

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO “DR. JESUS ENRIQUE
GRAJEDA HERRERA”



**“SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POSTOPERADO DE BLEFAROPLASTIA EVALUADO
MEDIANTE LA HERRAMIENTA FACE-Q EN DOS HOSPITALES DEL NORTE DE
MÉXICO.”**

POR:
JONATHAN ADALID LEDEZMA VÁZQUEZ

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

CHIHUAHUA, CHIH., MÉXICO

JULIO 17 2024

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POSTOPERADO DE BLEFAROPLASTÍA
EVALUADO MEDIANTE LA HERRAMIENTA FACE-Q EN DOS HOSPITALES
DEL NORTE DE MÉXICO.

Nombre del alumno

Dr. Jonathan Adalid Ledezma Vázquez

Dr. Said de la Cruz Rey

Secretario de Investigación y Posgrado de la Facultad de Medicina y Ciencias

Biomédicas

Dr. José Humberto Baeza Ramos

Jefe de servicio Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital Central del Estado.

Dra. Megny González Ramírez

Jefe de Enseñanza del Hospital Central del Estado

Dr. Manuel David Pérez Ruiz

Asesor metodológico/Médico Adscrito Hospital Central del Estado/Profesor de

tiempo completo de la UACH

Dr. Victor Martín/Bueno Gardea

Director de tesis

Resumen de la obra: La blefaroplastia, de los vocablos griegos *blepharon*, que significa párpados y *plastos*, que quiere decir modelado, es un procedimiento quirúrgico facial que vio su origen en tiempos remotos, de manera inicial con un objetivo funcional más que estético, hasta inicios del siglo XX, siendo Aulus Cornelius Celsius, en el siglo I, probablemente el primero en hablar de la escisión de la piel del párpado superior.(1). En la actualidad, es uno de los procedimientos en cirugía plástica, más demandados por los pacientes, encontrándose en los primeros 5 puestos de la lista. Por lo tanto, al ser uno de los procedimientos más comúnmente realizados en nuestra especialidad, es de vital importancia tener un análisis objetivo de nuestros resultados, por lo que decidimos realizar este estudio, donde usando la herramienta FACE-Q, podemos analizar la satisfacción de nuestros pacientes, con respecto a este procedimiento. Esto fue llevado a cabo en 2 hospitales del norte del país mediante un estudio ambispectivo, transversal, observacional y descriptivo, en pacientes operados por blefaroplastia superior e inferior, por un mismo cirujano. Concluyendo que la escala FACE-Q se presenta como una herramienta valiosa y efectiva para evaluar la satisfacción de los pacientes sometidos a blefaroplastia, debido a su enfoque multidimensional, su especificidad, validez, fiabilidad, etcétera.

Palabras clave: Blefaroplastía. Cirugía Plástica Facial. FACE-Q. Satisfacción del paciente.

Abstract: Blepharoplasty is a facial surgical procedure that was originated in ancient times, initially with a functional rather than aesthetic objective, until the beginning of the 20th century, when Aulus Cornelius Celsius, in the 1st century, was probably the first to speak of the excision of the skin of the upper eyelid. (1) Today, it is one of the most requested plastic surgery procedures by patients, being in the first 5 positions of the list. Therefore, being one of the most commonly performed procedures in our specialty, it is of vital importance to have an objective analysis of our results, so we decided to carry out this study, using the FACE-Q tool, we can analyze the satisfaction of our patients respect to this procedure. This was carried out in 2 hospitals in the north of the country through an ambispective, cross-sectional, observational and descriptive study, in patients operated on for upper and lower blepharoplasty, by the same surgeon. Concluding that the FACE-Q scale is presented as a valuable and effective tool to evaluate the satisfaction of patients undergoing blepharoplasty, due to its multidimensional approach, its specificity, validity, reliability, etc.

Keywords: Blepharoplasty. Facial Plastic Surgery. FACE-Q. Patient's satisfaction.

Oficio No. HCINVESTIGACION/43/2024
Chihuahua, Chih. 27 de mayo 2024

DRA. MEGNY GONZALEZ RAMIREZ
JEFA DE ENSEÑANZA MEDICA HOSPITAL CENTRAL
DEL ESTADO.
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informamos que la alumna **Jonathan Adalid Ledezma Vázquez** presento los resultados del trabajo **Satisfacción del paciente postoperado de blefaroplastia evaluado mediante la herramienta face-q en dos hospitales del norte de México** A nuestro comité de investigación, por lo cual queda liberada por parte del comité para continuar con los tramites subsecuentes en su proceso de titulación.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, me despido quedando de usted para cualquier aclaración.

Atentamente


Dr. Luis Bernardo Enríquez Sánchez
Coordinador del Comité de Investigación
Hospital Central Del Estado.



SECRETARÍA
DE SALUD

ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

"2023. Año del centenario de la Muerte del General Francisco Villa"
"2023. Diez Años del Rotarismo en Chihuahua"
Calle Rosales No. 3302, Col. obrera Chihuahua, Chih. México C.P. 33000.
Teléfono (624) 425-3300.
www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud



Contenido

1.1 Marco Teórico	1
1.2.- Marco Conceptual.....	11
2. Identificación del problema	15
2.1 Planteamiento del Problema	15
3. Justificación	16
4. Hipótesis alterna	17
5. Hipótesis nula	17
6. Objetivos:	17
7. Material y métodos.....	18
8. Criterios de selección.....	19
9. Operacionalización de Variables	20
10. Análisis estadístico	23
11. Recursos.....	24
12. Consideraciones éticas y de bioseguridad.....	26
13. Metodología Operacional.....	28
14. Resultados	28
15. Discusión	30
16. Conclusiones	31
17. Cronograma	32
18. Referencias bibliográficas	33
19. Anexos.....	36



1.1 Marco Teórico

1.1.1 Historia

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico facial que vio su origen en tiempos remotos, de manera inicial con un objetivo funcional más que estético, hasta inicios del siglo XX, con el “boom” de la cirugía estética.(1) Aulus Cornelius Celsius, , fue el primero en describir la técnica de blefaroplastia cutánea superior (resección de piel).(1) En Europa, la literatura médica documenta por primera vez el tratamiento del exceso de piel de los párpados en el año 1792 por el doctor Beer, quién publica su técnica quirúrgica

Durante el siglo XIX, la escisión del exceso de piel del párpado superior es descrita, documentada y recomendada por cirujanos de gran envergadura, como Makenzie, Aliber, Graft, Dupuytren,(2) Sichel alrededor de los años 1840´s fue el primer autor que describió la debilidad del septum orbitario, como causante de herniación de las bolsas grasas palpebrales.(2)

Fue en 1892 cuando Ernest Fuchs, dio un valor estético negativo de la deformación y elevación del pliegue palpebral, y lo nombró de blefarocalasia. Aproximadamente para 1948, Fox acuñó el término dermatocalasia a la redundancia de la piel palpebral asociada a la edad, y la blefarocalasia quedó definida como aquellos episodios de edema palpebral recurrente e idiopático.(3)

En 1911 Frederick Kolle hizo énfasis en la necesidad imperativa de realizar el marcaje quirúrgico de manera preoperatoria, para calcular de manera más exacta, la cantidad de piel a eliminar, mientras que en 1920 Adalbert Bettman publicó una guía de pasos quirúrgicos necesarios para evitar complicaciones en la cicatrización:



tratamiento manejo tisular gentil, sutura tisular por planos y con material del calibre adecuado, no realizar el cierre bajo tensión, y retiro del material de sutura en un tiempo breve. Para 1924 Miller publicó esquemas de los sitios donde incidir las regiones palpebrales que se asemejan a los usados actualmente.(3)

Para 1924 Bourguet hizo una descripción de la extirpación por vía conjuntival de las bolsas adiposas inferiores, 5 años más tarde describió las 2 bolsas grasas palpebrales superiores, cada una en un compartimento independiente.(4) 21 años después el Dr. Castañares realizó una síntesis de las descripciones previas describiendo a la perfección todos los compartimentos adiposos palpebrales (inferiores y superiores) reconociendo la participación del orbicularis oculi, en el desarrollo de la blefarocalasia y dermatocalasia.(4) 25 años después Putteman y Urist dieron cuenta de la importancia del septum orbitario y de la fascia capsulo palpebral, en cuanto a que su debilitamiento, son los causa de la herniación de las bolsas adiposas, y en 1979 Webster describió la cantopexia.(3)

La palabra blefaroplastia (del griego blepharon: párpado; plastos: formado) fue citada por Von Graefe en el siglo XVII para reportar una reconstrucción de párpado llevada a cabo en 1809, para 1913 la “*American encyclopedia of ophtalmology*” definió este término como la deformación, reemplazo, reajuste o trasplante de algún componente tisular palpebral. Actualmente se usa para describir la resección del exceso cutáneo, que puede acompañarse o no del manejo de las bolsas adiposas, ya se con intenciones funcionales y/o estéticas.(1)



1.1.2 Anatomía quirúrgica

La piel que recubre la región palpebral es la más delgada del cuerpo, con apenas 1 mm de grosor en las regiones preseptal y pretarsal.(5) Agregado a este espesor tan delgado, tiene una gran elasticidad, ofreciendo muy poca resistencia al cierre de los párpados durante el parpadeo; además, el tejido celular subcutáneo es muy laxo, lo que lo hace más propenso al edema después del trauma facial. La piel periorbitaria, forma líneas dinámicas cuando los párpados se abren y cierran.(5)

De superficial a profundo, después de la piel palpebral encontramos las siguientes estructuras: 1. La lámina anterior de los párpados está compuesta por la piel y el músculo orbicular, 2. La lámina posterior, compuesta por el tarso, los retractores del párpado (la aponeurosis del músculo elevador del párpado, la fascia capsulo palpebral y el músculo de Müller) y 3. La conjuntiva.(6)

Los componentes antes mencionados están íntimamente relacionados, tanto anatómica como funcionalmente hablando, y su separación se hace con fines de estudio, por ejemplo, el pliegue tarsal es producto de la inserción cutánea del músculo levator palpebrae superioris, cuya distancia promedio oscila los 8 a 10 mm por arriba de la línea de las pestañas.(5) Cuando el pliegue tarsal se encuentra modificadodo de su anatomía habitual (que va de 8 a 10 mm por arriba de la línea de las pestañas), es producto de una falta de inserción de la antes mencionada aponeurosis muscular de la región superficial del tarso. Sumado a este surco palpebral superior, existe su análogo en la región palébral inferior, el cual se encuentra localizado de 3 a 5 mm inferior a la línea de las pestañas.(5)

Esta estructura anatómica está dada por la inserción en la piel de la fascia capsulo-



óculo palpebral. Cabe destacar que esta inserción es más fuerte en el recién nacido por lo que es más notorio esta estructura en dicho grupo etario., con una tendencia al desvanecimiento conforme aumenta la edad.(6) El espesor cutáneo en esta región tiene una importancia clínica significativa, que rebasa el simple cierre palpebral y las cuestiones estéticas de las líneas de expresión.

Este grosor tan delgado de las estructuras cutáneas pretarsales y preseptales nos ayuda a realizar un cierre y apertura de los párpados mucho más fácil, esto indica la importancia para el médico tratante de conservar esta delgadez en cualquier intervención sobre la región, cuando se realiza alguna cirugía reconstructiva. Para obtener piel de la misma calidad y características se prefiere usar las regiones preseptales y pretarsales de la zona palpebral contralateral, la piel de la región retroauricular, supraclavicular o de la región medial del brazo.(7)

1.1.3 Músculo orbicular

Estructuralmente identificamos tres porciones en el músculo orbicular; 1) Pretarsal, 2) Preseptal y 3) Periorbitario. Todas se relacionan íntimamente entre sí, sin embargo se sabe que las partes pretarsal y preseptal, se encargan del parpadeo involuntario y a veces inconsciente (considerado habitual), mientras tanto la región periorbitaria es responsable del cierre voluntario y con mayor fuerza del párpado superior. Generando fuerza extra de manera importante.(5)

Este músculo cuenta con una intrincada serie de inserciones hacia el canto interno (vía fibras de las regiones preseptal y pretarsal al tendón directo y al tendón reflejo del mencionado canto), así como a la vaina fibrosa del saco lagrimal. Durante el



cierre palpebral habitual, la fuerza generada al contraer el músculo orbicularis, provocan una presión sobre el saco lagrimal, lo que lo distiende, provocando un efecto de succión para las lágrimas, llevándolas adentro del saco. Cuando se abren los párpados, este saco lagrimal sufre un colapso, llevando todo el contenido de este hacia el conducto nasolagrimal y posteriormente al meato inferior. Cuando esto está ocurriendo naturalmente, los puntos lagrimales se aproximan al ojo, mientras que el párpado se acorta, logrando así que la apertura del orificio quede inmerso en el lago lagrimal.(8)

Las estructuras que inervan el músculo orbicular son diversas. La inervación motora proviene del séptimo par craneal a través de sus ramas temporales, están llegan a su objetivo muscular por su región profunda en ambos párpados.(8)

Existen múltiples ramas nerviosas que inervn a un solo músculo. Gracias a esta múltiple inervación, es posible reseca grandes cantidades de músculo orbicular durante la cirugía palpebral reconstructiva sin presentar parálisis muscular.

1.1.4.- Septum orbitario.

En la región posterior del músculo orbicularis encontramos el septum de la órbita, Esta estructura tiene su origen en el arcus marginales proximalmente y se une con la aponeurosis del Levator palpebrae superioris y a así los tendones de los cantos interno y externo; distalmente, se fusiona con la fascia capsulopalpebral y el tendón reflejo del ligamento cantal interno.(8) Dicha estructura contiene las bolsas adiposas orbitarias y delimita las estructuras infraorbitarias y extraorbitarias. Esta estructura septal parece tener continuidad con los septos internos que encapsulan a las mismas bolsas grasas, compartimentalizando dichos lóbulos de garsos palpebrales



normales. El septum se une con la fascia oculocapsulopalpebral, en la región tarsal inferior del párpado inferior. Debido a esta fusión, es posible realizar una incisión quirúrgica transconjuntival, justo por debajo del tarso en el párpado inferior, que nos brinden un acceso seguro, fácil y expedito a las bolsas grasas. Conocer adecuadamente la anatomía de esta región nos permite llevar a cabo una blefaroplastia transconjuntival, brindando la oportunidad de realizar el manejo de las bolsas adiposas, ya sea su resección y/o reposicionamiento, con la ventaja de no dañar el septum orbitario.(8)

1.1.5.- Aponeurosis del elevador

El origen del elevador del párpado es una estructura fibrosa llamada anillo de Zinn, esta recorre la orbita hasta llegar al ligamento suspensorio de Whitnal, lugar donde cambia de ser fibroso a ser aponeurótico. La aponeurosis del elevador se ve por detrás de las bolsas adiposas pre aponeuróticas cuando se abre el septum orbitario. Esta aponeurosis tiene su inserción en la región anterior tarsal así como en los tendones canales interno y externo. Estas relaciones anatómicas tienen importancia clínica durante las cirugías de avance y resección del músculo elevador, por ejemplo cuando existe ptosis.(8) Conforme pasa el tiempo y los pacientes envejecen, la calidad propia del tendón del elevador modifica sus propiedades fibroelásticas. En pacientes adultos mayores podemos observar que la aponeurosis del elevador como una estructura color blanca con tono satinado, y con una elasticidad limitada. Al contrario, en los pacientes pediátricos, esta estructura es de mayor grosor, y su consistencia fibroelástica es muy parecida a la observada en la cápsula tendinosa, que envuelve al ojo.



1.1.6.- Tendones del canto externo e interno

Los tendones cantales soportan los párpados de manera horizontal, conformando los ángulos externo e interno palpebrales. El tendón cantal interno brinda el punto de anclaje para el saco lagrimal. El tendón cantal externo inicia en el tubérculo de Whitnall, localizado a nivel del hueso malar en el borde orbitario externo. Es importante resaltar que este tendón cantal externo, se encuentra un poco más arriba comparado con su análogo contralateral, el tendón cantal interno, esto provoca que exista una ligera inclinación hacia abajo de los fondos de saco, lo que a su vez favorece el flujo de lagrimal hacia el punctum. El tendón cantal interno tiene su inserción por adelante de la cresta lagrimal anterior, justamente en el tejido fibroso que envuelve al saco lagrimal y en su región posterior en la cresta lagrimal. Es imprescindible comprender y tener claras todas estas inserciones para poder llevar a cabo cualquier cirugía reconstructiva en estas regiones.

1.1.7.- Músculo de Müller

El músculo de Müller tiene su origen en la región más inferior de la aponeurosis del músculo elevador del párpado, aproximadamente a nivel del ligamento suspensorio transversal superior de la órbita y tiene su inserción a nivel del reborde superior tarsal. El músculo se encuentra adherido a la conjuntiva cuando éste es incidido posteriormente y generalmente se repliega con un colgajo conjuntival.(8)



1.1.8.- La fascia capsulopalpebral

A nivel de la vaina del músculo recto inferior se origina la fascia capsulopalpebral que es una estructura fibroelástica la cual se proyecta de manera anterior para posteriormente insertarse en el reborde inferior tarsal inferior. Esta estructura es perforada por el músculo oblicuo inferior. Este musculus obliquus inferior tiene su origen en la parte interna de la órbita justo posterior la cresta lagrimal posterior. La fascia óculo-capsulopalpebral se bifurca para generar un envoltura tipo vaina para el músculo oblicuo menor, reuniéndose luego en el ligamento suspensorio inferior de la órbita (ligamento de Lockwood). En algunas ocasiones se puede observar que dicha fascia óculo-capsulopalpebral tiene un componente de musculatura lisa, muy parecida a la relación que tiene la aponeurosis del elevador con el músculo de Muller en la región palpebral superior. La aumentada laxitud así como la pérdida de la inserción de la fascia óculo-capsulopalpebral del borde inferior tarsal, desempeñan una función importante en la producción de complicaciones palpebrales, por ejemplo el entropión.(8)

1.1.9.- Ligamentos suspensorios del fondo de saco conjuntivales

Los fondos de saco conjuntivales superior e inferior están sostenidos por los ligamentos suspensorios. El tejido fibroelástico del tendón común entre los músculos recto superior y el musculus levator palpebrae superioris continúa anterior formando el ligamento suspensorio del saco conjuntival, que se ubica en la región posterior del músculo de Muller.(8)



1.1.10.- Tarsos

El tarso es una estructura que proporciona un andamiaje para la inserción de diversas estructuras, entre los que destacan, los retractores palpebrales, así como un mecanismo estabilizador, para un adecuado posicionamiento de los márgenes palpebral y de las pestañas. El tarso superior tiene una longitud vertical de 10 a 11 mm y de manera horizontal de 25 mm aproximadamente. Esta estructura, pero del párpado inferior tiene una longitud vertical de 3 a 4 mm. La longitud aproximada del tendón cantal externo oscila entre 5 y 7 mm.(8)

1.1.11.- Inervación sensitiva de los párpados

Los nervios sensitivos encargados de brindar sensibilidad a la región orbitaria provienen principalmente de ramos del 5to. Par craneal (nervio trigémino). La primera rama de este quinto par craneal, inervan a través de los nervios lagrimal, frontal y nasociliar. Este último se dirige hacia la región posterior del globo ocular para darle sensibilidad. La porción nasal de este mismo nervio tiene una distribución anterior para brindar sensibilidad de la zona inferointerna periorbitaria. El nervio frontal viaja anterior a través del orificio supra orbitario donde cambia su nombre a nervio supra orbitario, brindando la sensibilidad a la porción intermedia del párpado superior y de la región frontal. El nervio lagrimal corre hacia la región delantera para brindar sensibilidad a la región superior y externa de la zona orbitaria. La siguiente rama del quinto par craneal se viaja de manera anterior, mediante el canal o agujero orbitario inferior, escapando del canal infraorbitario, así cambia su nombre a nervio infraorbitario, convirtiéndose en el nervio sensitivo principal de la región palpebral inferior. La siguiente bifurcación del trigémino, de la misma manera tiene una proyección anterior para dar lugar a los nervios zigomático facial zigomático



temporal, los cuales brindan la inervación sensitiva a la región inferior y externa periorbitarias.(9)

1.1.12.- Irrigación sanguínea

Las arterias que irrigan la región peri orbitaria provienen de la circulación parotídea tanto interna como externa. El aporte vascular arterial arriba mediante dos arcos principales a la región palpebral superior: el primero que va a través de la región inferior tarsal superior, muy cerca del borde libre y la segunda que viaja entre el músculo de Muller, por arriba del reborde superior tarsal. Para el párpado inferior su arteria palpebral viaja entre entre 2 y 4 mm del margen del párpado.(9) Los párpados constituyen una zona limítrofe o de división vascular, generando que el globo ocular sea el destinatario de la sangre de ambos sistemas principales de la circulación craneal. Esta es la base conceptual por la que es muy poco común observar o presentar necrosis de colgajos realizados en la región palpebral..



1.2.- Marco Conceptual

1.2.1.- Piel excedente en la región palpebral

La característica principal es la laxitud e hipertrofia tisular palpebral, principalmente del párpado superior, causada por la flácidez de los componentes de la fascia que conectan la región cutánea con la parte muscular (músculo orbicular) y el borde periorbitario, lo que provoca que esta piel ya hipertrófica y con poco soporte, descienda como un abultamiento sobre las pestañas.(8) La piel excedente afecta fundamentalmente al párpado superior. Existen algunos términos como la blefarocalasia y dermatocalasia; su diferencia radica en el grosor de la piel. Mientras en la primera la piel es fina y cae sobre los ojos como una cortina, en la segunda la piel es gruesa y cae formando una bolsa flácida y rugosa.(8)

1.2.2.- Protrusión de las bolsas adiposas

Es la anomalía con mayor incidencia en la región palpebral, anatómicamente contamos con dos bolsas adiposas palpebrales superiores en el párpado y tres bolsas adiposas palpebrales inferiores, dichas bolsas adiposas mantienen su posición gracias al septum, músculo orbicularis oculi y al soporte cutáneo. La flacidez de dichas zonas es la que, a futuro se pueda generar una protrusión adiposa y generar los cambios estéticos y funcionales antes mencionados.(10)

1.2.3.- Ptosis de la región ciliar

Se trata de una relajación y distensión general de los tejidos faciales provocados por el envejecimiento. El reborde ciliar cefálico, típicamente guarda una posición que rebasa el borde de la región orbitaria superior. La flacidez cutánea de la región frontal provoca la caída de las cejas a un nivel inferior con respecto al borde de la



órbita, lo que genera líneas de expresión horizontales en la región palpebral superior. Tomar en cuenta estos cambios anatómicos es de vital importancia para brindar una opción terapéutica adecuada, ya que la excisión cutánea palpebral superior no brinda una solución a esta problemática.(11)

