiales:

- Laptop con procesador de datos
- Fichas de recolección de datos

4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto:

- Costo de laptop: 2000 soles
- Fichas de recolección de datos impresas: 10 soles

4.4 Cronograma de actividades:

- Elaboración del proyecto: enero – febrero 2025
- Presentación y corrección: marzo 2025
- Recolección de datos: enero – diciembre 2026
- Procesamiento y análisis de datos: enero 2027
- Presentación final de tesis: marzo 2027

V. CAPÍTULO V:
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agusto F. Olaza M. (2018). Satisfacción del usuario y calidad de atención servicio de emergencia Hospital Victor Ramos Guardia.

Amorín O. Milagros. (2014). Incidencia y factores asociados a la recurrencia local de carcinoma basocelular en cabeza y cuello a los 5 años del tratamiento quirúrgico. Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Annabell C. Castro T. (2021). Recidiva de cáncer cutáneo no melanoma tratado con cirugía convencional. Cuba: Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Beatriz V. Meza M. (2015). Característica epidemiológica del cáncer de piel no melanoma en centro médico naval. Lima - Perú: Universidad San Martín de Porres.

Carlos Z. Galarza. (2020). Características clínico epidemiológico del cáncer cutáneo en un hospital de Huancayo, 2016-2018. Perú: Universidad Peruana Los Andes.

Clara R. Fernández. (2013). Comportamientos de protección solar y percepcion de riesgo de cáncer de piel en la población española. España: Univerdad de Sevilla.

Claudia A. Espinoza G. (2019). Nanopartículas optomagnéticas para su posible aplicación como tratamiento para cáncer de piel del tipo melanoma. Baja California, México: Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada, Baja California.

Diego L. Magliano. (2021). Recidiva y factores de riesgo asociados luego de la cirugía micrográfica de Mohs en el Centro Universitario de referencia nacional en Uruguay. Uruguay: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay.

Enrique H. Ceballos. (2017). Cáncer de piel: aspectos sociales y sanitarios. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Dermatología, Málaga.

Instituto Nacional Peruano de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Manual de Prevención del Cáncer de Piel. Lima. Perú: INEN.

J. Cañueto C. (2015). Nuevos sistemas de estadificación del AJCC. España: Acta Dermos- Sifiliográficas. Academia Española de dermatología.

José E. Telich T., et al. (2017). Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. Volumen 15, No. 2.

Manuel A. Córdova P. (2002). Estudio epidemiológico y clínico del melanoma maligno cutáneo en el HC FAP periodo 1992 - 2001. LIma: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

María J. Ureña V., et al. (2021). Skin cancer: bibliographical review. 5(5), pag 85 -94. doi:https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i5.347

Marlen J. Villatoro V., et al. (2009). Caracterización de pacientes con carcinoma basocelular sometidos a tratamiento quirúrgico. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala.

Paola C. Gamerosa, et al. (2016). El cáncer de piel, un problema actual. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Raúl C. Lecaros, et al. (2020). Guía de práctica para el manejo de melanoma cutáneo primario de la Sociedad Chilena de Dermatología. Revista Chilena de Dermatología.

VI. CAPÍTULO VI:
ANEXOS

6.1 Definición de Términos:

- **Cáncer de piel:** enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la piel. (Beatriz V. Meza M., 2015)
- **Tipos de cáncer de piel**: los tipos de cáncer de piel son melanoma y no melanoma, dentro de este último se incluyen los cáncer basocelular y epidermoide. (Beatriz V. Meza M., 2015)
- **Resección:** Extirpación total o parcial de un órgano. (Enrique Herrera C., 2017)
- **Resección radical:** resección que aporta la máxima probabilidad de curación de un cáncer no diseminado, porque extirpa completamente el tumor y todas las áreas de diseminación más probables (margen suficiente, grasa, vasos, fascias, serosas y ganglios que rodean al órgano afectado). (Enrique Herrera C., 2017)
- **Borde Comprometido:** Se denomina borde de sección comprometido cuando en el informe patológico se reporta, sea el borde lateral y/o profundo, infiltrado por la neoplasia. (Enrique Herrera C., 2017)
- **Recidiva:** Reaparición del cáncer en un área circundante a la cicatriz luego de recibir tratamiento quirúrgico dentro del día 0 hasta los 5 años de seguimiento con posterior biopsia confirmatoria. (Enrique Herrera C., 2017)

6.2 Consentimiento Informado:

CONSENTIMIENTO FIRMADO

Fecha:

Yo, _____, identificado con ____, N° _____; con diagnóstico actual de _____

Mediante el presente documento confirmo que he sido informado por parte de la médico Mariafernanda Rengifo Hernández sobre la realización del proyecto de investigación: “Factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello en pacientes del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2026 a diciembre 2026”; el cual consiste en la aplicación de una ficha de recolección de datos sobre determinados factores relacionados a recidiva de cáncer de piel.

Habiendo sido informado, brindo autorización para el uso de los datos sobre mi diagnóstico eximiendo de responsabilidades legales al investigador e institución.

Nombre:

DNI:

Firma:

6.3 Matriz de Consistencia:

2.CUADRO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello en pacientes del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2025 a diciembre 2025?	Objetivo General: Identificar los factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello en pacientes del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins periodo enero 2025 a diciembre 2025 Objetivos específicos: -Identificar si la edad de los pacientes al momento del diagnóstico es un fador de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. -Reconocer si el sexo de los pacientes es un fador de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. -Determinar el tipo de cáncer de piel más asociado a recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. -Identificar el subtipo de cáncer de piel más asociado a recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. -Reconocer el estadio clínico que más se asocia a recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello. -Determinar si el grado de resección tumoral es un factor de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello.	H1: Existen factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello H0: No existen factores de riesgo de recidiva de cáncer de piel en cabeza y cuello	Independiente: Edad de los pacientes, sexo de los pacientes, tipo de cáncer de piel, subtipo de cáncer de piel, estado clínico al momento del diagnóstico, grado de resección tumoral. Dependiente: Recidiva de cáncer de piel ubicado en cabeza y cuello en pacientes tratados en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo enero – diciembre del 2025	Tipo de investigación: observacional, transversal, descriptivo y cuantitativo. Método: se aplicará de manera directa una ficha de recolección de datos a los pacientes que presenten recitiva de cáncer de piel ubicado en cabeza y cuello durante el periodo enero a diciembre del 2025 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Luego estos datos serán procesados en el programa Excel para la obtención de resultados y posteriormente analizados por el autor

6.4 Ficha de Recolección de Datos:

NÚMERO DE FICHA:

FILIACIÓN

- Historia clínica:
- Sexo:
  - Masculino:
  - Femenino:
- Edad (años):

DATOS DE IMPORTANCIA:

- Fecha de diagnóstico de cáncer de piel:
- Fecha de resección de cáncer de piel:
- Tamaño de la lesión inicial:
- Estadío clínico al momento de diagnóstico:
- Grado de resección tumoral
- Fecha de diagnóstico de recidiva de cáncer de piel:
- Tipo de cáncer de piel:
- Subtipo de cáncer de piel: