

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA**

**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA HABANA**



**PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL RINOFIMA**

**TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN CIENCIAS  
ESTOMATOLÓGICAS**

**Autor: Dra. Concepción Isabel Pereira Dávalos, MSc**

**La Habana**

**CUBA**

**2021**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA**

**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA HABANA**



**PROPUESTA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL RINOFIMA**

**TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN CIENCIAS  
ESTOMATOLÓGICAS**

**Autor: Prof. Aux. Dra. Concepción Isabel Pereira Dávalos, MSc**

**Tutor: Prof. Tit. Dra. María Elena Gutiérrez Hernández, Dra. C**

**Cotutor: Prof. Tit. Dra. Denia Morales Navarro, Dra. C**

**La Habana**

**CUBA**

**2021**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera agradecer a todas las personas que me han ayudado desde el inicio de esta investigación y que con amor y dedicación han contribuido a mi formación y a la culminación de esta tesis y en especial a:

- Dra.C. María Elena Gutiérrez Hernández quien confió en mí para la realización de este proyecto y me guio a través de cada una de las etapas de la investigación para alcanzar los resultados.
- Dra.C. Denia Morales Navarro por su preocupación y análisis crítico.
- Dra.C. Ileana Bárbara Grau León, Dr.C Orlando Guerra Cobián, Lic. Sol Ángel Rosales Reyes, Dr. Agustín Rodríguez Soto por sus consejos y apoyo.
- Prof. Wenceslao Martínez, Dr. Fausto Felipe, Dr. Diego Meneses Almeida, Dra. María Antonia Regalado, Dr. Anselmo López, Dra. Luisa Cuadra Gutiérrez y todos mis profesores. Gracias.
- Dr. Juan Guillermo Sánchez Acuña, Dra.Yameli Domínguez Sánchez y Dra. Elizabeth Blanco Moredo por su apoyo incondicional.
- Mis compañeros especialistas de Cirugía Maxilofacial, que participaron en este proyecto, que colaboraron directamente en varias de las etapas investigativas. Los expertos, quienes sin objeción pusieron a disposición la experiencia obtenida en su labor profesional.
- Profesores que integran la Comisión de Grado Científico de la facultad de Estomatología, por sus pertinentes críticas y recomendaciones en cada presentación del tema.

- Dra. C Indira Gómez Capote, gracias por darme un espacio en su tiempo tan lleno de trabajo, responderme en cada momento que la necesité y ser un motor impulsor de mi trabajo doctoral.
- Dr. C Andrés Orestes Pérez Ruíz, mi profesor ejemplo de sabiduría, dedicación y revisión rigurosa de la tesis, gracias por compartir este momento y ayudarme con sus opiniones y consejos inestimables para el perfeccionamiento de la tesis.
- A las compañeras de la biblioteca Lic. Orietta Valverde y Gricel Vara, siempre dispuestas a ayudar.
- Al consejo científico del Hospital General Calixto García, en especial Dra. C Clara Elena Peñalver Rodríguez y MSc Yamile Valdés González por la preocupación constante, seguimiento y favorecer el desarrollo de los doctorantes.
- Me gustaría agradecer el apoyo recibido de las instituciones de salud donde se realizaron las diferentes etapas de la investigación: Hospital General Calixto García, Hospital Hermanos Amejeiras, Hospital Manuel Fajardo, Hospital Militar Carlos J Finlay, Facultad de Estomatología y el Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia de La Habana.
- A Katty Cejas, José Luis, Kety Lau y familia por la ayuda ofrecida.
- A mi hija Manuela y su esposo Alejandro en las horas de búsqueda.
- A todos los que han contribuido a la realización de este sueño.

**Muchas gracias**

## **DEDICATORIA**

A mi nieto Kevin.

## **SÍNTESIS**

Se realizó una investigación de desarrollo e innovación tecnológica, en la Facultad de Estomatología de La Habana, sobre la base de un enfoque mixto de investigación de salud, cuyo proyecto tecnológico, ofrece como producto, una clasificación clínica del Rinofima que contribuye al diagnóstico integral de la enfermedad. Se estructuró en tres etapas: una primera que permitió diagnosticar la situación existente en la caracterización clínica del paciente con Rinofima, el estado del arte en las clasificaciones clínicas existentes y su evaluación. La segunda etapa que consistió en el diseño de la propuesta de clasificación, y la tercera etapa en su validación. Las alteraciones en la textura, contorno nasal, posición de la columela, y la presencia de lesiones de aspecto clínico maligno sirvieron de base para el diseño inicial de la clasificación. Las cuatro clasificaciones existentes fueron evaluadas de no aceptadas. La clasificación propuesta fue validada por criterio de experto y usuario. Estas evaluaciones permitieron considerar la propuesta de clasificación aceptada para su uso en la práctica, la cual repercutirá en el diagnóstico y planificación de la actividad quirúrgica, así como la prevención de secuelas de difícil corrección para lograr una estabilidad estética, funcional y emocional del paciente enfermo de Rinofima.

## TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDOS		Pág.
INTRODUCCIÓN		1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO		
I.1	Rinofima	11
	I.1.1. Antecedentes históricos	11
	I.1.2. Histopatología, epidemiología y características clínicas	14
	I.1.3. Tendencias del tratamiento quirúrgico	16
I.2	Clasificaciones	21
	I.2.1. Clasificación de Freeman	21
	I.2.2. Clasificación de Clark	22
	I.2.3. Clasificación de El-Azhary	23
	I.2.4. Clasificación histopatológica	24
	I.2.5. Clasificación de la Rosácea	25
	I.2.6. Clasificación de Wetzig.	28
I.3	Especialidades quirúrgicas asociadas al Rinofima	29
I.4	Diseño y validación en investigaciones de salud	31
	I.4.1. Validez	31

	I.4.2. Juicio de expertos. Métodos	34
	I.4.2.1. Ábaco de Régnier	34
	I.4.2.2. Método de la preferencia	35
	I.4.2.3. Método de comparación por pares	36
	I.4.2.4. Agregado Individual	36
	I.4.2.5. Método Delphi	36
	I.4.2.6. Método Grupo Nominal	37
	I.4.2.6. Método del Consenso Grupal	38
	I.4.3. Fiabilidad	40
Conclusiones del Capítulo I		43
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO		
II.1	Clasificación y contexto de la investigación	46
II.2	Etapas de la investigación	46
II.3	Métodos de investigación	47
	II.3.1. Indagaciones de nivel teórico	47
	II.3.2. Indagaciones del nivel empírico	48
II.4	Primera Etapa. Diagnóstico de la situación existente en el Rinofima.	48
	II.4.1. Fase I. Diagnóstico de la situación existente en la caracterización clínica del Rinofima.	49
	II.4.1.1. Clasificación de la investigación	49
	II.4.1.2. Universo	49

	II.4.1.3. Métodos de recolección de datos	49
	II.4.1.4. Operacionalización de las variables	49
	II.4.1.5. Técnicas y procedimientos	51
	II.4.2. Fase II. Evaluación de las clasificaciones existentes del Rinofima	51
	II.4.2.1. Diagnóstico del estado del arte en las clasificaciones clínicas existentes	51
	II.4.2.2. Evaluación de las clasificaciones clínicas existentes de Rinofima	53
	II.4.2.2.1. Operacionalización de las variables	53
	II.4.2.2.2. Técnicas de procesamiento y análisis de la información	54
II.5	Segunda Etapa. Diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima	56
	II.5.1. Método de recolección de datos	56
	II.5.2. Operacionalización de las variables	56
	II.5.3. Aplicación de la técnica del grupo nominal	57
	II.5.4. Procesamiento y análisis estadístico de la información	59
II.6	Tercera Etapa. Validación de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima	59
	II.6.1. Fase I. Validación por expertos	60
	II.6.1.1. Criterio de expertos	60

	II.6.1.2. La aplicación del método Agregado Individual	60
	II.6.1.3. Operacionalización de las variables	62
	II.6.1.4. Método estadístico: para el análisis de la propuesta de clasificación	63
	II.6.2. Fase II. Validación por usuarios	64
	II.6.2.1. Método de usuario	64
	II.6.2.2. Operacionalización de las variables	65
	II.6.2.3. Procesamiento y análisis estadístico de la información	65
II.7	Otras técnicas de procesamiento y análisis de la información	65
II.8	Aspectos éticos	66
Conclusiones del Capítulo II		67
CAPÍTULO III. RESULTADOS		
III.1	Resultados de la Primera Etapa. Diagnóstico de la situación existente en el Rinofima	69
	III.1.1. Resultados de la Fase I. Diagnóstico de la situación existente en la caracterización clínica del Rinofima	69
	III.1.2. Resultados de la Fase II. Evaluación de las clasificaciones existentes del Rinofima	70
	III.1.2.1. Resultados del diagnóstico del estado de arte en las clasificaciones clínicas existentes	70
	III.1.2.2. Resultados de la evaluación de las	70

	clasificaciones clínicas existentes de Rinofima	
III.2	Resultados de la Segunda Etapa. Diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima	75
III.3	Resultados de la Tercera Etapa. Validación de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima	77
	III.3.1. Resultados de la Fase I. Validación por expertos	77
	III.3.2. Resultados de la Fase II. Validación por usuarios	80
Conclusiones del Capítulo III		81
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		
IV.1	Discusión de los resultados de la Primera Etapa. Diagnóstico de la situación existente en el Rinofima	83
	IV.1.1. Discusión de los resultados de la Fase I. Diagnóstico de la situación existente en la caracterización clínica del Rinofima	83
	IV.1.2. Fase II. Discusión de los resultados de la evaluación de las clasificaciones existentes del Rinofima.	85
	IV.1.2.1. Discusión de los resultados del diagnóstico del estado de arte en las clasificaciones clínicas existentes	85
	IV.1.2.2. Discusión de los resultados de la evaluación de las clasificaciones clínicas existentes de Rinofima	86

IV.2	Discusión de los resultados de la Segunda Etapa. Diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima	91
IV.3	Discusión de los resultados de la Tercera Etapa. Validación de la propuesta de clasificación del Rinofima.	92
	IV.3.1. Discusión de los resultados de la Fase I. Validación por expertos	92
	IV.3.2 Discusión de los resultados de la Fase II. Validación por usuarios	96
Conclusiones del Capítulo IV		98
CONCLUSIONES		99
RECOMENDACIONES		100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		
ANEXOS		
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA		

## Introducción

Rinofima es una enfermedad que merece, por sus características, repercusiones estéticas, funcionales, psicológicas y sociales, un especial estudio. El término es derivado del griego rhis: nariz, y phyma, que significa crecimiento. (1, 2, 3, 4, 5) Fue reconocida como una afección médica a inicios del siglo XX, y su existencia ha sido documentada a través de la historia, desde la nariz voluminosa y rugosa, plasmada en la pintura de Doménico Ghirlandaio, de 1490 «El viejo y el niño» hasta la representación pictórica de Frans Hals en 1617 «Fiesta en el martes de carnaval». (3, 6, 7)

Su etiología es desconocida, pero se han propuesto varios factores desencadenantes, como la herencia, la luz solar, el calor, la dosis excesiva de esteroides, el consumo de alcohol, té y café. (8, 9, 10) También se ha asociado a factores emocionales, gastrointestinales e infecciosos. (11, 12, 13)

El Rinofima es una enfermedad muy estudiada en la literatura internacional fundamentalmente enfocado al tratamiento de la misma. Sin embargo, en su estudio preoperatorio clínico integral debe abordarse no solo la severidad de la piel, sino las estructuras de soporte y la presencia de lesiones de aspecto clínico maligno en la piel fimatosa a través de una clasificación clínica que sea considerado por las especialidades de Dermatología, Cirugía Plástica y Caumatología, Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial, e incluso en el contexto nacional en la literatura revisada, este enfoque resulta prácticamente inexistente.

En los últimos años, en las publicaciones nacionales, se destaca la investigación publicada por la autora<sup>(9)</sup> de la investigación, sobre el empleo del adhesivo tisular tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima, también aparece Canto Vidal,<sup>(14)</sup> en la presentación de casos con la utilización del bisturí en el tratamiento del Rinofima y la de Delis Fernández,<sup>(2)</sup> en la presentación de casos, con la eliminación de la piel fimatosa y granulación por segunda intención, pero son solo presentaciones de casos que no permiten caracterizar y clasificar la enfermedad del Rinofima en Cuba.

En estas publicaciones <sup>(2, 9, 12)</sup> se observan secuelas posquirúrgicas de difícil corrección, que generalmente quedan de forma permanente, y es que los tratamientos involucran toda la piel nasal y no de acuerdo con la severidad de cada subunidad anatómica nasal. Existen tres grandes grupos de tratamientos los cuales no están asociado mediante clasificación alguna. Cada especialista escoge la técnica quirúrgica de acuerdo con los recursos disponibles, la experiencia y la especialidad.<sup>(15)</sup>

Esta panorámica hace visibilizar la necesidad de agrupar y ordenar el pensamiento científico; y juegan un papel importante en la planificación quirúrgica, así como en la prevención de secuelas como la retracción alar, las cicatrices hipertróficas, y los cambios de coloración de la piel entre otras.

## **Justificación**

El Rinofima es una enfermedad que se observa con más frecuencia en la población masculina mayor de 50 años, y también en personas de color de la piel blanco.<sup>(16, 17, 18, 19)</sup> Sus características clínicas pueden variar desde un enrojecimiento y un ligero engrosamiento de la punta nasal, hasta un tumor verdaderamente deformante.<sup>(14, 20,</sup>

21, 22, 23) Las subunidades estéticas de la nariz se distorsionan, provocando en algunos pacientes dificultad respiratoria por colapso de las válvulas nasales externas que obstruccionan la penetración del aire atmosférico a las vías aéreas superiores. (12, 24, 25, 26, 27)

Esta enfermedad tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, no solo desde el punto de vista funcional, sino por el deterioro emocional que produce, conocida históricamente con nombres como nariz de "coliflor", nariz de "papa" o nariz de alcohólico. (1, 3, 15, 24) Esta enfermedad afecta a personas mayores, las cuales quedan incapacitadas para llevar una vida plena. El componente psicológico es afectado por ser víctimas de la burla social debido a asociaciones de caricaturas, al alcoholismo (15, 24) y personajes malignos en las películas; (28) además del olor y los focos infecciosos asociados a la piel fimatosa, lo que pueden provocar angustia, vergüenza, aislamiento social y baja autoestima. (20, 24, 29)

Una clasificación se define como un sistema ordenado de categorías y subcategorías que se refieren a cirugías, técnicas diagnósticas y tratamiento no quirúrgicos a las que corresponde un código numérico. Este código es el que será capturado junto con otros datos del paciente y de las enfermedades que motivaron la atención para su procesamiento. El Rinofima se clasifica según la clasificación Internacional de enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud para el manejo de estadísticas internacionales como una enfermedad de características propias. En la versión CIE-10 presenta el código L71.1. (30)

En una exploración de la literatura a nivel internacional realizada por la autora con el objetivo de determinar la existencia de formas de unificar criterios diagnósticos y de manejo, se han encontrado las clasificaciones del Rinofima y se han descrito cuatro clasificaciones clínicas de la enfermedad. <sup>(3)</sup>

- 1970 Freeman <sup>(31)</sup>
- 1990 Clark <sup>(32)</sup>
- 1991 el-Azhary <sup>(33)</sup>
- 2013 Wetzig <sup>(34)</sup>

Estas clasificaciones se limitan a describir la severidad de la enfermedad de la piel, <sup>(3)</sup> y no tienen en cuenta el grado de afectación de cada subunidad anatómica nasal. Chauhan <sup>(15)</sup> plantea que estos sistemas de clasificación comunican la gravedad de la enfermedad, pero no guían una modalidad de tratamiento en particular.

La autora presenta un caso de Rinofima que quedó excluido de las clasificaciones existentes por lo que existen espacios dentro, y entre las cuatro clasificaciones, en los cuales los pacientes no pueden ser clasificados, o existen dudas en su ubicación. Dada la amplia variedad de formas de presentación de esta enfermedad se hace complejo realizar la clasificación clínica acertada para todos los pacientes.

Las clasificaciones existentes del Rinofima le dan gran importancia a la formación de lóbulos en la superficie de la piel para delimitar entre una categoría y otra de la clasificación, pero existen pacientes con grandes Rinofima que tienen la superficie lisa

y no desarrollan lóbulos. Estos pacientes ofrecen dudas al clasificarlos o se ubican en una categoría a la cual no corresponden.

Numerosas investigaciones <sup>(1, 3, 11, 20)</sup> se refieren al Rinofima severo o gigante, cuando existe un gran crecimiento de la nariz, y realizan presentaciones de casos, pero sin estar orientadas a través de clasificación alguna.

Existe un potencial de malignidad marcado, fundamentalmente hacia el carcinoma basocelular, espinocelular y angiosarcoma. <sup>(1, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 25, 26)</sup>

Los pacientes con Rinofima generalmente buscan ayuda debido a la desfiguración estética, pero también pueden buscar atención médica debido a la obstrucción nasal o por presentar lesiones malignas, sin saber que presentan un Rinofima.

En Cuba, según cifras del Anuario Estadístico de Salud en el 2019, <sup>(35)</sup> se reportan 491 defunciones por cáncer de piel, con una tasa de mortalidad de 4,4 por cada 100 000 habitantes. Constituye la primera causa según localización en incidencia del cáncer para ambos sexos con 12 209 nuevos casos, y se incrementa de manera puntual a partir de los 50 años.

Se distinguen dos grandes grupos de cáncer de piel: el melanoma maligno y el cáncer cutáneo no melanoma. Este último incluye los carcinomas espinocelulares y los basocelulares, considerados como los tipos más frecuentes. <sup>(36)</sup>

El 86,6 % de las lesiones no-melanomas se producen en el rostro y, de estas, el 25,5 % surgen en la nariz. <sup>(37)</sup> Por su ubicación anatómica, es una zona muy expuesta a la radiación ultravioleta, lo que la hace propensa a la aparición del cáncer. <sup>(38)</sup> Según

Hernández Collazo y otros <sup>(39)</sup> muchas de las neoplasias malignas diagnosticadas en la piel enferma con Rinofima son diagnosticadas incidentalmente durante el estudio histopatológico y no de forma planificada.

La elevada incidencia del cáncer de piel en el mundo representa, en salud pública, un grave problema en ascenso; puede conducir a una invasión local, destrucción tisular y recurrencias, que compromete la función y estética de la persona, con baja capacidad de producir metástasis. El factor más relevante en el pronóstico de un cáncer de piel, es la precocidad de su diagnóstico para lograr efectivos tratamientos, de menor complejidad y secuelas. <sup>(36)</sup>

Kavoussi <sup>(40)</sup> afirma que la apariencia clásica del Rinofima permite un diagnóstico fácil, pero también puede llevar al médico a pasar por alto una neoplasia maligna coexistente.

No existen estudios en Cuba acerca de la relación de esta enfermedad con el cáncer, y hasta el momento se han utilizado en la literatura varias clasificaciones del Rinofima las cuales no tienen en cuenta la enfermedad oncológica asociada.

Las clasificaciones de Rinofima existentes se tornan insuficientes, por lo que se crea un vacío en el conocimiento científico de la práctica médica, el cual debe ser suplido con el diseño de una nueva clasificación que facilite el diagnóstico integral de la enfermedad, y cumpla los requisitos expuestos por Rodríguez Soto y Morales Navarro <sup>(41)</sup> de ser objetiva, exhaustiva y comprensible, donde no pueda quedar excluido ningún paciente que padezca la enfermedad.

El Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Calixto García, tiene experiencia en relación con el tratamiento del Rinofima, pero no existen protocolos de atención de dicha enfermedad, estos tratamientos se realizan de acuerdo con el criterio individual, experiencia y recursos disponibles.

La creación de una propuesta de clasificación integradora permite establecer un orden mental y verbal para lograr una buena comunicación, unificar criterios, evitar confusiones y aumentar la productividad en el desempeño para así incrementar la calidad de la atención al paciente.

### **Problema científico.**

Al no existir una clasificación clínica del Rinofima, la cual agrupe los tipos de Rinofima según las características fundamentales encontradas en la observación clínica de la misma, en relación con la extensión y severidad de la afectación de la piel, las alteraciones en las estructuras de soporte de la nariz debido al peso del tejido fimatoso y a la lesiones de aspecto clínico maligno, que crezcan sobre ella, de manera que permita una correcta conducción en la planificación quirúrgica de los casos, así como la prevención de secuelas posquirúrgicas de difícil corrección.

De lo planteado, se asume la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo contribuir al diagnóstico integral del paciente afectado de Rinofima que incorpore la severidad de la enfermedad de la piel, las estructuras de soporte de la nariz afectadas, así como las lesiones de aspecto clínico maligno, en la piel fimatosa?

### **Objetivos**

1. Determinar las características clínicas que intervienen en el diagnóstico integral de la enfermedad.
2. Evaluar las clasificaciones clínicas de Rinofima en la literatura revisada.
3. Diseñar la propuesta de clasificación clínica del Rinofima.
4. Validar la propuesta de clasificación del Rinofima.

### **Novedad Científica.**

Está dada en la propuesta de una clasificación clínica del Rinofima, que permita ordenar y agrupar las diferentes presentaciones de la enfermedad de una manera integral, que no tiene precedentes en nuestro país y podría facilitar el diagnóstico, la planificación quirúrgica y el tratamiento de la enfermedad.

**Aporte.** La investigación aporta una propuesta de clasificación clínica del Rinofima, al proponer un instrumento metodológico que facilita el estudio de la enfermedad y permite caracterizar la entidad, elevar la profundidad y el nivel científico de las investigaciones que se generen alrededor del tema. Por otra parte, servirá para el desarrollo de nuevas líneas de investigación ampliando el panorama científico, pues dentro de las múltiples salidas se encuentran, publicaciones científicas encaminadas a la retroalimentación y a la generalización del conocimiento.

Desde el punto de vista social, se espera un aumento de la calidad de vida puesto que, con dicha propuesta, se realizará un diagnóstico integral de la enfermedad donde no solo se diagnostique la severidad de la enfermedad en la piel, sino también las lesiones de aspecto maligno que en ella se encuentren, así como el estado de las estructuras

osteocartilaginosas de soporte nasal, lo cual repercutirá de forma directa en la planificación quirúrgica, en los resultados y en la prevención de secuelas posquirúrgicas de la nariz.

La propuesta de una nueva clasificación del Rinofima va a favorecer la reinserción social de estos pacientes que en muchos casos presenta una deformidad facial con repercusiones estéticas, funcionales y psicológicas que limitan su actividad en la sociedad.

La tesis quedó estructurada en cuatro capítulos. El capítulo I, que abordó el marco teórico que incluye los antecedentes y referentes teóricos que sustentan la investigación. El capítulo II, en que se expone el diseño metodológico empleado. El capítulo III, dedicado al análisis de los resultados, y el capítulo IV destinado a la discusión de los resultados. Seguidamente las conclusiones, recomendaciones de la investigación, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se exponen los aspectos teóricos metodológicos de la investigación. Incluye los antecedentes históricos de la enfermedad, las características histopatológicas, epidemiológicas y clínicas, así como las tendencias en su manejo, también se describen las clasificaciones existentes del Rinofima y los aspectos teóricos necesarios para el diseño y validación de instrumentos.

### **I.1 Rinofima**

#### **I.1.1. Antecedentes históricos**

Las primeras descripciones de esta enfermedad se remontan a la época de Hipócrates y los antiguos árabes. <sup>(42)</sup> El término de Rinofima fue nombrado por primera vez por Hebra en 1845 <sup>(29, 43)</sup> y los artistas completan los antecedentes históricos de esta enfermedad.

En las pinturas mostradas hasta 1600 se observa una representación con virtuosismo y respeto al anciano con Rinofima a diferencia de las mujeres, a quienes las solían convertir en brujas, hechiceras y avaras por la forma de la nariz. <sup>(44, 45)</sup>

En el Louvre de París, hay un cuadro titulado, "Un anciano con su nieto", de Domenico Ghirlandaio fechada en 1490, donde se muestra el virtuosismo del anciano, a pesar de la nariz deforme. <sup>(10, 42, 44)</sup>

El museo nacional del Prado en Madrid posee una pintura llamada el retrato del anciano de 1525 a 1527, donde llama la atención su nariz deforme y colorada. <sup>(45)</sup>

A partir de 1600 se observa tanto en las pinturas, obras de teatro, y caricaturas la asociación del Rinofima con las bebidas alcohólicas, por lo que los enfermos de Rinofima fueron estigmatizados socialmente como bebedores.

El Museo Metropolitano de Arte de Nueva York muestra la representación pictórica de Frans Hals "Juerguistas en el martes de Carnaval" de 1616 a 1617. En la pintura se observan las características del color rojo de la piel asociado al parecer con la dieta y las bebidas alcohólicas. <sup>(46)</sup>

El Rinofima desde tiempos remotos se asoció a las bebidas alcohólicas. En Francia, la Rosácea se conoce como "cuperosis" (la copa rosada) y la Rinofima como la "elefantiasis de los bebedores", mientras que los británicos la llaman "nariz de vino de Oporto" y los estadounidenses la llaman "nariz de whisky". En la literatura griega, el origen de la "nariz roja", bajo el nombre de rinomegalia, estaba relacionado con el uso excesivo de vino. <sup>(10, 47)</sup>

Marchionini <sup>(47)</sup> plantea que el papel del alcohol es enfatizado por Ferdinand von Hebra en su Atlas de Enfermedades Dermatológicas y su sucesor Kaposi incluso desarrolla el concepto de que se podrían sacar conclusiones sobre la naturaleza de la bebida alcohólica que se había consumido por los cambios morfológicos observados. En la nariz de los bebedores de vino, Kaposi encuentra principalmente nudos rojos vivos, en los bebedores de cerveza una apariencia más cianótica, mientras que los bebedores de brandy debían presentar una piel con un color azul oscuro y brillante.

En los libros del Dr. Eugene Hollaender, "Medicina en las artes clásicas y Caricatura y Sátira en la medicina" publicado en 1905, <sup>(48)</sup> puede observarse las caricaturas de la

época donde se muestran muchas pinturas y dibujos relacionados con el Rinofima y las bebidas alcohólicas.

El cine mudo a mediados 1910 a 1929 transmitía el carácter inmoral y la maldad de los villanos a través de las afecciones dermatológicas entre las que se encuentra el Rinofima, así se lograba mayor efecto dramático. Estas señales visuales evocan en la audiencia la aprensión o el miedo de lo desconocido y proporcionan un paralelo perceptible a la corrupción interna del personaje malvado. Profundamente arraigadas en el cine mudo, el uso del Rinofima en los personajes malvados en las películas persiste hoy y constituyen un hilo subyacente que une el pasado con el cine actual. (10. 28)

En términos generales, la población mantiene una visión estigmatizada, y los que padecían de Rinofima eran objeto de burla, desempleo y pobreza. (43)

Al referirse al Rinofima en las mujeres, la vergüenza era tal que no les permitía llevar una vida plena y Odou (43) plantea que las víctimas de esta enfermedad sufren una gran humillación, desempleo e incluso pueden convertirse en reclusas sociales o suicidas.

Las deformidades faciales afectan, no solo la función o la estética, sino que limitan la actividad social del paciente con una disminución de su autoestima y calidad de vida. (49, 50)

La cara es el soporte anatómico para el funcionamiento de nuestros sentidos y piedra angular para la integración social, porque constituye parte activa de la comunicación verbal y extraverbal. Cualquier alteración morfológica tiene una repercusión en el

individuo como ser biopsicosocial y en la actividad humana circundante ya sea de forma directa o indirecta. (50, 51)

Gómez Tagle y Castillo Fernández (52) citan el concepto que la Organización mundial de la salud entiende por discapacidad y se refiere a la condición compleja del ser humano, constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente de alguna de sus capacidades o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente.

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad. (52, 53)

La deformidad facial que produce el Rinofima, los antecedentes de su relación con el alcoholismo, la vergüenza, el aislamiento social, los trastornos funcionales en casos severos y el olor característico de la enfermedad la convierten en una verdadera discapacidad con disminución de la calidad de vida.

### **I.1.2. Histopatología, epidemiología y características clínicas**

El estudio histopatológico muestra habitualmente un infiltrado linfo-histiocítico mononuclear perivascular y perifolicular superficial. Se puede ver edema y fibras elásticas engrosadas, las glándulas sebáceas son hiperplásicas, infundíbulo dilatado y se desarrollan granulomas y quistes. Los ácaros Demodex se encuentran en

alrededor del 10 % de las biopsias de rutina y causan dilatación folicular, foliculitis e inflamación perifolicular. (14, 17, 54, 55, 56)

El Rinofima es un tumor benigno de crecimiento lento y progresivo con la capacidad de provocar severas alteraciones en la morfología nasal, afectando principalmente a hombres caucásicos entre la quinta y séptima década de vida en una relación de 12:1 respecto al sexo femenino. (2, 3) Chauhan (15) informa que la proporción estimada de hombres a mujeres varía de 5: 1 a 30: 1 y es poco común entre las poblaciones afroamericanas.

Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por una nariz bulbosa y lobulada, que presenta un engrosamiento cutáneo, con nódulos, lóbulos y lesiones quísticas, de superficie irregular, eritema, telangectasias y orificios foliculares dilatados, que pueden presentar taponamiento con sebo. El crecimiento puede estar localizado o generalizado en toda la nariz, pero este ocurre fundamentalmente en sus dos tercios inferiores. (2, 10)

La progresión de la enfermedad puede resultar en la obliteración y fusión de las subunidades estéticas nasales, provocando en algunos pacientes colapso de las válvulas nasales externas y dificultad respiratoria por obstrucción secundaria de las vías aéreas superiores. (12, 15, 25, 26, 27, 29) No se ha identificado ninguna afectación de las estructuras óseas y cartilaginosas subyacentes. (15, 19)

Esta enfermedad presenta una etiología y patogénesis incierta, aunque en el pasado era comúnmente asociada con el consumo severo de alcohol, se ha demostrado que

no existe una correlación significativa.<sup>(57)</sup> Actualmente, la causa real aún no está clara. Es seguro afirmar que esta enfermedad es multifactorial en su origen.<sup>(15)</sup>

El diagnóstico del Rinofima es habitualmente sencillo y está basado principalmente en las características clínicas del paciente. Se han informado por diversos investigadores<sup>(1, 8, 11, 14, 15, 21, 39, 43, 58, 59)</sup> la presencia de lesiones malignas en el tejido decorticado después de realizar el estudio histopatológico, y citan una incidencia del 3 al 10 % de carcinoma de células basales ocultos en pacientes con Rinofima. El carcinoma adenoide de células escamosas, el carcinoma de células escamosas, el adenoma sebáceo, el carcinoma sebáceo y el angiosarcoma cutáneo también se han diagnosticado histológicamente dentro del Rinofima.<sup>(8, 14, 19, 20, 42, 58)</sup>

Hay muchas enfermedades que puede imitar al Rinofima, por las similitudes en sus características clínicas entre las que se describen al linfoma,<sup>(10, 60)</sup> la sarcoidosis,<sup>(8, 10)</sup> granuloma facial eosinofílico,<sup>(61, 62, 63)</sup> metástasis de cáncer de pulmón<sup>(29, 58, 64, 65)</sup> y el schwannoma.<sup>(15, 58, 66)</sup> En áreas con leishmaniasis endémica, cualquier paciente que presente una inflamación progresiva de la nariz que se asemeja a un Rinofima debe despertar la sospecha de tener el parásito Leishmania.<sup>(10)</sup>

### **I.1.3. Tendencias del tratamiento quirúrgico**

Matton<sup>(29)</sup> y Rodich<sup>(58)</sup> describen la historia del tratamiento del Rinofima y citan los diferentes autores que han intervenido en la evolución del tratamiento quirúrgico.

- 1845, Dieffenbach reportó la eliminación del tejido Rinofimatoso en la forma de una escisión de corte cruzado con cierre primario del defecto.

- 1851, Von Langenbeck realizó la escisión el tejido blando hasta la base cartilaginosa permitiendo la sanación por granulación.
- 1864, Stromeyer retiró el tejido fimatoso y dejó los fundamentos o las bases de las glándulas sebáceas para que sirvieran como un nido para la epitelización y en 1876 Ollier lo llamó decorticación.
- 1912, Wood realizó la exéresis del Rinofima y el cubrimiento del defecto con un injerto de espesor parcial.
- 1920, Grattan describió la escisión del Rinofima preservando los colgajos de piel que estaban por encima y recolocando estos colgajos sobre el defecto.
- 1948, Berson describió la escisión completa del tumor Rinofimatoso y la cubierta del defecto acortando la nariz y haciendo avanzar la piel normal circundante.
- 1950, Farina, Rosenberg y Felsher defendieron la decorticación electroquirúrgica.
- 1980, Shapshay reportó el uso de láser de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) y Henning y Van Gemert, en 1983 reportaron el uso del láser Argón en el tratamiento de Rinofima.

Se ha descrito una amplia gama de enfoques quirúrgicos para el Rinofima y dado el grado de vascularidad, el desafío más significativo es mantener la hemostasia en el campo operatorio. (19, 67, 68, 69)

Las técnicas quirúrgicas se resumen en técnicas de escisión parcial, total y técnicas rinoplásticas. (69)

Las técnicas de escisión parcial, también llamadas "dermaplaning" (alisado dérmico), son técnicas que consisten en realizar una escisión tangencial superficial que llegue a la unidad pilosebácea, pero sin eliminar las estructuras anexas a partir de las cuales el nuevo epitelio se regenerará y sanará por segunda intención. (19, 70)

Se puede realizar una escisión parcial con bisturí, (5, 71, 72) maquinilla de afeitar, (71) escalpelo ultrasónico, (58) cuchillos calientes, (8, 58, 68) electrocirugía, (26, 69, 73) dermoabrasión mecánica, (74, 75) dermoabrasión con papel de lija de carburo de silicio estéril, (76, 77, 78) hidrocirugía Versajet, (68) ácido tricloroacético, (79) criocirugía, (80) y el láser, específicamente dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) y erbio: itrio-aluminio-Granate (Erb: YAG). (16, 21, 81)

Cada enfoque tiene ventajas y desventajas con respecto a la hemostasia, cicatrización, precisión del contorno y la histopatología. En general, no hay consenso en cuanto a qué técnica es óptima y los informes más recientes recomiendan una terapia de combinación para minimizar el riesgo de efectos adversos. (8, 19, 24, 68)

Las técnicas de escisión total facilita la eliminación completa del tejido enfermo que en última instancia reduce el riesgo de recurrencia y facilita el estudio histopatológico. (1, 72, 82) Una vez retirada la piel enferma se han descrito varios tipos de tratamiento entre los que se encuentran la reepitelización por segunda intención, el uso de injertos y el uso de los colgajos pediculados.

La reepitelización por segunda intención, (83, 84) es cuando se retira la piel respetando los cartílagos y el pericondrio con una cicatrización secundaria. Este método tiene

varias desventajas, como la curación prolongada, asimetría nasal, discromía y la falta de coincidencia de la textura de la piel. (1, 2, 8, 85)

Matton (29) plantea que la principal desventaja del uso de injertos son los problemas con el color de la piel y la necesidad de un sitio donante. Las zonas donantes más utilizadas son la retroauricular y la supraclavicular. La demora en la unificación del color de la piel puede ser hasta un año en el posoperatorio. (31, 75, 86)

La elección de los colgajos pediculados va a depender mucho de su localización y del tamaño del defecto. (87, 88) Los colgajos regionales tienen como ventajas que proporcionan suficiente tejido para cubrir grandes defectos nasales, (89, 90) pueden extenderse hasta la región de la columela y brindan buen aporte sanguíneo debido a su buena vasculatura. (91, 92) Entre los más usados se incluyen los diferentes colgajos frontales (93, 94, 95) y el colgajo nasolabial. (96, 97, 98)

Freeman (31) plantea que si el objetivo es restaurar la relación armónica de la nariz con el resto de la cara, entonces los cambios que se producen con el tratamiento de escisión parcial pueden ser inadecuados. La propuesta es realizar una planificación quirúrgica de acuerdo con el diagnóstico clínico.

Las técnicas rinoplásticas en el tratamiento del Rinofima se basan no solo en eliminar el tejido afectado sino que también se le brinda soporte a la punta nasal. El soporte y la armonía facial se logran a través de septoplastias, injertos en la columela, acortamiento nasal, suturas transcartilagosas e intercartilagosas, resección en cuña a nivel de las bases alares e injertos. (31, 69, 99, 100)

Se han descrito varias técnicas rinoplásticas asociadas al Rinofima entre las que se encuentran la rinoplastia cerrada o abierta, <sup>(99, 100)</sup> la técnica de Alas de Gaviota <sup>(31)</sup> y el método de subunidad. <sup>(12, 25, 69)</sup>

Desde su descripción en 1985 por Burget y Menick, <sup>(101)</sup> el principio de subunidades en la reconstrucción nasal posoncológica se ha incorporado como un paso esencial en la planificación preoperatoria dividiendo la nariz en nueve subunidades anatómicas. Estas son: dorso, punta, columela, dos alas, dos paredes laterales y dos triángulos blandos. <sup>(69)</sup>

El uso de la división nasal en subunidades anatómicas nasales cada vez se utiliza más en la reconstrucción postraumática y con fines cosméticos. El método de la subunidad para el tratamiento quirúrgico del Rinofima utiliza seis colgajos nasales. Los triángulos blandos y la columela quedan incluidos en el colgajo de la punta nasal. <sup>(8, 12, 25, 69)</sup>

La incisión se realiza siguiendo las uniones de las subunidades anatómicas nasales, luego se elevan los colgajos para retirar todo el tejido afectado. Cuando la punta de la nariz ha sido acortada, estrechada y elevada a su posición normal, los colgajos se modelan a la medida, se recortan y se suturan. El método de la subunidad aborda los 3 problemas fundamentales de la nariz fimatosa: tejidos sebáceos hipertróficos, exceso de piel y destrucción del soporte. <sup>(8, 12, 25, 69)</sup>

El diagnóstico del tipo, grado de afectación de la enfermedad y recursos disponibles, así como la preparación del profesional, guiará a la selección del tratamiento ideal para el paciente. Cada método tiene ventajas y desventajas y no hay un consenso de cuál es el tratamiento óptimo para el Rinofima.

Cuando el Rinofima severo cursa con dificultad respiratoria, pérdida del soporte de la punta con colapso de las válvulas nasales externas, las rinoplastias juegan un papel importante en la planificación quirúrgica del Rinofima.

## **I.2 Clasificaciones**

Pereira Dávalos y otros <sup>(3)</sup> han descrito seis clasificaciones para establecer el diagnóstico de Rinofima, cinco clasificaciones clínicas y una clasificación histopatológica.

### **I.2.1. Clasificación de Freeman**

Freeman <sup>(31)</sup> en 1970 publica el artículo "La rinoplastia reconstructiva para el Rinofima" donde realiza una revisión de casos clínicos de la enfermedad de 1939 a 1969 con 55 casos. Él plantea, que este estudio permitió una clasificación posiblemente forzada en 5 tipos planteando que el Rinofima puede variar en tipos, grados y extensión. De acuerdo con Rohrich, <sup>(58)</sup> esta clasificación se basa en la severidad de la enfermedad.

Descripción:

Tipos:

1. Vascular precoz.
2. Engrosamiento difuso moderado.
3. Tumor localizado temprano.
4. Engrosamiento difuso extenso.
5. Engrosamiento difuso extenso con tumor localizado.

Pereira Dávalos y otros <sup>(3)</sup> plantean que la descripción clínica de cada tipo solo se muestra mediante fotografías, y los términos utilizados son de difícil entendimiento para reproducir dicha clasificación.

Esta clasificación orienta al tratamiento. Establece que los tipos 1 y 2 son tratados por técnicas rinoplásticas y los tipos 3 al 5 con alisado dérmico y técnicas rinoplásticas, entre otras. <sup>(31)</sup> Los autores <sup>(3, 15, 58, 102)</sup> que la citan en sus estudios solo se limitan a mencionar los enunciados de los tipos de la clasificación.

Es la primera clasificación del Rinofima descrita, orienta al tratamiento, combinando tratamientos rinoplásticos y de escisión parcial pero en la literatura revisada no es utilizada por ningún autor para su investigación.

### **I.2.2. Clasificación de Clark**

Clark <sup>(32)</sup> publica en 1990 el artículo titulado " Electrocirugía en el tratamiento del Rinofima". Utiliza una muestra de trece pacientes y crea una nueva clasificación clínica la cual se basa en el espesor morfológico de la nariz.

Grupo 1: Los pacientes presentan hipertrofia de la punta de la nariz, sin involucrar los bordes alares. Estos crecimientos lobulares pueden ser muy grandes.

Grupo 2: El Rinofima tiene una hipertrofia de la mitad distal de la nariz. La punta, el ala y la piel sobre los cartílagos nasales distales están afectados.

Grupo 3: Pacientes que presentan nódulos en adicción a la hipertrofia de la mitad distal de la nariz.

Grupo 4: Los pacientes tienen una hipertrofia sebácea generalizada y se pueden extender desde la raíz de la nariz hasta los surcos nasogenianos.

Pereira Dávalos y otros <sup>(3)</sup> plantean que la clasificación de Clark es fácil de entender, se basa en la extensión clínica de la enfermedad, es reproducible pero no orienta de forma directa al tratamiento.

Jansen <sup>(103)</sup> cita la clasificación de Clark y plantea que esta clasificación no ha sido utilizada por muchos autores al evaluar la extensión de la enfermedad.

### **I.2.3. Clasificación de El-Azhary**

En 1991, El-Azhary <sup>(33)</sup> publica el artículo "Espectro de resultados después del tratamiento con láser de dióxido de carbono". Utiliza como variables tres grupos.

- Grupo de Rinofima menor: Telangiectasias, engrosamiento leve o cambios en la textura en la nariz
- Grupo de Rinofima moderado: Engrosamiento de la nariz y una formación temprana de lóbulos.
- Grupo de Rinofima mayor: Ambas cosas hipertrofia nasal y lóbulos prominentes.

Chauhan <sup>(15)</sup> plantea que el sistema de clasificación de El-Azhary en Rinofima menor, moderada y mayor está basado en el grado, presencia de hipertrofia y lóbulos presentes. Se utiliza con mayor frecuencia en estudios de tratamiento.

Diversos autores <sup>(2, 3, 17, 53, 79)</sup> de habla hispana utilizan términos de leve, moderada y severa para referirse a dicha clasificación.

Leve: telangiectasias e hipertrofia de la dermis.

Moderado: Hipertrofia y nodularidades pequeñas.

Severo: Nodularidades masivas.

Pereira Dávalos y otros<sup>(3)</sup> informan que el 21,9 % de los autores utilizan la clasificación de El-Azhary para el tratamiento del Rinofima, sobre todo el Rinofima severo pero realmente el leve, moderado o severo depende de la observación y el entrenamiento del especialista que lo trate ya que en la descripción de la clasificación se combinan elementos clínicos e histopatológicos.

#### **I.2.4. Clasificación histopatológica**

Tope<sup>(104)</sup> publica en el artículo "Variante fibrosa del Rinofima: Histopatología e inmunohistoquímica, de 1994 dos variantes del Rinofima.

La primera variante, la clásica o glandular<sup>(15)</sup> coincide con el cuadro histopatológico de la acné Rosácea típica y es el más común.<sup>(3, 4, 58)</sup>

En el Rinofima temprano se propone un mecanismo para la evolución de la enfermedad que comienza con una inestabilidad vascular en la piel, la salida de fluido hacia el interior del intersticio dérmico y se postula como iniciador de la inflamación y la fibrosis. La piel nasal se engrosa concurrentemente con una hiperplasia dermal y de las glándulas sebáceas, los conductos sebáceos dilatados se tornan quísticos, se condensan con el sebo, la fibrosis y la acantosis son prominentes y se observa un infiltrado linfocítico.<sup>(3)</sup>

El segundo grupo es la variante fibrosa, la cual es muy rara. <sup>(3, 4)</sup> Presenta menos inflamación, una dermis más engrosada, epidermis más fina, una pérdida real de las unidades sebáceas reconocibles y una telangiectasia dermal difusa. Se propone que en el Rinofima severo las unidades sebáceas pueden ser obliteradas por un edema persistente y fibrosis. Los hallazgos histopatológicos del Rinofima severo son similares a los del linfedema y la elefantiasis. <sup>(3, 4, 58)</sup>

Pereira Dávalos y otros <sup>(3)</sup> citan a Schüürmann, el cual informa en el estudio "Histopatología del Rinofima, correlación clínico patológica", que no hubo diferencias histopatológicas significativas entre los grupos clasificados con las diferentes expresiones clínicas. Una forma de Rinofima exclusivamente fibrótica no parece existir y podría ser el resultado de un error de muestreo basado en pequeñas biopsias estudiadas.

### **I.2.5. Clasificación de la Rosácea**

La prevalencia de la Rosácea varía entre el 5 % al 46 %.<sup>(105)</sup> El diagnóstico diferencial es amplio y el tratamiento varía según la etapa de la Rosácea. Puede comenzar con una dilatación de las estructuras capilares y eritema fugaz, posteriormente se desarrollan telangiectasias y máculas eritematosas persistentes, especialmente en región geniana y la nariz. <sup>(106, 107)</sup> En casos más severos, ocurre el desarrollo de pústulas y el crecimiento desfigurante de las glándulas sebáceas hiperplásicas en la nariz y otras regiones faciales. <sup>(108, 109)</sup>

Aunque se ha observado con mayor frecuencia en pacientes de piel clara, la Rosácea también se ha diagnosticado en asiáticos, afroamericanos y africanos. <sup>(110)</sup> Afecta

principalmente a adultos alrededor de los 30 a 50 años y predominantemente a mujeres. <sup>(110, 111)</sup>

Wilkin, <sup>(112)</sup> en el 2002 publica la clasificación de la Rosácea, validada por la Sociedad Nacional de la Rosácea en los Estados Unidos, donde se clasifica la Rosácea con base en las características morfológicas, en cuatro subtipos principales. En el 2004 se añade que cada subtipo puede ser leve moderado o severo. <sup>(113)</sup>

Subtipo I: Eritemato-telangiectásica.

La Rosácea eritemato-telangiectásica se caracteriza principalmente por un eritema facial transitorio (rubor), combinado con un fondo de eritema centrofacial persistente. La aparición de telangiectasias es común pero no esencial para un diagnóstico de este subtipo. También se puede informar de edema facial central, sensación de escozor, ardor, aspereza o descamación. Un historial de enrojecimiento solo es común entre los pacientes que presentan Rosácea. <sup>(114, 115, 116)</sup>

Subtipo II Rosácea papulopustular.

La Rosácea papulopustular se caracteriza por un eritema facial persistente central con pápulas o pústulas transitorias o ambas en una distribución facial central. Los pacientes con Rosácea papulopustular pueden informar sobre sensaciones de ardor y escozor. Las telangiectasias pueden estar ocultas por un eritema persistente, pápulas o pústulas. <sup>(117, 118, 119)</sup>

Subtipo III: Rosácea fimatosa.

La Rosácea fimatosa incluye engrosamiento de la piel, nodularidades superficiales irregulares y agrandamiento. <sup>(120, 121)</sup> Las fimas han sido nombradas de acuerdo con el sitio de ocurrencia: Rinofima, comúnmente visto en la nariz; Gnatofima, en el mentón; Metofima, en la frente; Otofima, cuando uno o ambos pabellones auriculares están involucrados y Blefarofima, cuando se observa en los párpados. <sup>(122, 123, 124)</sup> Puede estar acompañado de signos de la Rosácea; pero en algunos pacientes, los signos de Rosácea en el resto de la cara pueden ser muy leves o ausentes. <sup>(3, 29,122)</sup>

#### Subtipo IV: Rosácea ocular

El diagnóstico de Rosácea ocular debe considerarse cuando los ojos presentan uno o más de los siguientes signos y síntomas: sensación de quemazón, sensación de escozor, fotosensibilidad, sensación de cuerpo extraño, disfunción e inflamación de las glándulas de Meibomio, conjuntivitis, telangiectasias en borde palpebral, telangiectasias en conjuntiva interpalpebral. <sup>(125)</sup> También, se requiere de un examen oftalmológico, para el diagnóstico de queratitis, infiltrados córneos, y escleritis. <sup>(125, 126, 127)</sup>

Varios autores <sup>(125, 128, 129)</sup> informan la nueva clasificación de la Rosácea validada por el panel internacional del consenso de Rosácea en el 2017, donde se propone una estrategia de clasificación diferente y hubo un cambio de subtipos a fenotipos.

En resumen, los cambios fimatosos y el eritema centro-facial persistente se consideran las únicas características principales de diagnóstico de la Rosácea, mientras que el rubor, las telangiectasias, las pápulas y pústulas inflamatorias, solo en combinación con los diagnósticos principales, pueden sugerir el diagnóstico de Rosácea. El dolor

punzante o ardiente, el edema, el escozor y la sensación de sequedad se definen como características secundarias de la Rosácea. <sup>(110, 130, 131)</sup>

Pereira Dávalos y otros <sup>(3)</sup> plantean el 63,4 % de las investigaciones consultadas, describen al Rinofima como un subtipo de la Rosácea, pero como describe Matton, <sup>(29)</sup> muchos pacientes acuden a consulta por la preocupación estética de su nariz y nunca han presentado un cuadro de Acné Rosácea.

La clasificación antes expuesta muestra un método excelente para describir la enfermedad de la Rosácea, pero el subtipo tres, la Rosácea fimatosa describe todas las fimas faciales de forma general, es decir, la Rinofima, la Metofima, la Otofima, la Gnatofima y Blefarofima, pueden ser leves, moderadas o severas. Realiza la clasificación de acuerdo con la afectación clínica y la severidad pero no orienta al tratamiento. <sup>(3)</sup>

#### **I.2.6. Clasificación de Wetzig**

Wetzig <sup>(34)</sup> informa que se han propuesto varias clasificaciones basadas en la extensión clínica del Rinofima, las cuales no son adecuadas para evaluar el curso clínico de la enfermedad, y en el 2013 publica un artículo donde evalúa el tratamiento de escisión parcial con bisturí en treinta y tres pacientes y clasifica la muestra con el nuevo índice de gravedad del Rinofima donde se describen seis tipos de Rinofima.

Tipos:

0: No hay evidencia de Rinofima.

1: Engrosamiento leve de la piel.

2: Engrosamiento moderado de la piel.

3: Engrosamiento fuerte de la piel, pequeños lóbulos.

4: Lóbulos con fisuras.

6: Rinofima gigante.

Se otorga punto extra en presencia de fuerte asimetría, quistes múltiples o vasos.

Chauhan <sup>(15)</sup> plantea que este índice, clasifica la enfermedad según el grado de engrosamiento de la piel, la presencia de lóbulos y fisuras y, en segundo lugar, la presencia de asimetría prominente, quistes o vasos. Este sistema de clasificación comunica la gravedad de la enfermedad, pero no guían una modalidad de tratamiento en particular.

Pereira Dávalos y otros <sup>(3)</sup> concluyen que el índice de severidad del Rinofima clasifica mediante fotografías con una puntuación de acuerdo con la afectación dérmica observada, utiliza los términos de leve, moderada, fuerte vistos en otras clasificaciones y no orienta al tratamiento.

### **I.3 Especialidades quirúrgicas asociadas al Rinofima**

El Rinofima es diagnosticado y tratado por cuatro especialidades quirúrgicas de la región facial, Dermatología, Cirugía Plástica y Caumatología, Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial.

Pereira Dávalos y otros <sup>(3)</sup> en una revisión de la literatura acerca de las clasificaciones del Rinofima, de todas las revistas y libros analizados, se observa que las revistas

Plastic and Reconstructive Surgery, Journal of the American Academy of Dermatology y Aesthetic Plastic Surgery fueron las que aportaron más artículos a la revisión. El mayor número de publicaciones son de especialistas en Dermatología, seguidos de especialistas en cirugía Plástica y Caumatología después la especialidad de Otorrinolaringología y por último la especialidad de cirugía Maxilofacial. En el contexto nacional las pocas publicaciones de presentaciones de casos son de la especialidad de cirugía Maxilofacial.

En la literatura revisada a nivel internacional, la especialidad de Dermatología utiliza fundamentalmente tratamiento no quirúrgico y técnicas de escisión parcial. Thiboutot <sup>(132)</sup> ha publicado una actualización sobre las opciones de tratamiento estándar para la Rosácea y plantea que los tratamientos más efectivos para las fimas, incluyen láseres ablativos, acero frío, electrocirugía y radiofrecuencia, es decir, técnicas de escisión parcial, pero existen múltiples tipos de tratamientos para el Rinofima, donde se aplican técnicas de reconstrucción nasal posoncológica como el uso de injertos, colgajos, así como técnicas rinoplásticas. La especialidad de Cirugía Plástica y Caumatología desarrolla todas las variantes de tratamiento, es decir, utilizan técnicas de escisión parcial, <sup>(1, 23, 29)</sup> total <sup>(98)</sup> y técnicas rinoplásticas. <sup>(12, 31, 25, 58)</sup> La especialidad de Otorrinolaringología utiliza técnicas de escisión parcial y total <sup>(8, 13, 63)</sup> y la especialidad de Cirugía Maxilofacial técnicas de escisión parcial. <sup>(133)</sup>

En Cuba, ninguna de las especialidades han descrito alguna clasificación para el diagnóstico y tratamiento del Rinofima, solo la especialidad de Cirugía Maxilofacial,

presenta en la literatura revisada cinco publicaciones de casos, donde se utiliza la técnica de escisión parcial, <sup>(9, 14, 80)</sup> total, <sup>(2)</sup> así como técnicas rinoplásticas. <sup>(69)</sup>

#### **I.4 Diseño y validación en investigaciones de salud**

El valor de un estudio investigativo depende de que la información refleje lo más fidedignamente el evento investigado, y crea una base real para obtener un producto investigativo de calidad. La problemática al momento de la recolección de datos, se centra en el diseño y construcción de los instrumentos a emplear con esta finalidad, de manera que permitan recabar información válida y confiable. Las consideraciones específicas a tomar en la evaluación de un cuestionario son la validez, confiabilidad y la utilidad práctica. <sup>(134)</sup>

##### **I.4.1. Validez**

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, <sup>(135)</sup> es decir, aquello para lo que ha sido diseñado. Es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada. <sup>(41)</sup>

Rodríguez Soto y Morales Navarro <sup>(41)</sup> plantean que la elevada cantidad de artículos científicos que han utilizado instrumentos basados en escalas de medición, lo referente a su proceso de diseño y la validación en salud, sigue presentando limitaciones relacionadas con la falta de claridad en algunas comunidades académicas sobre los criterios que deben evaluarse. Existe ausencia de consenso sobre el método de construcción y validación de las escalas y subyacen diversos enfoques metodológicos con este fin.

Dentro de los tipos de evidencia de validez se destacan la evidencia relacionada con el contenido, la evidencia relacionada con el criterio y la evidencia relacionada con el constructo. La validez total es cuando los tres tipos de evidencia están presente en el instrumento de medición <sup>(41,135)</sup>

Al analizar la validez de contenido se evalúa si los ítems que se han usado para construir el cuestionario son relevantes para el uso que se le pretende dar al instrumento, o sea, si todos los ítems están dentro del dominio de interés. <sup>(41,135)</sup>

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se quiere medir, se trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del universo de contenido, de la característica o rasgo que se quiere medir. <sup>(134, 135, 136)</sup>

Hay que considerar que, la validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente, es más bien una cuestión de juicio. Se estima de manera subjetiva o intersubjetiva y se emplea, usualmente, el denominado juicio de expertos. <sup>(135)</sup>

El criterio de expertos, consulta a expertos, comité de expertos o juicio de expertos ocupa un lugar importante entre los métodos de investigación empírica en las ciencias particulares. Se basa en la consulta a personas que tienen profundos conocimientos sobre el objeto de estudio, para lograr, con el juicio colectivo, una visión verosímil del futuro. Cada experto puede aportar la idea que tiene sobre el tema debatido basado en sus conocimientos teóricos y su experiencia práctica. La aplicación de los métodos basados en la opinión de expertos ha imperado en las ciencias a través de la historia

y se ha incrementado su uso. Se sustenta en las premisas de la supremacía del pensamiento y el conocimiento colectivo sobre el individual. <sup>(137)</sup>

Cruz Rodríguez, <sup>(137)</sup> entiende por experto a un individuo, grupo de personas u organizaciones capaces de ofrecer con un máximo de competencia, valoraciones conclusivas sobre un determinado problema, hacer pronósticos reales y objetivos sobre efecto, aplicabilidad, viabilidad, y relevancia que pueda tener en la práctica la solución que se propone y brindar recomendaciones sobre qué hacer para perfeccionarla.

Los métodos de aceptación por expertos son ampliamente utilizados en las investigaciones de salud. El juicio de expertos es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación, es una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en este, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones. Tras someter un instrumento a la consulta y al juicio de expertos éste ha de reunir dos criterios de calidad, la validez y fiabilidad, la tarea del experto se convierte en una labor fundamental para eliminar aspectos irrelevantes, incorporar los que son imprescindibles y modificar aquellos que lo requieran. <sup>(136, 138)</sup>

En algunos escenarios se han empleado indistintamente como equivalentes los métodos criterio de expertos y criterio de especialistas. Es importante diferenciarlos ya que el término especialista se relaciona con el ejercicio de la profesión en la práctica de una determinada rama de la ciencia. El experto puede ser un especialista con máxima competencia, pero un especialista no tiene necesariamente que poseer la

máxima competencia. Es importante notar también que en la definición de experto no se hace alusión a los títulos, funciones o jerarquías de los supuestos expertos, los cuáles serán elegidos por su capacidad de encarar el futuro. <sup>(137)</sup>

La aplicación del método criterio de expertos se ha convertido en uno de los puentes más transitados por la mayoría de los doctorados a la hora de validar algún componente de la investigación. Por esta razón es que la mayoría de las tesis presentan este método como instrumento para la determinación de la experticia y para la consulta a expertos. <sup>(139)</sup>

Para esta actividad pueden emplearse diversos instrumentos y vías. Puede recogerse la información por escrito, de forma oral (poco frecuente), de forma individual, de forma grupal, con relación a las tecnologías de la información y las comunicaciones o sin ellas. Las posibilidades son bastante amplias: entrevistas individuales, entrevistas grupales, encuestas, matrices de evaluación, listas de chequeo, listas de valoración de determinadas características referidas al objeto o fenómenos a evaluar, entre otras. La selección depende del objeto a evaluar, el objetivo que persiga el evaluador y la facilidad de acceso a los expertos. <sup>(134,137)</sup>

#### **I.4.2. Juicio de expertos. Métodos**

Los juicios de expertos se pueden obtener por métodos grupales o por métodos de experto único. <sup>(134, 136, 137)</sup> Los métodos más usados para recoger y procesar los criterios de los expertos se presentan a continuación:

##### **I.4.2.1. Ábaco de Régnier**

Método de consulta a expertos de corte cualitativo donde el procesamiento estadístico se reduce al mínimo para interrogar a los expertos y tratar sus respuestas en tiempo real o por vía postal a partir de una escala de colores. En él, la escala ordinal se sustituye por una de decisión coloreada que también es ordinal. La interpretación usual es la siguiente: «Rojo, En desacuerdo total o Muy desfavorable»; «Rosado, En desacuerdo o Desfavorable»; «Amarillo, Parcialmente de acuerdo o Neutro»; «Verde claro, De acuerdo o Favorable»; «Verde oscuro, De acuerdo totalmente o Muy favorable»; «Blanco, Desea participar, pero no tiene opinión»; «Negro, No desea participar». Con este método no es el consenso lo que se busca; su objetivo es reducir incertidumbre, confrontar puntos de vista y tomar conciencia de la variedad de opiniones. El ábaco existe en una versión manual de un tablero y plaquetas magnéticas con los diferentes colores. También hay una versión automatizada para uso desde ordenadores personales. <sup>(137)</sup>

#### **I.4.2.2. Método de la preferencia**

Es el método más empleado por su exactitud, objetividad y rapidez. Mediante este método el experto sitúa los aspectos evaluados según la encuesta o guía elaborada por el investigador en orden numérico descendente de calidad, es decir, el lugar que ocupa cada uno de los aspectos de la guía, según el nivel de calidad, asignando el mayor número a la mayor calidad y el menor número a la menor calidad. <sup>(137)</sup>

El lugar está determinado por la cantidad de puntos acumulados: mientras mayor sea el total de puntos más alto será el lugar ocupado, es decir, será mayor la calidad del resultado evaluado; generalmente las respuestas de los expertos en este método se

evalúan mediante una escala ordinal que oscila desde un mínimo (generalmente 0 o 1 punto) y un máximo (5; 10 o 100 puntos). <sup>(137)</sup>

#### **I.4.2.3. Método de comparación por pares**

En este método se le da a cada experto una tabla de contingencia en la que se encuentran ubicados los aspectos a evaluar. Cada celda de la tabla guarda relación con dos aspectos comparados y en ella se coloca el número de ellos que, a juicio del experto, mejor se refleja o manifiesta en el resultado objeto de evaluación. Se les presenta una lista de enunciados sobre los cuales los sujetos evaluadores no responderán con su opinión a los enunciados o ítems, sino que hacen de jueces para discriminar la favorabilidad de esos enunciados, es decir, no expresan su opinión sobre la afirmación que se les presenta, lo que manifestarán será el grado de favorabilidad que expresan los enunciados con respecto al objeto de que tratan. <sup>(137)</sup>

#### **I.4.2.4. Agregado Individual**

Mediante este método se pide individualmente a cada experto que dé una estimación directa de los ítems del instrumento. Este es un método económico porque, al igual que el método Delphi, no exige que se reúna a los expertos en un lugar determinado. Puede parecer un método limitado porque los expertos no pueden intercambiar sus opiniones, puntos de vista y experiencia, ya que se les requiere individualmente; no obstante, esta limitación puede ser precisamente lo que se esté buscando para evitar los sesgos de los datos ocasionados por conflictos interpersonales, presiones entre los expertos. <sup>(134)</sup>

#### **I.4.2.5. Método Delphi**

Consiste en la organización de un intercambio anónimo entre los expertos consultados individualmente, mediante cuestionarios, dirigido a obtener un consenso general o, al menos, los motivos de la discrepancia. La confrontación de las opiniones se lleva a cabo mediante una serie de interrogantes sucesivas, entre cada una de las cuales la información obtenida sufre un procesamiento estadístico. <sup>(137)</sup>

Se caracteriza por el anonimato, ningún experto conoce la identidad de los otros que componen el grupo de debate. La iteración y realimentación controlada se consigue al presentar varias veces el mismo cuestionario, lo que permite que los expertos vayan conociendo los diferentes puntos de vista y puedan modificar su opinión. Respuesta del grupo en forma estadística, es decir, la información que se presenta a los expertos contiene todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido. <sup>(137)</sup>

Las desventajas del Método Delphi, consisten en su elevado costo, y el prolongado tiempo de ejecución. Requiere participación masiva para garantizar la significación estadística de resultados; exige alto grado de correspondencia del grupo con los temas tratados, sesgos en la elección correcta de los participantes y elevado número de deserciones debido al tiempo. <sup>(137,138)</sup>

#### **I.4.2.6. Método Grupo Nominal**

En técnica de grupo nominal el primer paso es reunir a los expertos entre cinco y doce participantes para pedirles que registren, individualmente y sin intercambiar opiniones, sus propias puntuaciones y consideraciones respecto a las probabilidades de error para cada una de las preguntas o tareas que se les detallan. Después, cada experto expone a los demás las puntuaciones y principales consideraciones registradas y al

acabar esta ronda, se establecen las coincidencias del grupo. Luego se realiza un debate de cada uno de los apartados de esta. Finalmente, cada experto, de manera individual y por escrito, puntúa y argumenta cada tarea o pregunta considerada. <sup>(138)</sup>

En general, se procede como con el método Delphi, solo que en esta técnica se permite algún debate entre los expertos, para que aclaren y compartan la información que cada uno está considerando. Aunque hay intercambio de pareceres, los juicios se emiten de forma individual y la estimación final suele ser la media aritmética del conjunto de las estimaciones dadas por los expertos. El éxito de la técnica depende, por una parte, de la habilidad y la experiencia del moderador del grupo y de la buena voluntad de los expertos para trabajar juntos en un marco altamente estructurado. <sup>(134, 138)</sup>

#### **I.4.2.6. Método del Consenso Grupal**

Se reúne a los expertos en un lugar determinado, se indica al grupo que su tarea consiste en lograr una estimación de la pertinencia y otros aspectos relacionados con la elaboración de los ítems, que sea satisfactoria para todos los expertos. Con estas instrucciones se maximizan los intercambios de información y opiniones dentro del grupo de expertos. Si el grupo no logra un consenso, puede intentarse un consenso artificial recogiendo las estimaciones individuales y sintetizándolas estadísticamente. Este método, como el anterior, también precisa que el grupo de expertos sea pequeño, se fomente la libre expresión y se eviten las discusiones tensas y los sistemas de votación. <sup>(134)</sup>

El grado de experticia, es decir, de la combinación de experiencia y pericia de los especialistas participantes en la evaluación del instrumento influye decisivamente en

la exactitud y fiabilidad de los criterios que ellos ofrezcan. <sup>(135)</sup> Su correcta aplicación depende de los criterios de selección y del número adecuado de los mismos. En cuanto a los procedimientos de elección de los expertos, los autores indican una diversidad que incluye desde los que no implican ningún filtro de selección, como en los casos de afinidad o cercanía entre el experto y el investigador, hasta los que utilizan una serie de criterios estructurados como son el Biograma o el Coeficiente de Competencia Experta. <sup>(41,140)</sup>

El Biograma, se elabora una biografía del experto en función de sus respuestas sobre aspectos de su trayectoria. Para la obtención del Coeficiente de Competencia experta, se parte de las personas que inicialmente se han considerado expertos para que con su opinión y autovaloración indiquen su nivel sobre el conocimiento acerca del objeto de investigación, así como de las fuentes que les permiten argumentar dicho nivel y justificarlo. <sup>(141,142)</sup>

Por lo que atañe al número de expertos necesarios, no hay un acuerdo unánime para su determinación. La selección del número de expertos depende de aspectos como la facilidad para acceder a ellos o la posibilidad de conocer expertos suficientes sobre la temática objeto de la investigación. Por otra parte, también se señala que el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. <sup>(136)</sup>

En lo referente a la determinación de expertos, no existe un consenso sobre el número óptimo de expertos. Jiménez Quintana <sup>(140)</sup> cita varios autores entre ellos Pawlowski, quien propone un tamaño de panel comprendido entre los diez y los 18 expertos, Malla

establece que debe ser entre 15 y 25 expertos y Landeta un número máximo de 30 expertos.

Cruz Rodríguez <sup>(137)</sup> plantea que en lo referente al número de expertos finales, que deben ser utilizados en un estudio evaluativo, es preciso señalar que no hay un acuerdo unánime para su determinación. Se ha planteado que la cantidad mínima de expertos a emplear será de tres, mientras que la máxima será de 50; sin embargo, se reconoce que en algunos casos se puede recurrir a un número mayor en función de los objetivos del estudio. No obstante, se estima que el número óptimo de expertos a seleccionar debe de estar entre 15 y 30. En el método de agregado individual el número de expertos recomendable es de siete o más, pero siempre en número impar.

#### **I.4.3. Fiabilidad**

Es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. La fiabilidad evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir. Un instrumento es fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares. <sup>(136)</sup>

La fiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0, significando ausencia de correlación, a 1 que es una correlación perfecta. Ningún instrumento presenta el máximo grado de correlación en las distintas situaciones; por ello, es necesario determinar el grado de correlación aceptable. El margen aceptable para los coeficientes de fiabilidad se sitúa entre 0,7 y 0,92. <sup>(136)</sup>

Capote Femenias <sup>(143)</sup> plantea que los resultados inferiores a 0,60 se consideraron indicativos de una pobre correlación entre los ítems, y aquellos por encima de 0,95, de una redundancia o duplicación de ítems.

No hay que olvidar que una fiabilidad alta no es sinónimo sin más de calidad porque puede faltar lo que es más importante, la validez. La fiabilidad se puede estimar por cuatro medios: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento. <sup>(136)</sup>

La consistencia interna mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. Este método es el más utilizado para medir la fiabilidad de los instrumentos. Hay varias técnicas para medirla como son la fiabilidad mitad y mitad, el coeficiente alfa de Cronbach y la técnica de Kuder-Richardson. <sup>(137)</sup>

El más utilizado es el coeficiente alfa de Cronbach que mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario valorando cómo los diferentes ítems del instrumento miden las mismas características. Se considera el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia y proporciona los datos de la técnica de la fiabilidad mitad y mitad. <sup>(137)</sup>

Mateu López <sup>(135)</sup> plantea que el método de consistencia interna, basado en el coeficiente alfa de Cronbach global, permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo.

Díaz Ferrer y otros <sup>(139)</sup> en el estudio del método criterio de expertos en las investigaciones educacionales: visión desde una muestra de tesis doctorales, informa el amplio uso y aplicación del método criterio de expertos en Cuba, de 600 tesis

doctorales estudiadas, el método aparece en el 63 % utilizado en alguna parte de la tesis solo bajo el nombre «método criterio de expertos». Bajo cualquier otro nombre, por ejemplo, «criterio de especialistas» o «consulta a expertos», aparecen 33 tesis más, que alcanzan el 68,5 % entre todas las denominaciones. <sup>(139)</sup>

Cruz Rodríguez <sup>(137)</sup> plantea que es preciso señalar que no es infrecuente encontrar algún investigador que, ya en el proyecto o en el informe final de la investigación, plantee que se efectuó la aplicación del método Delphi cuando en realidad solo se solicitó el juicio de expertos en una oportunidad. El método de consulta a expertos de agregado individual es muy importante y de utilización muy frecuente en la literatura.

El criterio de expertos como estrategia de evaluación presenta una serie de ventajas consistentes en que la información disponible está siempre más contrastada que aquella de la que dispone el participante mejor preparado; y que el número de elementos, que considera el grupo, es mayor que el que podría ser tenido en cuenta por una sola persona lo que incide en la teórica alta calidad de la respuesta obtenida y el alto nivel de profundización en la valoración que se ofrece. Es de gran utilidad para determinar el conocimiento sobre contenidos o temas difíciles, complejos, novedosos o poco estudiados. Además no es despreciable la relativa facilidad de su puesta en acción, la no exigencia de muchos requisitos técnicos y humanos para su ejecución y la posibilidad de utilizar diferentes estrategias para la recolección de la información.

<sup>(137)</sup>

Los métodos de expertos también tienen inconvenientes que se pueden resumir en tres aspectos. Primero, que la desinformación que presenta el grupo es como mínimo

tan grande como la que presenta cada individuo aislado; aunque supuestamente la falta de información de unos participantes es solventada con la que aportan otros, no se puede asegurar que esto suceda. Segundo, que el grupo hace de su supervivencia un fin, lo que puede conducir a la consecución de acuerdos en lugar de una buena previsión; algunos grupos pueden ser vulnerables a la posición y personalidad de algunos de los integrantes por lo que la presión social que se ejerce sobre sus participantes puede provocar acuerdos con la mayoría en los que triunfa el argumento más citado (aunque pudiera ser erróneo), en lugar de ser el más válido. Tercero, puede existir un sesgo común a todos los participantes en función de su procedencia o su cultura lo que causaría la no aparición en el debate de aspectos influyentes en la evolución. <sup>(137)</sup>

Los métodos investigativos de opinión de expertos ocupan un importante papel en las ciencias. Pese a sus desventajas, estos métodos poseen innumerables ventajas que han contribuido a su difusión. La precisión de los juicios de expertos depende tanto de la correcta selección de los jueces a participar (en cuanto a la cantidad, las cualidades y experiencia en el tema de estudio), como de las características de la tarea investigativa y la correcta selección del método e instrumentos de recolección de la información. <sup>(137)</sup>

#### Conclusiones del capítulo I

Se realizó una valoración de los principales referentes teóricos obtenidos en la revisión bibliográfica que permitió el estudio de la enfermedad del Rinofima. Dentro de la misma se profundizó en los antecedentes históricos de la enfermedad, las características

histopatológicas, epidemiológicas y clínicas así como las tendencias en su manejo, también se describen las clasificaciones existentes del Rinofima, especialidades que se encargan del tratamiento quirúrgico a nivel internacional y en Cuba, así como los aspectos teóricos necesarios para el diseño y validación de instrumentos.

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

En el capítulo se exponen, el tipo de estudio realizado, los criterios para la definición del universo, los métodos de investigación, la operacionalización de las variables, así como el análisis estadístico y las consideraciones éticas.

### **II.1 Clasificación y contexto de la investigación**

El trabajo se clasifica como una investigación de desarrollo e innovación tecnológica, cuyo proyecto tecnológico ofrece, como producto, una clasificación clínica del Rinofima que contribuya al diagnóstico integral de la enfermedad. La investigación se realizó en la Facultad de Estomatología y escenarios hospitalarios de La Habana en el período comprendido de 2018 hasta el año 2021. Transitó por etapas y fases que discurren desde el diagnóstico de la situación existente en la caracterización clínica del paciente con Rinofima, el estado del arte en las clasificaciones clínicas del Rinofima y su evaluación, el análisis, presentación de la propuesta y la validación de la misma. Se trabajó sobre la base de un enfoque mixto de investigación de salud y se estructuró en tres etapas.