1.2.4.- Blefaroplastía transcutánea

Esta manera de abordar la región palpebral inferior es la más frecuente para procedimientos estéticos en esta zona. De esta manera podemos resecar cualquier excedente cutáneo, así como la hipertrofia muscular orbicular, agregando la ventaja de contar con una muy buena exposición de las bolsas adiposas en sus respectivos compartimentos, por lo que este es el abordaje indicado en el paciente geriátricos con blefarocalasia y/o con hipertrofia del músculo orbicularis oculi.(12)

Dentro de las posibles complicaciones que puede presentar esta vía de acceso destacan; una cicatriz visible, la posible retracción de dicha cicatriz palpebral inferior que nos puede llevar al “scleral show”, y el ectropión. Esto como posible resultado de una resección cutánea excesiva, contracción secundaria de la cicatriz, entre otros. Estos efectos adversos son complicados de tratar y corregir, sin embargo son poco frecuentes cuando se manejan los tejidos de manera adecuada y se es prudente y entrenado al realizarlos.(12)(13)

Dependiendo del entrenamiento de cada cirujano, y la técnica que este más domine se puede realizar una elevación de colgajo cutáneo o bien músculocutáneo.(14) La más frecuentemente utilizada es la músculo cutánea. La técnica disecciona un plano que divide el septum en su región posterior y el orbicular en la región anterior, brindando una adecuada exposición de las bolsas adiposas con menor riesgo de



sangrado que utilizando el colgajo cutáneo. Elevar el colgajo con un grosor adecuado nos reduce la posibilidad de dejar un aspecto de ojal y disminuye el edema posquirúrgico, por lo tanto la vuelve la técnica de elección en pacientes con flacidez cutánea e hipertrofia muscular, reservando la técnica del colgajo cutáneo, para pacientes que presenten un orbiculari oculi normal, hipotrófico e incluso atónico. (14)

1.2.5.- Blefaroplastía superior

Antes de iniciar la cirugía, se coloca anestésico local con vasoconstrictor (lidocaína + epinefrina 1: 100.000) de manera superficial, justo en la marcación previamente realizada por resección, con el paciente viendo de frente y sentado de manera erguida. A continuación realizamos un “pinch test” para corroborar que no sea excesivo nuestro marcaje, solo buscamos que se evierte de manera discreta el borde palpebral libre. De ser necesario se realizan las correcciones para lograr nuestro objetivo y evitar complicaciones. Se incide sobre el marcaje y se diseña un colgajo cutáneo con electro bisturí o con tijeras, dependiendo la preferencia del cirujano y se reseca; se realiza adecuada hemostasia.(15) Se continúa con la apertura del septum en la parte medial para extraer la bolsa adiposa de este compartimiento. Mediante una leve compresión sobre el ojo, se realiza clipaje incluyendo su pedículo, Se extirpa con tijeras y se realiza hemostasia con el electro bisturí.(15) No se recomienda la extirpación de otras bolsas adiposas para prevenir la complicación llamada “hollow eyes”. Finalmente se sutura con técnica subdérmica con polipropileno 5-0.(15)



1.2.6.- PROMs

Las mediadas de satisfacción reportadas por el paciente PROMs, por sus siglas en inglés, tienen el potencial de transformar los servicios de salud. Se trata de cuestionarios centrado en la visión de los pacientes en cuanto a sus síntomas, estado funcional y calidad de vida.(16) Existen dos tipos de PROMs, genéricos y específicos de alguna enfermedad, en el caso de la cirugía estética facial, se desarrolló la herramienta FACE-Q.

1.2.7 FACE-Q

Actualmente, el grado de satisfacción de los pacientes, es uno de los marcadores más importantes para medir el éxito de la cirugía estética. FACE-Q es un cuestionario de 20 ítems cuyas respuestas están codificadas en escala de Likert, del 1 al 4, (1 Muy satisfecho-4 Muy insatisfecho). Se utiliza para evaluar la satisfacción con los resultados de procedimientos estéticos quirúrgicos y no quirúrgicos.(17)

Desde 2013, se estableció FACE-Q como un instrumento capaz de proveer una evaluación objetiva del estado de los pacientes operados de cirugía estética y, dado que tiene un fuerte componente psicométrico, su capacidad de dar sentido a las respuestas de los usuarios, aumenta.(18)

FACE-Q se ha utilizado como escala objetiva para diferentes procedimientos, Told y cols. en un ensayo clínico controlado, randomizado; evaluaron la satisfacción de la blefaroplastia con FACE-Q usando dos técnicas diferentes de cierre, sin encontrar diferencias significativas por técnica de sutura; sin embargo, observaron que quienes mostraban scores altos en FACE-Q en el postquirúrgico inmediato,



tenían menor grado de satisfacción a tres meses de seguimiento.(17)

Elegbede y cols. Utilizaron FACE-Q para valorar la satisfacción con la reconstrucción facial por fracturas; observando que factores como tabaquismo, fracturas máxilo-mandibulares o fracturas de Le Fort, eran predictores de baja calidad de vida asociada a la salud.(19)

Klassen et al evaluaron la utilidad del módulo de ojos de FACE-Q, como escala objetiva de satisfacción con la cirugía estética de párpados, en un estudio prospectivo en el que se aplicó el cuestionario FACE-Q a 189 pacientes operados de cirugía facial, concluyendo que es una escala reproducible y útil, que puede utilizarse en la evaluación clínica y en investigación. (20)

2. Identificación del problema

El concepto de PROMs ha ganado auge en los últimos años. En cirugía estética se han desarrollado diferentes instrumentos que permiten evaluar la satisfacción del paciente; entre ellos FACE-Q. Dado que la blefaroplastia es la tercera cirugía estética más practicada alrededor del mundo, y la cuarta más realizada en México, se debe aplicar sistemáticamente una escala objetiva que permita conocer el grado de satisfacción y tomar las medidas necesarias para aumentarlo.(21)

2.1 Planteamiento del Problema

La diversidad de técnicas de blefaroplastia descritas en la literatura, brinda un amplio panorama para el tratamiento de las diversas condiciones que representan una indicación. Para este y todos los procedimientos, es importante tomar en cuenta las inquietudes estéticas y expectativas de nuestros pacientes, con el fin de



seleccionar la “técnica ideal”, no obstante, la inexistencia de parámetros cuantitativos estandarizados en nuestra población es una limitante al determinar cuál técnica tiene mayor eficacia.

Una limitación importante en la capacidad de medir los resultados desde la perspectiva del paciente, ha sido la falta de un instrumento de reporte psicométricamente sólido. Los PROM son cuestionarios que miden conceptos de interés importantes para los pacientes -como la apariencia, la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas- éstos se utilizan actualmente en muchos países para informar la práctica clínica, la investigación de efectividad comparativa, las discusiones con los organismos reguladores y un enfoque de tratamiento basado en la evidencia.

Debido a que el grado de satisfacción general de los pacientes sometido a una blefaroplastia en México se desconoce, la aplicación de una herramienta de evaluación estandarizada y validada podría permitirle al cirujano plástico conocer de forma objetiva los resultados en la población de pacientes pos operados de blefaroplastia.

3. Justificación

La escala FACE-Q ha sido utilizada alrededor del mundo para evaluar la satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos estéticos, existen módulos específicos para cara y párpados. En México, la Blefaroplastia es la cuarta cirugía estética más frecuentemente realizada, y la elección de la técnica, se basa en criterios como el conocimiento de la técnica y la experiencia del cirujano.

Las escalas estandarizadas como el FACE-Q son útiles para evaluar el grado de



satisfacción en el paciente pos operado de blefaroplastia, y se ha probado su utilidad en población europea y norteamericana principalmente.

El avance hacia una medicina basada en la evidencia requiere la aplicación de criterios objetivos, que tomen en cuenta la satisfacción de los usuarios, para ofrecer las mejores técnicas disponibles. Validar FACE-Q eye en una población del norte de México, mejoraría y haría más uniformes los resultados postoperatorios reportados por los usuarios.

4. Hipótesis alterna

Es posible aplicar la escala FACE-Q para conocer el grado de satisfacción de los pacientes operados de blefaroplastia en México, no es útil para para mejorar los resultados a largo plazo.

5. Hipótesis nula

No es posible aplicar la escala FACE-Q para conocer el grado de satisfacción de los pacientes operados de blefaroplastia en México, no influye en los resultados a largo plazo de dicho procedimiento.

6. Objetivos:

6.1 Objetivo general

- Aplicar la escala FACE-Q para evaluar el grado de satisfacción en el paciente pos operado de blefaroplastia en el Hospital Central Universitario del estado de Chihuahua y el Hospital Star Médica Chihuahua.



6.2 Objetivos específicos

- Describir los resultados de la escala FACE-Q en el preoperatorio y 3 meses después de la cirugía.
- Comparar los grados de satisfacción obtenidos por escala FACE-Q en el preoperatorio y postoperatorio.
- Comparar la relación entre las medidas antropométricas y el grado de satisfacción posterior a la blefaroplastia.

7. Material y métodos

7.1 Tipo de estudio:

Es un estudio observacional.

7.2 Diseño de Estudio:

Transversal, descriptivo, ambispectivo

7.3 Población de estudio:

Pacientes operados de blefaroplastia en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Central Universitario del Estado de Chihuahua, y del Hospital Star Médica Chihuahua de marzo de 2022 hasta julio del 2023.



8. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Mujeres y hombres mayores de 18 años.
- Paciente con diagnóstico de blefarocalasia.
- Paciente pos operado de blefaroplastia.
- Paciente que cuente con datos completos en el expediente.
- Pacientes que Tomen la llamada para aplicación de FACE-Q eye y acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Expediente incompleto o no reportado.
- No contestar la llamada telefónica
- No aceptar participar en el estudio

Criterios de eliminación:

- Derechohabientes de servicios de salud (IMSS, ISSSTE, PENSIONES)

. Tamaño de la muestra

Para el tamaño de muestra se buscó en artículos científicos la proporción de pacientes con escala FACE-Q satisfechos sin embargo no se encontró tal proporción solamente proporcionando los promedios de la escala para las diferentes variables demográficas. Se optó por una muestra de 60 pacientes como mínimo para la realización del protocolo.



9. Operacionalización de Variables

Variables Independientes

Variable	Definición operacional	Tipo	Indicador
Blefaroplastia de Resección cutánea	Resección de piel redundante en región palpebral	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No
Blefaroplastia Resección músculo cutánea	Resección de piel y músculo redundante en región palpebral	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No
Blefaroplastia Resección músculo cutánea con grasa	Resección de piel, músculo y bolsas grasas redundantes en región palpebral	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No



Variable Dependiente

Variable	Definición	Tipo	Indicador
Puntaje FACE-Q preoperatorio y tres meses después de la cirugía.	<p>Escala de medición de satisfacción de los pacientes respecto a una cirugía estética, basada en tres parámetros:</p> <p>a) Percepción ocular</p> <p>b) Disestrés psicosocial</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>continua</p>	0-100



Terceras variables

Variable	Definición	Tipo	Indicador
Genero	La totalidad de las características de la estructura reproductiva, funciones, fenotipo y genotipo, diferenciando el organismo masculino del femenino	Cualitativa nominal	1. Mujer 2. Hombre
Edad	Años cumplidos hasta la fecha referida en el expediente al momento de la cirugía	Cuantitativa Discreta	Años



10. Análisis estadístico

Recopilación de Datos:

Los datos recolectados se registrarán inicialmente en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, asegurando la integridad y confidencialidad de la información.

Migración de Datos:

Los datos se migrarán al software estadístico SPSS (Versión 26.0) para realizar un análisis más exhaustivo.

Limpieza de Datos:

Antes de realizar cualquier análisis, se llevará a cabo una fase de limpieza de datos para identificar y corregir (o eliminar) errores e inconsistencias en los datos recopilados.

Análisis Descriptivo:

Las variables demográficas serán presentadas en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Las variables cualitativas serán analizadas con tablas cruzadas, mientras para las variables cuantitativas se realizará una codificación por estratos, para convertirlas en cuantitativas y realizar las comparaciones correspondientes mediante pruebas de χ^2 .

Pruebas de Hipótesis:

Se utilizará la prueba de chi cuadrada para examinar la relación entre variables categóricas. Además se realizará la prueba estadística T de Student para variables continuas en los grupos de pacientes que se detecten en el desarrollo de la tesis.



Se utilizará un nivel de significancia de 0.05 para todas las pruebas estadísticas.

11. Recursos

Humanos:

- Personal del Hospital Central Universitario
- Dr. Jonathan Ledezma Manjarrez
- Dr. Claudio Francisco Reyes Montero(R2 Cpyr)
- Dr. Víctor Bueno Gardea (supervisor)
- Dr. José Humberto Baeza Ramos (asesor)
- Dr. Ernesto Raúl Paz Murga (asesor)



Económicos y físicos:

Recurso	Costo (en pesos mexicanos)
<u>Económicos</u>	
Sutura Prolene 4-0	\$788.45
Lidocaína con Epinefrina	\$103.04
Hoja de bisturí 15	\$25.52
10 gasas	\$20.00
Campos estériles	\$650.00
Antibióticos	\$1000.00
Analgésicos	\$500.00
<u>Físicos</u>	
Consultorio	\$10,000.00
Computadora	\$15,000.00
Artículos científicos	\$1,325.00
Libros de cirugía plástica	\$7,000.00
Programa Excel	\$1,059.00
Programa SPSS	\$1,721.63
Impresora	\$6,688.00



12. Consideraciones éticas y de bioseguridad

Valor científico:

El protocolo pretende dar información a este hospital sobre el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a blefaroplastia.

Código de Nuremberg.

I-El estudio observacional, descriptivo, no requiere consentimiento informado, pues se llevará a cabo de manera observacional sobre documentos, lo que no provocará efecto que tenga repercusión sobre los pacientes, solo será sobre la revisión de expedientes y una entrevista telefónica.

II- El estudio será útil para conocer mejor a la población de nuestro hospital y

III- El estudio es una investigación, factible, de bajo costo, con el objeto de valorar la satisfacción de los pacientes sometidos a blefaroplastia.

Declaración de Helsinki

I-El estudio sobre satisfacción con blefaroplastia mediante FACE-Q, al ser un estudio descriptivo y observacional, no supondrá ningún riesgo para el paciente.

II- El investigador será responsable de salvaguardar en todo momento los datos personales de los pacientes, obtenidos por las herramientas del estudio.

III- El estudio se llevará a cabo por un médico residente, que pretende el grado de Cirujano Plástico y Reconstructivo, el cual cuenta con el perfil de investigador para realizar el estudio, y estará asesorado en todo momento por los médicos de la institución.

IV- El estudio se realizará con los principios citados en esta norma, respetando



la veracidad de los datos obtenidos, así como el conflicto de intereses que pudieran surgir en cualquier momento.

Reporte Belmont

El estudio observacional de satisfacción con blefaroplastia mediante FACE-Q, está regido por los principios éticos referidos en el Reporte de Belmont, con fecha del 18 de abril de 1979, comprobado el 16 de abril del 2003, en sus aspectos vigentes, se respetan los principios de autonomía, beneficencia y justicia, se hará uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de los mismos durante todo el desarrollo del mismo.