### **II.2 Etapas de la investigación**

Primera Etapa. Diagnóstico de la situación existente en el Rinofima.

Fase I. Diagnóstico de la situación existente en la caracterización clínica del Rinofima.

Incluye el primer objetivo.

Fase II. Evaluación de las clasificaciones existentes del Rinofima. Incluye el segundo objetivo.

Segunda Etapa. Diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima. Incluye el tercer objetivo.

Tercera Etapa. Validación de la propuesta de clasificación del Rinofima. Incluye el cuarto objetivo.

Fase I. Validación por expertos

Fase II. Validación por usuarios

### **II.3 Métodos de investigación**

Para conformar el marco teórico referencial de la investigación, el instrumento propuesto y los resultados presentados se emplearon las operaciones lógicas del pensamiento: análisis, y síntesis, abstracción, generalización, inducción, deducción, necesarias para la revisión de diferentes fuentes bibliográficas vinculadas al tema.

#### **II.3.1. Indagaciones de nivel teórico**

- Histórico-lógico: permitió el acercamiento a los referentes históricos metodológicos teóricos, lo que permitió estudiar el problema de investigación en el tiempo, en el contexto local, nacional e internacional, así como conocer las tendencias sobre el diagnóstico clínico del Rinofima, las clasificaciones existentes, su relación con los tratamientos que realizan las diferentes especialidades médicas que se dedican a su estudio así como la actitud de la comunidad científica en diferentes momentos históricos concretos.
- Análisis y síntesis: Se realizó un análisis minucioso y pormenorizado que viabilizó la crítica de las fuentes consultadas, la búsqueda de relaciones entre

los componentes teóricos, la elaboración del procedimiento y el análisis de los resultados. La síntesis es la unión de los elementos analizados para llegar a las conclusiones de la investigación.

- **Sistematización:** La sistematización de la experiencia de la autora, permitió la reconstrucción y reflexiones analíticas de varias experiencias que facilitó obtener conocimientos consistentes desde la práctica, su correlación con la sistematización teórica, de datos y diseños, facilitó la identificación, el ordenamiento de regularidades relacionadas con el tema de investigación.
- **Sistémico estructural funcional:** Posibilitó establecer y analizar los componentes, etapas y momentos de la metodología propuesta para el diseño del instrumento y su evaluación.

### **II.3.2. Indagaciones del nivel empírico**

Del nivel empírico:

**Observación:** Permitted describir atributos esenciales de la entidad estudiada, ordenar y agrupar en tipos de Rinofima de acuerdo con las características clínicas de los pacientes.

**Encuesta:** Se utiliza la encuesta mediante el método del grupo nominal para llegar a consenso en el formato y contenido de la clasificación, también se utiliza mediante el método de experto Agregado Individual para llegar a opiniones de los expertos sobre la propuesta de la clasificación. **Cuestionario:** Se utiliza el cuestionario mediante el método de usuario directo, como prueba piloto de la propuesta de clasificación.

### **II.4 Primera Etapa. Diagnóstico de la situación existente en el Rinofima.**

## **II.4.1. Fase I. Diagnóstico de la situación existente en la caracterización clínica del Rinofima.**

### **II.4.1.1. Clasificación de la investigación**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el servicio de cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "General Calixto García", en el período comprendido de enero de 2018 a enero de 2020, para determinar las características clínicas que intervienen en el diagnóstico integral de la enfermedad.

### **II.4.1.2. Universo**

Se estudió el universo que estuvo conformado por 60 pacientes que asistieron a consulta de cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "General Calixto García", con el diagnóstico clínico de Rinofima. Además de obtener el consentimiento informado para participar en el estudio. (Anexo 1)

### **II.4.1.3. Métodos de recolección de datos**

Fue llevado a cabo por la autora de la investigación, la información se obtuvo mediante la Historia Clínica del paciente, y el examen clínico por observación directa. Se utilizó el sillón dental, con iluminación artificial, examinando la región nasal en la vista frontal, lateral y basal. Los datos obtenidos fueron vaciados en un modelo de recolección de la información confeccionado por la autora. (Anexo 2)

### **II.4.1.4. Operacionalización de las variables**

Para responder al primer objetivo, las variables fueron definidas conceptualmente como sigue:

1. Edad: La información se obtuvo en años cumplidos en el momento del examen clínico, se determinó la edad de forma cuantitativa continua llevada a escala y se confeccionaron los siguientes grupos de edades. Menor de 50, 50 - 59, 60 y más.
2. Sexo: En relación con el sexo biológico se utilizó la variable cualitativa nominal dicotómica. Escala: Femenino y masculino.
3. Textura: En relación con la superficie se utilizó la variable cualitativa nominal dicotómica lisa, con una superficie regular y uniforme de crecimiento, y rugosa por la presencia de superficie irregular. Escala: Lisa o rugosa.
4. Lesiones de aspecto maligno. Se utilizó una variable cualitativa nominal dicotómica, en relación con la lesión de aspecto clínico ulcerado, nodular sobre la superficie de la piel fimatosa. Escala: Si o no.
5. Columela. En relación con la posición de la columela debido al crecimiento del tejido fimatoso, se utilizó una variable cualitativa nominal politómica. Escala: Estable, desviada y no visible.
6. Orificios nasales. En relación con la forma de los orificios nasales debido al crecimiento fimatoso, se utilizó una variable cualitativa nominal politómica. Escala: Simétricos, asimétricos y no visibles.
7. Contorno nasal. En relación con el contorno nasal de la nariz, visto en los tres planos estudiados, de frente, lateral y basal, se utilizó una variable cualitativa nominal dicotómica. Escala: Mantenido y perdido.

8. Extensión: Se utilizó una variable cuantitativa discreta, según la cantidad de subunidades involucradas en el proceso rinofimatoso. Son siete subunidades. (Los triángulos blandos quedan incluidos en la subunidad de la punta nasal). Escala: Uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete.

#### **II.4.1.5. Técnicas y procedimientos**

En la consulta de cirugía Maxilofacial, a cada individuo se le explicó, verbalmente, en qué consistía el estudio, y se le extendió el acta de consentimiento informado (Anexo 1) para su lectura y análisis. Solo fue incluido en la investigación aquel paciente que accedió de forma voluntaria a colaborar, cuya constancia se validó a través de la firma del consentimiento informado.

Método estadístico: Las variables del estudio se expresaron según sus respectivas medidas de resumen en números enteros y por cientos. Los resultados finales de la investigación fueron expuestos en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

#### **II.4.2. Fase II. Evaluación de las clasificaciones existentes del Rinofima.**

##### **II.4.2.1. Diagnóstico del estado del arte en las clasificaciones clínicas existentes**

Se realizó una búsqueda bibliográfica y evaluación de las clasificaciones clínicas existentes. Se incluyeron los artículos originales de texto completo que informaron sobre el uso de clasificaciones clínicas. Se localizaron 125 artículos referentes del Rinofima, solo 15 artículos mencionan alguna clasificación clínica del Rinofima. Entre ellos, se detectaron cuatro clasificaciones de interés para la investigación.

Métodos de recolección de datos: para la localización de las clasificaciones clínicas del Rinofima nacionales e internacionales se realizó una búsqueda bibliográfica en Internet y bibliotecas entre enero y octubre de 2018. Se revisaron todos los artículos publicados en las bases de datos MedLine, PubMed, LILACS y SciELO y la colección de artículos académicos de la biblioteca Virtual de Salud (BVS), entre otros. Los límites de la búsqueda para los artículos científicos y académicos fueron: publicaciones de texto completo en idioma español, inglés y portugués de los últimos 50 años, relacionados con investigaciones en área del uso de clasificaciones en el Rinofima empleando descriptores como Rinofima; Clasificación y Rosácea.

Para facilitar la evaluación de la literatura científica encontrada, se utilizaron las pautas de valoración crítica de artículos establecida por el programa de lectura crítica. <sup>(144)</sup>

Para lo cual se siguieron las siguientes fases de la lectura crítica:

- Primera fase: Se realizó la selección de los artículos en relación con el criterio de inclusión y el objetivo de esta investigación. Primero por la lectura del título y el resumen, si en esta fase se identificaba claramente algún criterio de exclusión se desechaba el artículo.
- Segunda fase: Se analizó la capacidad del artículo para contestar el problema planteado en el estudio. Se leyó el texto completo, si en esta fase se identificaba algún criterio de exclusión, el artículo quedaba descartado.
- Tercera fase: una vez cumplimentadas las fases anteriores, se analizó de manera más profunda, centrando la atención en la metodología y el diseño del estudio.

La muestra quedó constituida por cuatro clasificaciones.

#### **II.4.2.2. Evaluación de las clasificaciones clínicas existentes de Rinofima**

Se conformó el grupo evaluador integrado por 15 especialistas, dedicados en su práctica diaria a la atención de este tipo de enfermedad, todos Especialistas en Cirugía Maxilofacial, que dieron su consentimiento para participar en el estudio. (Anexo 3) Los cuales fueron capacitados en el conocimiento y aprendizaje del instrumento evaluativo.

Para la evaluación de las clasificaciones se utilizó un instrumento titulado criterios para evaluar la validez de una clasificación clínica de Rodríguez Soto y Morales Navarro <sup>(41)</sup> (Anexo 4) conformado por 5 ítems a los cuales se debía colocar una evaluación del uno al cinco (escala de Likert), donde se consideró cada ítem con valor de: uno (no relevante), dos (poco de relevante), tres (relevante), cuatro (bastante relevante) y cinco (muy relevante).

##### **II.4.2.2.1. Operacionalización de las variables.**

Las variables estudiadas fueron:

1. Objetividad: Debe quedar claro y verificable el diagnóstico de la enfermedad sin prestarse a dudas por los profesionales que usen la clasificación.
2. Clínicamente justificable: Debe ser fruto de una necesidad real para mejorar clasificaciones existentes o de hacer una nueva para mejorar la atención al paciente (diagnóstico, tratamiento o rehabilitación).
3. Exhaustiva: No puede quedar fuera de la clasificación ningún paciente que padezca la enfermedad.

4. Excluyente: No puede haber duda entre una categoría y otra de la clasificación y cada paciente se ubica en una y solo una categoría de la clasificación.
5. Sensibles a cambios: Un paciente que sufra modificaciones con respecto a la enfermedad y por sus características no pertenezca a la categoría que fue ubicado, la clasificación debe tener la posibilidad de que sea reubicado en otra de sus categorías.

Todas son variables cualitativas nominales.

#### **II.4.2.2 2.Técnicas de procesamiento y análisis de la información.**

Método estadístico: para el análisis de las clasificaciones se utilizó el software de hoja de cálculo Excel de Windows. Se trabajó con números enteros, índices y por cientos para la presentación de los resultados en tablas.

Se calculó el puntaje por ítem del instrumento evaluador de Rodríguez Soto y Morales Navarro <sup>(41)</sup> (indicador de validez total) a través de la suma de los criterios señalados por los evaluadores por ítems. Se consideraron como respuestas correctas (relevantes) por ítem las evaluaciones de tres, cuatro y cinco, es decir, cifras altas evaluativas. Se consideraron como respuestas incorrectas (no relevantes) las evaluaciones uno y dos, es decir, cifras bajas evaluativas.

Se consideraron las categorías evaluativas de Bastarrechea Milián: <sup>(145)</sup>

Aceptada: cuando el 100 % de los investigadores evaluaron la clasificación estudiada como relevante, bastante relevante y muy relevante en cada uno de los ítems estudiados, es decir, los cinco ítems presentaron evaluaciones relevantes.

Aceptada con dificultad: es entre el 80 % y el 99 % de los investigadores evaluaron la clasificación estudiada como relevante, bastante relevante y muy relevante, es decir, cuando cuatro de los ítems presentó evaluaciones relevantes.

No aceptada: Cuando los resultados no se ajustaron a lo anteriormente definido.

Se calculó el Índice de Dificultad (ID) por ítem <sup>(146)</sup> (indicador de validez): proporción de personas que responden correctamente a una prueba. Mientras mayor sea esta proporción, menor será su dificultad. En este caso un valor próximo a uno indica que la mayoría de los sujetos evaluaron positivamente el ítem.

$$ID = \frac{A}{N}$$

A= Número de aciertos en la pregunta

N= Número de aciertos más el número de errores en la pregunta

Escala para la interpretación de los resultados del ID:

- Altamente difícil: <0,32
- Medianamente difícil: 0,32 – 0,52
- Dificultad media: 0,53 – 0,73
- Medianamente fácil: 0,74 – 0,86
- Altamente fácil: >0,86

Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach: Para determinar la fiabilidad del instrumento evaluador <sup>(41)</sup>, a través del programa para análisis epidemiológico de datos tabulados (EPIDAT) versión 3.1.

## **II.5 Segunda Etapa. Diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima**

Incluye el tercer objetivo. Para el diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima se desarrolló un estudio cualitativo con uso del método de la sistematización <sup>(147)</sup> y la técnica del grupo nominal. <sup>(138)</sup>

El universo para el diseño estuvo conformado por nueve especialistas de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario “General Calixto García”.

### **II.5.1. Método de recolección de datos**

Para la elaboración de la clasificación clínica propuesta se realizó un método de triangulación de tipo metodológico intermétodo donde se tuvo en cuenta el estudio cuantitativo en la determinación de las características clínicas que intervienen en el diagnóstico integral del Rinofima, el estudio cualitativo para la evaluación de las clasificaciones clínicas existentes, el método de la sistematización de experiencia, mediante la pericia práctica de la autora y los resultados de investigaciones previas realizadas, <sup>(3, 9, 38, 69, 70)</sup> y la sistematización de información, mediante el estudio del arte. (Anexo 5)

### **II.5.2. Operacionalización de las variables**

Variabes para la segunda etapa de la investigación:

VARIABLES DE LA CARACTERIZACIÓN DEL ESPECIALISTA. Años de experiencia, menor de cinco y cinco y más. Grado de especialidad, primer y segundo grado. Categoría científica, máster y doctor en ciencias. Categoría docente, con categoría y sin categoría. Cargos administrativos de importancia: jefes de servicio, profesores principales, miembro de grupos nacionales, jefes provinciales de especialidad.

Nivel de conocimientos: se consideró según autoevaluación a los especialistas del desconocimiento total al conocimiento total. Valores simples (1 al 10).

Nivel de argumentación: se consideró según autoevaluación a los especialistas teniendo en cuenta: análisis teórico realizado, experiencia como profesional, trabajo de autores nacionales, trabajo de autores internacionales, conocimientos propios sobre el estado del problema de investigación, la intuición. Categorías: alto, medio, bajo.

Nivel de competencia: se consideró según valoración de niveles de conocimiento y argumentación. Se consideró: alto, medio, bajo.