Los aspectos científicos, éticos, administrativos, jurídicos y financieros del presente proyecto de investigación se encuentran apegados al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Reporte de Belmont, a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Este protocolo de investigación se considera sin riesgo, con base en el artículo 17 del reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación para la Salud de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, puesto que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

No existen riesgos conocidos para el paciente en su evolución derivados del análisis de las variables incluidas en este estudio.

El autor de la investigación será la única persona con acceso a los datos obtenidos y plasmados en el instrumento de recolección durante el curso del proyecto. El nombre de los pacientes se solicitará solo para posteriormente tener acceso al



expediente clínico, no se publicará información que revele la identidad de las personas incluidas en el proyecto.

13. Metodología Operacional

Mediante un estudio ambispectivo, transversal, observacional y descriptivo, en pacientes operados por blefaroplastia superior e inferior, por un mismo cirujano y profesor del curso en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, del Hospital Central Universitario, se evaluará la satisfacción de los usuarios mediante FACE Q eye.

En la fase retrospectiva se realizará una revisión de expedientes clínicos, en donde se recabaran las variables demográficas y clínicas previamente definidas, se obtendrá e teléfono de contacto y se realizará una llamada telefónica para aplicar el cuestionario FACE-Q eye. Se evaluará la relación del puntaje FACE-Q eye con las variables predictoras previamente probadas (edad, raza, nivel socioeconómico), a través de tablas cruzadas y prueba de χ^2 , se tomara como significativa una $p < 0.05$.

Los resultados serán registrados en tablas y gráficas para su mejor comprensión.

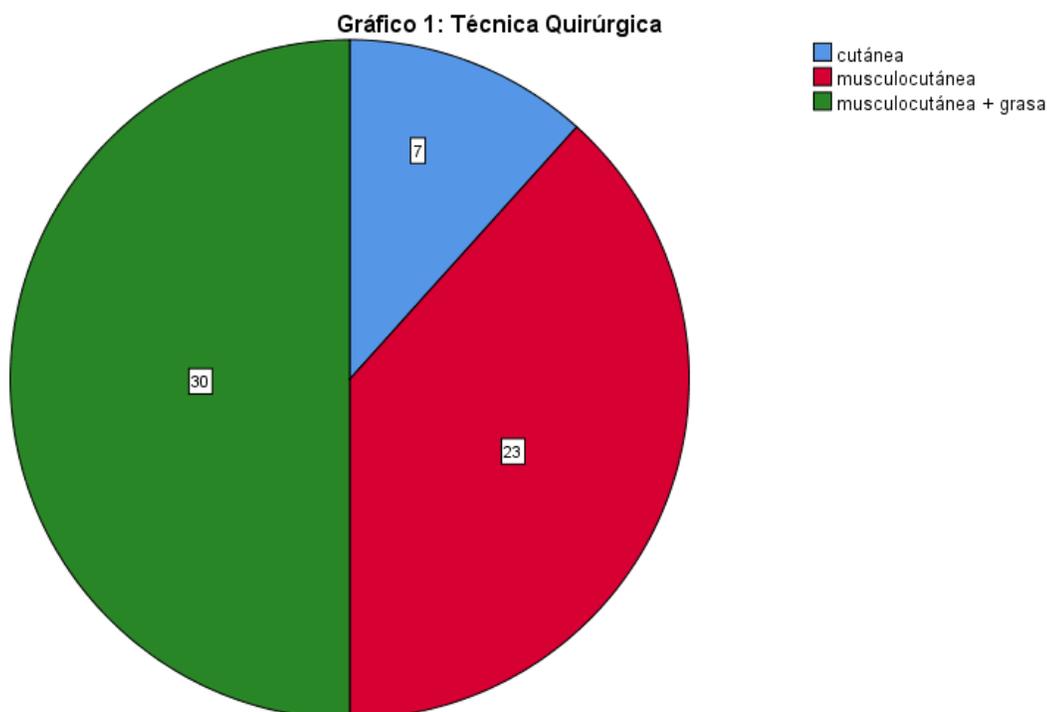
14. Resultados

En el periodo de estudio fueron realizadas 156 Blefaroplastias en el Hospital Central Universitario del estado de Chihuahua y el Hospital Star Médica Chihuahua; de ellos se seleccionaron 60 que cumplieron con los criterios para ser incluidos en el análisis final.

Del total de la población estudiada, 57 fueron mujeres y 3 hombres; con una media

de edad de 60.05 años, rango 43 a 82, desviación estándar 10.38. El índice de masa corporal promedio fue de 26.90 kg/m², con un rango de 14.95 a 38.57, DE 4.51.

La técnica utilizada fue cutánea en el 11.7% (n=7), musculocutánea en 38.3% (n=23) y musculocutánea con grasa periorbitaria en el 50% (n=30) (Gráfica 1).



Se aplicó la escala FACE-Q en el preoperatorio y 3 meses después de la cirugía, obteniendo los siguientes puntajes: El promedio para percepción ocular preoperatoria (FACE PRE-O) fue de 35.45%, DE= 27.55, z²= 759.3, y en disestrés psicosocial (FACE PRE-PS) la media fue de 35.45%, DE= 27.57, z²= 760.

Mientras que en el postoperatorio la media para percepción ocular (FACE POST-O) fue de 85.42% DE= 18.31, z²= 335.4, y el disestrés psicosocial (FACE POST-PS) disminuyó a una media de 11.98%, DE= 20.1, z²=407.7. (Tabla 1)

Tabla 1: Puntajes FACE-Q

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	Varianza	Curtosis	Desv. Error
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error
FACE PRE-O	60	0	92	35.45	27.556	759.345	-.872	.608
FACE PRE-PS	60	0	100	35.45	27.570	760.078	-.712	.608
FACE POST-O	60	39	100	85.42	18.316	335.468	.730	.608
FACE POST-PS	60	0	100	11.98	20.192	407.712	5.943	.608
N válido (por lista)	60							

Al comparar si había diferencias entre el puntaje FACE-Q por técnica operatoria utilizada, no se observaron diferencias significativas en percepción ocular $p=0.75$, ni en disestres psicosocial $p=0.54$.

15. Discusión

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico cosmético que busca mejorar la apariencia de los párpados. Evaluar la satisfacción del paciente con los resultados de la blefaroplastia juega un papel crucial en la para conocer la eficacia y el impacto psicológico de esta intervención. Por ello, la escala FACE-Q ha surgido como una herramienta valiosa para medir la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes sometidos a procedimientos estéticos faciales, incluida la blefaroplastia.

La escala FACE-Q tiene un enfoque multidimensional, que evalúa la satisfacción del paciente a través de diferentes dominios, como la apariencia facial, la autoconfianza y la calidad de vida (satisfacción psicosocial).

Estudios previos han respaldado la validez y la confiabilidad de la escala FACE-Q en el contexto de la cirugía plástica facial. La consistencia y la estabilidad de esta herramienta de medición la convierten en un instrumento confiable para evaluar la satisfacción del paciente a lo largo del tiempo y en diferentes contextos clínicos.



(18)(20) (22)

En este estudio, se demostró la mejoría del puntaje FACE-Q en sus dimensiones de percepción ocular y disestres psicosocial, mostrando objetivamente que la blefaroplastia es un procedimiento que ofrece una notable mejora en el aspecto facial, lo que repercute en una mejor calidad de vida.

No se demostró que existieran diferencias en el puntaje al comparar el tipo de técnica utilizada, ello podría explicarse porque la elección de la técnica depende enteramente de las características y necesidades de cada paciente individual; y elegir la técnica adecuada para cada caso es lo que realmente eleva el puntaje FACE-Q.