### **II.5.3. Aplicación de la técnica del grupo nominal**

Para obtener la versión final del instrumento a partir de la información aportada por los especialistas se utilizó la técnica del Grupo Nominal. <sup>(134, 137)</sup>

La creación del grupo siguió el criterio de selección de una muestra de especialistas en Cirugía Maxilofacial, los cuales compartían rasgos similares como: experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la región nasal así como el tratamiento postraumático y cosmético de la misma, conocimientos acerca del tema

que se investiga, disposición a participar en la investigación, capacidad de análisis y pensamiento crítico. A todos se les solicitó el consentimiento informado. (Anexo 6)

Para el diseño y opinión de cada participante acerca de la clasificación propuesta se les aplicó la encuesta de autoevaluación de la competencia para obtener el nivel de conocimiento en el tema y la influencia en diversas fuentes de argumentación que hayan tenido para su conocimiento. (Anexo 7)

Para determinar el grado de competencia se calculó el coeficiente de competencia <sup>(41,140)</sup> (K): a través de la fórmula:  $K = \frac{1}{2} (K_c + K_a)$

El coeficiente de conocimiento (K<sub>c</sub>): información de los participantes sobre el tema consultado. Se calculó sobre la base de una escala tipo Likert con orden ascendente desde 1 a 10, donde 1 representó desconocimiento y 10 conocimiento profundo. Finalmente, el número seleccionado en la escala comprendida del uno al diez se multiplicó por 0,1.

Coeficiente de argumentación (K<sub>a</sub>): fundamentación de los criterios de la persona encuestada sobre el tema. Se obtuvo como resultado de la suma de los puntos alcanzado en la tabla patrón. (Anexo 8)

El coeficiente de competencia se consideró:

- Si  $0,8 < K < 1,0$ ; el coeficiente de competencia es alto.
- Si  $0,5 < K < 0,8$ ; el coeficiente de competencia es medio.
- Si  $K < 0,5$ ; el coeficiente de competencia es bajo.

El criterio de selección de los especialistas fue sobre la base de los que autoevaluaron su competencia en un nivel medio o alto, y posteriormente se caracterizaron según aspectos académicos.

Se les brindó información sobre clasificaciones existentes del Rinofima, los objetivos de la investigación. Se realizó una reunión donde la investigadora presentó la clasificación clínica del Rinofima elaborada, se dieron 15 minutos para la reflexión individual. Después de este tiempo se realizó de forma ordenada las anotaciones por parte de los participantes de las diferentes ideas y sugerencias acerca del instrumento presentado, fueron recogidas por la investigadora y expuestas cada una de ellas, se discutieron las opiniones para llegar a consenso y se obtuvieron las sugerencias generales del grupo nominal.

En un segundo momento se repitió el debate en el grupo nominal, se mostró la propuesta de clasificación clínica del Rinofima con las modificaciones sugeridas. El grupo debatió la aplicabilidad de los criterios del instrumento evaluador<sup>(41)</sup> sobre los tipos de Rinofima propuesto y se obtuvo el consenso de la versión definitiva del instrumento propuesto en esta etapa investigativa.

#### **II.5.4. Procesamiento y análisis estadístico de la información**

Los datos fueron procesados mediante Microsoft Excel. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva adecuadas para estudios de este tipo. Los resultados se presentaron en texto, tablas y gráficos.

#### **II.6 Tercera Etapa. Validación de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima**

La validación de la clasificación incluyó la determinación de la validez de la propuesta, al utilizar el criterio de expertos, la validación por usuarios, y la determinación de la fiabilidad del nuevo instrumento, en virtud de su consistencia interna.

## **II.6.1. Fase I. Validación por expertos**

### **II.6.1.1. Criterio de expertos**

Se aplicó el método Agregado individual de consulta a expertos <sup>(134, 135,137)</sup> con la finalidad de determinar la validez de contenido y encontrar consenso en la comunidad científica con respecto a la clasificación propuesta. El universo estuvo conformado por 17 especialistas de cuatro especialidades quirúrgicas (Cirugía Plástica y Caumatología, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología y Dermatología) de diferentes instituciones hospitalarias de La Habana; y además, de especialistas en cabeza y cuello del Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia.

### **II.6.1.2. La aplicación del método Agregado Individual**

Se realizó a través de la fase preliminar, exploratoria y la aplicación del método de consulta a experto.

- Preliminar: se seleccionaron especialistas de acuerdo con: pericia clínica, experiencia profesional, habilidades de comunicación, trabajo en equipo, disposición para participar y nivel de competencia. A todos se les solicitó el consentimiento informado.

(Anexo 9)

- Exploratoria: a través de una escala tipo Likert, se solicitó a los participantes su valoración del conocimiento poseído sobre el tema, que fue en orden ascendente, del

desconocimiento al conocimiento profundo, y las fuentes de obtención de información, en un nivel: alto, medio y bajo. (Anexo 10) Se siguió el mismo procedimiento descrito para la selección de los especialistas del grupo nominal. El criterio de selección fue sobre la base de los que autoevaluaron su competencia en un nivel alto.

Caracterización de expertos: los profesionales fueron caracterizados según aspectos académicos, como grado de la especialidad, categoría docente, categoría científica, años de experiencia (más de cinco años) y cargos de importancia a nivel docente, asistencial, grupos de trabajo provinciales y nacionales.

- Método a consulta de experto. Agregado Individual

Se les brindó información sobre las clasificaciones existentes del Rinofima y se garantizó que los expertos seleccionados pudieran constatar a través de la consulta el contenido de la propuesta de clasificación, el propósito de la prueba, conceptualización del universo de contenido, la operacionalización de las variables del estudio, de forma impresa o en formato digital. La autora se encargó de recoger la información individual de cada experto. Después se aplicó el instrumento para su validación. (Anexo 11)

Los criterios se midieron en una escala tipo Likert donde se consideró cada ítem con valor de: uno (no relevante), dos (poco de relevante), tres (relevante), cuatro (bastante relevante) y cinco (muy relevante), además de una pregunta abierta para expresar valoraciones cualitativas de cada experto acerca de la retirada o la introducción de algún ítem, y otra para brindar sugerencias.

Se consideraron como respuestas correctas (relevantes) por ítem las evaluaciones de tres, cuatro y cinco, es decir, cifras altas evaluativas <sup>(146)</sup>. Se consideraron como

respuestas incorrectas (no relevantes) las evaluaciones uno y dos, es decir cifras bajas evaluativas.

Se calculó el Índice de Dificultad (ID) por ítem <sup>(146)</sup> y se consideraron las categorías evaluativas de Bastarrechea Milián <sup>(145)</sup> aceptada, aceptada con dificultad y no aceptada. Metodología explicada en la etapa uno fase dos.

### **II.6.1.3. Operacionalización de las variables**

Las variables estudiadas fueron:

Variables de la caracterización de expertos

Las categorías se exponen a continuación. Tipo de especialidad, Especialista (primer o segundo grado), categoría docente (sin categoría, con categoría), categoría científica (máster, doctor en ciencias), cargos de importancia (cargos de docencia, servicio, grupos provinciales y nacionales) y años de experiencia (más de cinco y menos de diez, diez y más).

Nivel de conocimientos: se consideró según autoevaluación a los especialistas del desconocimiento total al conocimiento total. Valores simples (1 al 10).

Nivel de argumentación: se consideró según autoevaluación a los especialistas teniendo en cuenta: análisis teórico realizado, experiencia como profesional, trabajo de autores nacionales, trabajo de autores internacionales, conocimientos propios sobre el estado del problema de investigación, la intuición. Categorías: alto, medio, bajo.

Nivel de competencia: se consideró según valoración de niveles de conocimiento y argumentación. Se consideró: alto, medio, bajo.

VARIABLES PARA LA VALIDACIÓN:

Objetividad, clínicamente justificable, exhaustiva, comprensible y excluyente, sensibles a cambios. Descritas en la etapa uno fase dos.

Todas son variables cualitativas y se expresaron en porcentaje. Las categorías evaluativas empleadas serán en orden descendente: muy relevante (MR), bastante relevante (BR), relevante (R), poco relevante (PR) y no relevante (NR). Descritas en la etapa uno fase dos.

#### **II.6.1.4. Método estadístico: para el análisis de la propuesta de clasificación**

Se utilizó el software de hoja de cálculo Excel de Windows. Se trabajó con números enteros y por cientos como medida resumen de la validez de los expertos.

Se calculó:

- Coeficiente de competencia (K): se calcula a través de la fórmula:  $\frac{1}{2} (Kc+Ka)$

Metodología descrita en la etapa dos.

- El puntaje por ítem del instrumento evaluador <sup>(41)</sup> (indicador de validez total) a través de la suma de los criterios señalados por los evaluadores por ítems. Se consideraron como respuestas correctas (relevantes) las evaluaciones de tres, cuatro y cinco, es decir, cifras altas evaluativas. Se consideraron como respuestas incorrectas (no relevantes) las evaluaciones uno y dos, es decir, cifras bajas evaluativas.

- Se calculó el Índice de Dificultad (ID) por ítem <sup>(146)</sup>:  $ID = \frac{A}{N}$ . Metodología descrita en la etapa uno fase dos.

- Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima, (Anexo 12 y 13) mediante el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados (EPIDAT) versión 3.1.

### **II.6.2. Fase II. Validación por usuarios**

Se realizó un estudio descriptivo transversal tipo piloto, en el Hospital General Calixto García, Hospital Hermanos Amejeiras, Hospital Manuel Fajardo y Hospital Militar Carlos J Finlay de La Habana. Para la validación de la propuesta de clasificación clínica por usuarios se utilizó un método directo <sup>(142)</sup> y un muestreo aleatorio simple. Se aplicó la clasificación del Rinofima a través de un cuestionario a 15 especialistas de cirugía Maxilofacial, donde los criterios de inclusión se extendían desde el recién graduado hasta el profesor de máxima categoría y que dieron su consentimiento para participar en el estudio. (Anexo 14) Se caracterizó a los especialistas participantes según datos de interés como años de experiencia y grado de especialidad.

#### **II.6.2.1. Método de usuario**

Método de recogida de datos de los usuarios: La esencia de este método directo de validación por usuario, consiste en evaluar el instrumento propuesto en la práctica de forma individual, se aplicó un cuestionario (Anexo 15) donde el especialista clasificó 30 fotos (Anexo 16) de pacientes con Rinofima. El cuestionario presenta los datos del especialista, una tabla donde se describe la clasificación validada con cuatro

columnas enunciadas con cada categoría de la clasificación propuesta y 30 filas, además de una pregunta abierta para en el caso de no ser clasificado expresar su criterio.

De forma digital se mostraron 30 fotos de pacientes con Rinofima y el especialista marcó con una X, según consideró. Se realizó una clave, donde se asignaron las respuestas correctas según cada tipo de Rinofima. (Anexo 17)

Se establecieron 4 criterios de evaluación para cada tipo de Rinofima:

- Excelente: todas las respuestas correctas
- Bien: Un error el clasificar
- Regular: dos errores
- Mal: más de dos errores

#### **II.6.2.2. Operacionalización de las variables**

Las categorías de la caracterización de los especialistas: años de experiencia: Escala: Hasta 5 años y más de 5 años. Grado de especialidad. Escala: Primer y segundo grado. Las categorías evaluativas: excelente, bien, regular y mal.

Todas son variables cualitativas ordinales y se expresaron en porcentaje.

#### **II.6.2.3. Procesamiento y análisis estadístico de la información**

En el análisis estadístico se emplearon las medidas de estadística descriptiva, se utilizaron números absolutos y por cientos como medidas de resumen y finalmente los resultados se presentaron en textos y tablas.

### **II.7 Otras técnicas de procesamiento y análisis de la información**

Todos los datos de cada una de las etapas fueron tabulados en Microsoft Excel y analizados mediante programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0, para Windows.

## **II.8 Aspectos éticos**

La investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Revisión y Ética de la Facultad de Estomatología de La Habana con el compromiso de que sus resultados coadyuvaran al diagnóstico integral clínico del paciente enfermo de Rinofima. Se tuvo en cuenta la adherencia a Convenios Internacionales sobre principios éticos para las investigaciones en seres humanos. Se respetaron los principios promulgados en la Declaración de Helsinki <sup>(148)</sup> 2013. Se basó en los principios del respeto, la autodeterminación, integridad, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes en la investigación. La privacidad que exige el anonimato de los que participan y la confidencialidad por parte de la autora. Todas las personas que participaron en el estudio fueron informadas previamente del propósito de la investigación y se les solicitó su consentimiento, informado de forma verbal y escrita, y los instrumentos fueron aplicados sin la presencia de personal ajeno a la investigación. La autora solicitó las autorizaciones de los responsables pertinentes para realizar el estudio piloto en la validación por usuarios y en la técnica del grupo nominal. Las fotografías de los pacientes utilizadas en la validación de usuarios fueron tomadas de la base de datos de la autora previo consentimiento informado para el uso de las fotografías con fines investigativos.

El proyecto tuvo vigencia durante el período que abarcó el estudio y se informó, al citado comité, sobre las modificaciones del proyecto con una periodicidad semestral.

### **Conclusiones del capítulo II**

En el proceso del diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima, se desplegó una investigación de desarrollo e innovación tecnológica. Se trabajó sobre la base de un enfoque mixto de investigación, aplicadas para el desarrollo de cada una de las etapas de la investigación y el logro de los objetivos planteados. Las técnicas de análisis y procesamiento de la información seleccionada contribuyeron al sustento científico, metodológico de la tesis que se presenta.

## **CAPÍTULO III. RESULTADOS**

## **CAPÍTULO III. RESULTADOS**

En este capítulo se exponen y describen los resultados de la investigación, que dan respuesta a los objetivos del trabajo por cada etapa de la investigación.

### **III.1 Resultados de la Primera Etapa. Diagnóstico de la situación existente en el Rinofima**

#### **III.1.1. Resultados de la Fase I. Diagnóstico de la situación existente en la caracterización clínica del Rinofima.**

A continuación se muestran los resultados y se exponen en tablas. (Anexo Tablas)

En la tabla 1, se muestra la distribución de los pacientes con Rinofima, según edad y sexo. El por ciento más bajo lo representó la población menor de 50 años, con un 13,3 %. El 60 % estuvo afectado en el grupo de edad de 60 y más, y en el sexo masculino. La relación hombre: mujer fue de 6:4.

En la tabla 2, se observa la distribución de los pacientes según las características clínicas afectadas. El 25 % de los pacientes con Rinofima presentaban una superficie de la piel lisa y en el 28,3 % se observaron lesiones de aspecto clínico maligno. La posición de la columela se muestra en una posición desviada en un 30 % y no visible en 1,7 %. Los orificios nasales son asimétricos en un 40 % debido al crecimiento fimatoso, estando no visibles en 1,7 %. El contorno nasal está perdido en el 56,7 %.