16. Conclusiones

En resumen, la escala FACE-Q se presenta como una herramienta valiosa y efectiva para evaluar la satisfacción de los pacientes sometidos a blefaroplastia. Su enfoque multidimensional, su especificidad, validez, fiabilidad, y su orientación al paciente la convierten en un instrumento útil tanto en la práctica clínica como en la investigación en cirugía plástica facial. Dado que nuestra población es pequeña, los resultados no pueden generalizarse a la población general; sin embargo este estudio norma las pautas para iniciar una investigación multicéntrica, con un mayor tamaño de muestra que amplíe la validez y la aplicabilidad de la escala FACE-Q en México.



17. Cronograma

Actividad										
	2023								2024	
	Mayo	Junio	Julio	Ago.	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene- Abril	Mayo
Inicio de anteproyecto	x	x	x	x	x	X				
1a Revisión							x			
Corrección final								x		
Entrega al comité local de investigación									X	
Inicio real del estudio									X	
Recolección de datos									X	
Captura de datos									X	
Análisis de datos									X	
Resultados preliminares									X	
Conclusiones y recomendaciones										X
Informe final										X
Presentación en eventos académicos										X



18. Referencias bibliográficas

1. Hink EM, Meyers AD. Upper Eyelid Blepharoplasty. Medscape. 2021; url: <https://emedicine.medscape.com/article/842137-overview>
2. Long JA. Técnicas quirúrgicas en oftalmología. Cirugía oculoplástica. 2010. 45–51 p.
3. Kuruoglu D, Salinas CA, Kirk DS, Wong C, Sharaf BA. Brow and Eyelid Rejuvenation: Trends from the 100 Most Cited Articles over 30 Years. *Medicina (B Aires)*. 2023;59(230).
4. Mahaffey PJ, Wallace AF. Blindness following cosmetic blepharoplasty-a review. *Br J Plast Surg*. 1986;(39):213–21.
5. Kashkouli MB, Abdolalizadeh P, Abolfathzadeh N, Sianati H, Sharepour M, Hadi Y. Periorbital facial rejuvenation; applied anatomy and pre-operative assessment. *J Curr Ophthalmol [Internet]*. 2017;29(3):154–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joco.2017.04.001>
6. Reid RR, Said HK, Yu M, Haines III GK, Few JW. Revisiting Upper Eyelid Anatomy: Introduction. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(1):65–70.
7. Chang S, Lehrman C, Itani K. A Systematic Review of Comparison of Upper Eyelid Involutional Ptosis Repair Techniques: Efficacy and Complication Rates. *Plast Reconstr Surg*. 2012;(129):149–57.
8. Finsterer J. Ptosis: Causes, Presentation, and Management. *Aesthetic Plast Surg*. 2003;(27):193–204.
9. Yan Y, Fu R, Ji Q, Liu C, Yang J. Surgical Strategies for Eyelid Defect Reconstruction: A Review on Principles and Techniques. *Ophthalmol Ther [Internet]*. 2022;11(4):1383–



408. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40123-022-00533-8>

10. Goldberg RA, McCann JD, Fiaschetti D, Ben Simon GJ. What Causes Eyelid Bags ? Analysis of 114 Consecutive Patients. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(5):1395–402.
11. Karimi N, Kashkouli MB, Sianati H, Khademi B. Techniques of Eyebrow Lifting: A Narrative Review. *J Ophthalmic Vis Res.* 2020;15(2):218–35.
12. Bhattacharjee K, Ghosh S, Ugradar S, Azhdam AM. Lower eyelid blepharoplasty: An overview. *Indian J Ophthalmol.* 2020;68(10):2075–83.
13. Zoumalan CI. Simplifying Blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2015;137(1):196–213.
14. Branham GH. Lower Eyelid Blepharoplasty. In: *Facial Plastic Surgery Clinics of NA* [Internet]. Elsevier Inc; 2016. p. 129–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2015.12.004>
15. Hahn S, Holds JB, Couch SM. Upper Lid Blepharoplasty. *Facial Plast Surg Clin NA* [Internet]. 2016;24(2):119–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2016.01.002>
16. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *Br Med J.* 2013;167(January):1–5.
17. Told R, Placheta-Györi E, Lackner B, Kuchar A, Brugger J, Schmidt-Erfurth U, et al. FACE-Q Patient Report-Assisted Subjective and Objective Evaluation of Blepharoplasty Outcomes Using Two Different Suturing Techniques : A Randomized and Patient-Blinded Pilot Study. *Aesthetic Plast Surg.* 2023;(47):1410–7.
18. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Cano SJ. Development and Psychometric Evaluation of the FACE- Satisfaction with Appearance Scale A New Patient-Reported Outcome Instrument for Facial Aesthetics Patients. *Clin Plast Surg* [Internet]. 2013;40(2):249–60.



Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2012.12.001>

19. Elegbede A, Mermulla S, Diaconu S, McNichols C, Liang Y, Liang F, et al. Patient-reported Outcomes in Facial Reconstruction: Assessment of FACE-Q Scales and Predictors of Satisfaction. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018;6:1–5.
20. Klassen AF, Cano SJ, Grotting JC, Baker SB, Carruthers J, Frcs C, et al. FACE-Q Eye Module for Measuring Patient-Reported Outcomes Following Cosmetic Eye Treatments. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016;5:1–8.
21. Survey IS of AP. 2023 ISAPS INTERNATIONAL SURVEY ON AESTHETIC/COSMETIC PROCEDURES PERFORMED IN 2022. 2022.
22. Satisfaction F, Appearance F, Scale O, Sfaos F, Table R. Erratum for : Cross-cultural validation of the FACE-Q Satisfaction with Facial Appearance Overall Scale (FACE-Q SFAOS) in Brazilian rhytidoplasty patients Cross-cultural validation of the FACE-Q Satisfaction with Facial Appearance Overall Scale (FACE-Q SFAOS) in Brazilian rhytidoplasty patients. 2020;0–6.



19. Anexos

Escala FACE-Q eye

Forma general de los ojos:
Atractivo Alerta Apertura Brillo en los ojos Belleza Juventud
Pestañas
Belleza Feminidad Obscuridad Longitud Atractivo Grosor Densidad
Párpado superior
Piel sobre las pestañas Caída En gota Pliegues en los párpados Pesadez Aspecto cansado Aspecto viejo
Párpado inferior
Exceso de grasa Exceso de piel Hinchazón Líneas perceptibles Piel crepé Aspecto Cansado Aspecto Viejo



Instrumento de recolección de datos

1. Identificación del paciente
2. Edad
3. Género (1) masculino (2) Femenino
4. Talla (m, cm)
5. Peso (kg)
6. Tabaquismo (1) Si (2) no
7. Alcoholismo (1) Si (2) No
8. Blefaroplastia de Resección cutánea (1) Si, (2)No
9. Blefaroplastia Resección músculo cutánea (1) Si (2) No
10. Blefaroplastia Resección músculo cutánea con grasa (1) Si, (2) No
11. Blefarocalasia (1)Si, (2)No
12. Puntaje FACE-Q eye :
 - a) Percepción ocular
 - b) Disestrés psicosocial
 - c) Función social
13. Raza (1) Indígena, (2) Mestizo, (3) Caucásico
14. Clase social (1) Clase Baja, (2) Clase Media (3) Clase Alta



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO **[versión X, fecha dd/mm/20XX]**

Yo, _____, manifiesto que fui informado (a) del propósito, procedimientos y tiempo de participación y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación titulada. **SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POSTOPERADO DE BLEFAROPLASTIA EVALUADO MEDIANTE LA HERRAMIENTA FACE-Q EN UNA POBLACION DEL NORTE DE MÉXICO**

No omito manifestar que he sido informado(a) clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación así como de los riesgos a los que estaré expuesto ya que dicho procedimiento es considerado de bajo riesgo.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción, por parte de _____.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANT

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

TESTIGO:

NOMBRE Y FIRMA
PARENTESCO
DOMICILIO

NOMBRE Y FIRMA
PARENTESCO
DOMICILIO

Nota: Los datos personales contenidos en la presente Carta de Consentimiento Informado, serán protegidos conforme a lo dispuesto en las Leyes Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

Formularios y hojas de recolección de datos.

FACE-Q™ – SATISFACCIÓN RESPECTO A SUS OJOS

Después de leer cada frase, por favor marque con un círculo el número que mejor describa su situación. Pensando en sus ojos, ¿durante la última semana como de satisfecho o insatisfecho se ha sentido respecto a:

	Muy Insatisfecho	Algo Insatisfecho	Algo Satisfecho	Muy Satisfecho
a. La <u>forma</u> de sus ojos?	1	2	3	4
b. ¿Cómo de <u>atractivos</u> son sus ojos?	1	2	3	4
c. Cómo de <u>descansados</u> parecen sus ojos?	1	2	3	4
d. Cómo de <u>abiertos</u> parecen sus ojos?	1	2	3	4
e. Cómo de <u>luminosos</u> parecen sus ojos?	1	2	3	4
f. Cómo de <u>bonitos</u> parecen sus ojos?	1	2	3	4
g. Cómo de <u>juveniles</u> parecen sus ojos?	1	2	3	4

Copyright©2013 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA. All rights reserved.

The FACE-Q, authored by Drs. Andrea Pusic, Anne Klassen and Stefan Cano, is the copyright of Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Copyright ©2013, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center). The FACE-Q has been provided under license from Memorial Sloan Kettering Cancer Center and must not be copied, distributed or used in any way without the prior written consent of Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

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

Translation by Jesus Olivas, The University Clinic of Navarra, Spain

FACE-Q™ – DISTRÉS PSICOSOCIAL RELACIONADO CON LA APARIENCIA

Después de leer cada frase, por favor marque con un círculo el número que mejor describa su situación. Las siguientes frases son para describirse a uno mismo. Pensando en su apariencia, indique su grado de conformidad con cada frase:

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Me siento infeliz con mi aspecto.	1	2	3	4
b. Me estreso cuando pienso en mi aspecto.	1	2	3	4
c. Me siento triste con mi aspecto.	1	2	3	4
d. Siento ansiedad cuando la gente me mira.	1	2	3	4
e. Me preocupa no tener un aspecto normal.	1	2	3	4
f. Me preocupa parecer feo/a.	1	2	3	4
g. Intento evitar estar rodeado/a de gente.	1	2	3	4
h. Tengo poco interés en hacer cosas.	1	2	3	4

Copyright©2013 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA. All rights reserved.

The FACE-Q, authored by Drs. Andrea Pusic, Anne Klassen and Stefan Cano, is the copyright of Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Copyright ©2013, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center). The FACE-Q has been provided under license from Memorial Sloan Kettering Cancer Center and must not be copied, distributed or used in any way without the prior written consent of Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

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

FACE-Q™ - FUNCIÓN SOCIAL

Después de leer cada frase, por favor marque con un círculo el número que mejor describa su situación. Las siguientes frases son utilizadas por la gente para describirse a sí mismos. Pensando en el aspecto de su cara en la última semana, ¿cuál es su grado de satisfacción con lo siguiente?

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. Doy una buena primera impresión.	1	2	3	4
b. Me siento seguro/a cuando conozco a gente nueva.	1	2	3	4
c. Me siento cómodo/a cuando conozco gente nueva.	1	2	3	4
d. Es fácil para mí hacer nuevos amigos.	1	2	3	4
e. Me siento seguro/a cuando participo en actividades en grupo (ej. reunión)	1	2	3	4
f. Me siento seguro/a en situaciones sociales nuevas (ej. fiesta)	1	2	3	4
g. Me siento tranquilo/a cuando estoy rodeado de personas que no conozco bien.	1	2	3	4
h. Me siento seguro/a cuando entro en una habitación llena de gente que no conozco.	1	2	3	4

Copyright©2013 Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA. All rights reserved.

The FACE-Q, authored by Drs. Andrea Pusic, Anne Klassen and Stefan Cano, is the copyright of Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Copyright ©2013, Memorial Sloan Kettering Cancer Center). The FACE-Q has been provided under license from Memorial Sloan Kettering Cancer Center and must not be copied, distributed or used in any way without the prior written consent of Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

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

Translation by Jesus Olivas, The University Clinic of Navarra, Spain

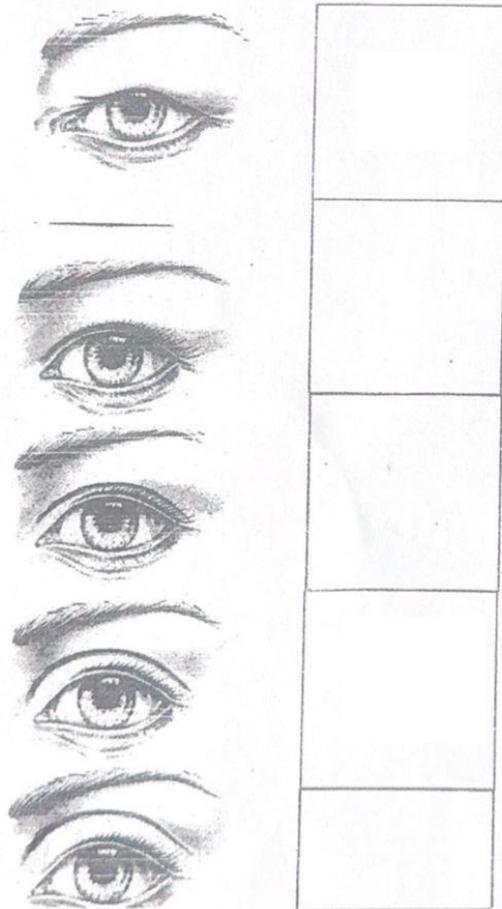
ESCALA VISUAL DE AUTOPERCEPCIÓN ESTÉTICA PALPEBRAL

Folio: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

MARQUE CON UNA CRUZ EL RECUADRO DEL OJO QUE ÚSTED CONSIDERE MÁS PARECIDO AL SUYO.

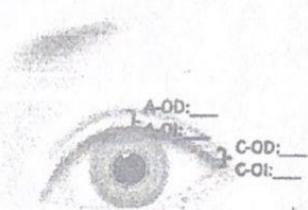


Nombre: _____ Fecha: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____
 Superior + inferior: NO SI

TIPO DE OJO

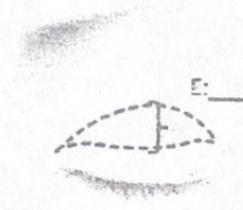
A. NORMAL	<input type="checkbox"/>
B. PROPTÓSICO	<input type="checkbox"/>
C. HUNDIDO	<input type="checkbox"/>

PREOPERATORIO

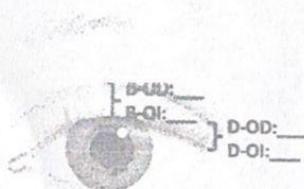


BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

A. CUTÁNEA	<input type="checkbox"/>
B. MÚSCULO CUTÁNEA	<input type="checkbox"/>
C. GRASA PRESEPTAL	<input type="checkbox"/>
1. MEDIAL	<input type="checkbox"/>
2. LATERAL	<input type="checkbox"/>
D. GRASA ORBITARIA	<input type="checkbox"/>
1. MEDIA	<input type="checkbox"/>
2. MEDIAL	<input type="checkbox"/>



POSTOPERATORIO INMEDIATO



BLEFAROPLASTIA INFERIOR

1. LATERAL	<input type="checkbox"/>
2. MEDIA	<input type="checkbox"/>
3. MEDIAL	<input type="checkbox"/>