En la tabla 3, se muestran la distribución de pacientes según el número de subunidades nasales afectadas. Predominó la afectación de seis subunidades para un

41,7 % seguida de la extensión en cuatro subunidades para un 25 %. La afectación de una sola subunidad anatómica nasal fue de 6,7 %.

### **III.1.2. Resultados de la Fase II. Evaluación de las clasificaciones existentes del Rinofima**

Se muestran los resultados de la caracterización de la bibliografía a través de la lectura crítica y la evaluación de las clasificaciones clínicas existentes del Rinofima.

#### **III.1.2.1. Resultado del diagnóstico del estado del arte en las clasificaciones clínicas existentes**

En la caracterización de la bibliografía relacionada con las clasificaciones clínicas del Rinofima existentes, solo cuatro artículos originales muestran alguna clasificación.

Las cuatro clasificaciones aportaron con sus resultados, datos para la confección de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima.

- Clasificación de Freeman.<sup>(31)</sup> Clasifica la severidad y orienta al tratamiento.
- Clasificación de Clark.<sup>(32)</sup> Clasifica la severidad de la enfermedad por extensión anatómica.
- Clasificación de el-Azhary.<sup>(33)</sup> Clasifica la severidad de la piel en relación al grosor y formación de lóbulos.
- Clasificación de Wetzig.<sup>(34)</sup> Utiliza el término gigante.

#### **III.1.2.2. Resultados de la evaluación de las clasificaciones clínicas existentes de Rinofima**

En la evaluación de las clasificaciones existentes a través del instrumento de Rodríguez Soto y Morales Navarro <sup>(41)</sup> se obtuvo los siguientes resultados:

La distribución de evaluaciones por ítems en la clasificación de Freeman, es expuesta en la Tabla 4, donde se observa evaluaciones de cero, uno y dos en las categorías muy relevante y bastante relevante en los cinco ítems estudiados, solo el ítem dos muestra una evaluación de cinco en la categoría relevante. Las mayores evaluaciones en los ítems de objetividad, exhaustiva, comprensible y excluyente, y sensibles a cambios fueron para las poco relevantes y no relevante, con evaluaciones de cuatro, cinco, seis, ocho, nueve y diez.

En la tabla 5, se muestra la Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Freeman. Los ítems objetividad, exhaustiva, comprensible y excluyente y sensibles a cambios mostraron cifras altas de evaluaciones no relevantes (poco relevantes y no relevantes), para un 93,34 %, 93,34 %, 100 % y 93,34 % respectivamente. El ítem número dos, clínicamente justificable muestra que el 60 % de las puntuaciones fueron en el rango de relevantes. Según las categorías evaluativas se consideró no aceptada la clasificación de Freeman por el grupo evaluador, al presentar un solo ítem del instrumento evaluador con categoría relevante.

La distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de Freeman se muestra en la Tabla 6, con un resultado altamente difícil para los ítems uno, tres, cuatro, cinco y de dificultad media para el ítem dos.

En la Tabla 7, se observa la distribución de evaluaciones por ítems de la clasificación de Clark. El ítem clínicamente justificable mostró nueve puntuaciones en la evaluación

relevante, uno en bastante relevante y dos en muy relevante. Los quince investigadores validaron el resto de los ítems (uno, tres, cuatro y cinco) con votaciones de tres, cinco, siete, ocho, en las evaluaciones poco relevante y no relevante.

La distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Clark se expone en la Tabla 8. El 80 % de las puntuaciones fueron relevantes para el ítem clínicamente justificable. Los ítem con valores no relevantes fueron el ítem uno, tres, cuatro y cinco para un 53,33 %, 86,67 %, 80 % y un 53,33 %. Según las categorías evaluativas se consideró no aceptada la clasificación por el grupo evaluador, al presentar un solo ítem del instrumento evaluador con categoría relevante.

El índice de dificultad de cada ítem en la clasificación de Clark, se muestra en la Tabla 9, con un resultado altamente difícil para los ítems tres y cuatro. Los ítems uno y cinco fueron medianamente difíciles y el ítem dos medianamente fácil.

La distribución de evaluaciones por ítems de la clasificación de El Azhary, es expuesta en la Tabla 10. El ítem de objetividad, exhaustiva, comprensible y excluyente y sensibles a cambios muestran evaluación de cero en la categoría muy relevante y bajas evaluaciones de cero y uno, en bastante relevante. El ítem clínicamente justificable mostró evaluaciones de siete en la categoría de relevante y cero en la no relevante.

En la tabla 11, se observa la distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de El Azhary, en el ítem clínicamente justificable el 80 % de las puntuaciones fueron en el rango de relevantes. El ítem de objetividad, exhaustiva, comprensible y excluyente y sensibles a cambios muestra cifras altas en la evaluación

no relevantes para un 80 %, 100 %, 93,34 % y 86,67 % respectivamente. Según las categorías evaluativas se consideró no aceptada la clasificación de El Azhary por el grupo evaluador, al presentar un solo ítem del instrumento evaluador con categoría relevante.

La distribución del índice de dificultad por ítems se muestra en la tabla 12, con un resultado altamente difícil para los ítems uno, tres, cuatro, cinco y medianamente fácil para el ítem dos.

La Tabla 13, expone la distribución de evaluaciones por ítem de la clasificación de Wetzig. Se observa puntuaciones bajas de cero, uno y dos en las evaluaciones muy relevantes y bastante relevantes para todos los ítems. La evaluación relevante muestra valor de ocho en el ítem clínicamente justificable.

La distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Wetzing, se expone en la tabla 14. El 73,34 % de las puntuaciones fueron relevantes para el ítem número dos. El resto de los ítems presentaron valores no relevantes para un 73,34 %, 100 %, 93,34 % y un 60 %.

La distribución del índice de dificultad por ítems se muestra en la tabla 15, con un resultado altamente difícil para los ítems uno, tres y cuatro. El ítem cinco fue medianamente difícil y el ítem dos de dificultad media.

Según las categorías evaluativas se consideró no aceptada la clasificación de Wetzig por el grupo evaluador, al presentar un solo ítem del instrumento evaluador con categoría relevante.

Los planteamientos justificados por el grupo evaluador en relación a las bajas puntuaciones, se pueden resumir de la siguiente forma:

Clasificación de Freeman:

- Realiza el diagnóstico por fotografías mediante un artículo en internet. Utiliza enunciados inespecíficos como engrosamiento difuso moderado o extenso, tumor localizado temprano, sin su descripción.

Clasificación de Clark:

- Clasifica el Rinofima en grados en relación a la hipertrofia y la formación de lóbulos a medida que asciende la enfermedad hasta la raíz nasal, con crecimientos simétricos. Utiliza términos de hipertrofia en una clasificación clínica.

Clasificación de El-Azhary:

- Utiliza términos inespecíficos como, leve, formación temprana de lóbulos y términos de hipertrofia en una clasificación clínica. En su descripción los crecimientos son en plural, quedan excluidos los pacientes con crecimiento lobular único. Los pacientes con Rinofima de superficie lisa son clasificados en su forma leve aunque sean grandes Rinofima, lo que origina dudas.

Clasificación Wetzig:

- No se describen los ítems de la clasificación solo se colocan enunciados. Utiliza términos como leve, moderado, fuerte, que son inespecíficos. Realiza el diagnóstico por fotografías a través de un artículo en internet y no se describe que es para el

autor Rinofima gigante. Quedan excluidos pacientes con crecimientos únicos y los crecimientos de textura lisa generan dudas durante la clasificación.

En la tabla 16, se observa el resultado de la fiabilidad del instrumento evaluador <sup>(41)</sup> a través del coeficiente alfa de Cronbach con un valor de 0,7052 para la clasificación de Freeman, 0,6236 para la clasificación de Clark, 0,6697 para la clasificación de El Azhary y de 0,6400 para la clasificación de Wetzling lo que permitió considerar el instrumento de buena confiabilidad.

### **III.2 Resultados de la Segunda Etapa. Diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima**

A partir de la triangulación de los resultados obtenidos en la primera etapa con la caracterización clínica del Rinofima, la evaluación crítica de la literatura, la evaluación de las clasificaciones clínicas existentes del Rinofima y la sistematización de experiencia de la autora, se identificaron un conjunto de aspectos que sirvieron de base para el diseño de la nueva propuesta de clasificación. (Anexo 18)

La estructura general de la versión inicial consta de cuatro tipos, donde se agrupan las características clínicas del Rinofima en relación al grado de afectación de la piel por subunidad anatómica nasal, la afectación de las estructuras de soporte nasal y la presencia de lesiones malignas asociadas a la enfermedad. (Anexo 19)

Esta propuesta inicial fue sometida a consenso mediante la técnica del grupo nominal para obtener una segunda versión del Instrumento de clasificación clínica del Rinofima.

A los especialistas convocados para participar en el grupo nominal se les solicitó la autovaloración de su nivel de competencia. El 88,9 % obtuvo un nivel de competencia alto y solo uno presentó un nivel de competencia medio para un 11,1 % como se muestra en la tabla 17.

El grupo nominal quedó conformado por nueve especialistas en cirugía Maxilofacial con experiencia en el diagnóstico y tratamiento del Rinofima del Hospital Universitario "General Calixto García".

La caracterización de los especialistas que integraron el grupo nominal, se muestra en la tabla 18. El 88,9 % tenían cinco y más años de experiencia. El 55,6 % eran máster, especialistas de segundo grado y realizaban importantes responsabilidades en diferentes niveles de la docencia y de servicios. El 66,7 % presentaban categoría docente.

A lo largo de la discusión, el grupo nominal decidió realizar una serie de cambios que dieron lugar a la segunda versión del instrumento propuesto. Esto no significó que el grupo nominal eliminara información de la propuesta anterior, sino que decidieron reorganizarla.

En la primera presentación se encontró consenso en las siguientes sugerencias:

- La presencia de tipos con grados complejizaba la propuesta de clasificación clínica del Rinofima.
- Colocar enunciado en el tipo 3 y 4.
- La descripción fuera más corta sin perder los objetivos de la misma.

La presentación de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima modificada y con la eliminación de los grados pero manteniendo el mismo contenido, intención y objetivos se presentó al grupo nominal y al finalizar el debate se consideró, por el 100 % de los especialistas del grupo nominal, que la propuesta era adecuada y se obtuvo la segunda versión y final para esta etapa investigativa. (Anexo 20)

### **III.3 Resultados de la Tercera Etapa. Validación de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima**

Para la validación de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima diseñada se procedió a evaluar su validez mediante la consulta a expertos y usuarios.

#### **III.3.1. Resultados de la Fase I. Validación por expertos**

Como se muestra en la Tabla 19, el 100 % de los expertos convocados obtuvieron un nivel de competencia alto, por lo que todos fueron seleccionados para la validación del Instrumento.

De los 17 expertos, seis eran cirujanos Maxilofaciales, cinco especialistas en otorrinolaringología, tres especialistas en dermatología, dos oncólogos de cabeza y cuello y un especialista en cirugía plástica y caumatología con un promedio de experiencia de 17 años, como se muestra en la tabla 20.

Cinco eran jefes de servicios de diferentes especialidades (Cirugía Maxilofacial Dermatología, Cirugía Plástica y Caumatología y Otorrinolaringología), cinco eran profesores principales de asignaturas de pregrado y los expertos pertenecían a seis instituciones hospitalarias diferentes de La Habana.

En la Tabla 21, se expone la caracterización de los 17 expertos seleccionados. De ellos el 52,95 % fueron especialistas de segundo grado; ostentaban el título académico de Máster el 70,58 % y el 94,12 % presentaban categoría docente y tenían diez y más años de experiencia en el tema.

En la consulta individual con los expertos presentaron como sugerencia, esclarecer el tipo 4, en relación con la enfermedad maligna y especificar que el estudio es clínico. Se incluyó la sugerencia en el enunciado del tipo 4 y se obtuvo la versión definitiva, como se muestra a continuación.

Propuesta de clasificación Clínica del Rinofima.

Tipo: 1 Engrosamiento de la piel sin pérdida del contorno nasal

Descripción:

Pueden existir subunidades nasales clínicamente sanas pero al menos en una subunidad o en varias se observa engrosamiento dérmico que no afecta el contorno de la subunidad; la superficie de la piel puede tener una textura lisa o rugosa con telangiectasias y comedones.

Tipo: 2 Engrosamiento de la piel con pérdida del contorno nasal

Descripción:

Pueden existir subunidades nasales clínicamente sanas o con engrosamiento que no afectan el contorno nasal, pero al menos en una subunidad o en varias se observa engrosamiento dérmico que afecta el contorno de la subunidad con quistes, nódulos lóbulos y fisuras. Piel de textura lisa o rugosa con telangiectasias y cambios de

coloración. Las subunidades se engrosan sin fusionarse. Se puede observar desviación septal y orificios nasales asimétricos por el peso del tejido fimatoso, pero la columela soporta la punta nasal.

Tipo: 3 Rinofima gigante

Descripción:

Fusión de las subunidades anatómica nasales, sobre todo las alas y la punta, lo que origina una masa pendular de crecimiento variable que cae sobre el labio superior y puede extenderse sobre el labio inferior, mentón o al cuello. Ángulo nasolabial cerrado, desviación septal y colapso de las válvulas nasales por el peso del tejido fimatoso todo lo cual produce dificultad respiratoria. En la vista antero inferior no se observan los orificios nasales.

Tipo: 4 Rinofima con lesión de aspecto clínico maligno.

Descripción:

Puede observarse en cualquier tipo de Rinofima descrita anteriormente pero que presente en la superficie de la piel alguna lesión de aspecto clínico maligno.

La Tabla 22, se expone la distribución de evaluaciones por ítem del instrumento evaluador para la propuesta de clasificación clínica del Rinofima. Se observa puntuaciones de cero, en las evaluaciones poco relevantes y no relevantes para todos los ítems. Entre doce y trece de los 17 expertos emitieron juicios muy relevantes en los cinco ítems estudiados.

La distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la propuesta de clasificación clínica del Rinofima, se expone en la Tabla 23. El 100 % de las puntuaciones fueron relevantes para todos los ítems. Según las categorías evaluativas se consideró aceptada la propuesta de clasificación clínica del Rinofima, por el grupo evaluador, al presentar los cinco ítems evaluados con categoría relevante para un total de relevancia de 100 %.

El índice de dificultad por ítem en la propuesta de clasificación clínica del Rinofima se muestra en la Tabla 24, con un resultado altamente fácil para todos los ítems.

La Tabla 25, se expone la distribución de evaluaciones del contenido por ítem de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima. Se observa puntuaciones de cero, en las evaluaciones poco relevantes y no relevantes para todos los ítems. Entre once, doce y catorce de los 17 expertos emitieron juicios muy relevantes en el contenido de los cuatro tipos de Rinofima estudiados. La tabla 26, muestra la distribución porcentual según relevancia y no relevancia del contenido de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima y se observa que el 100 % de las puntuaciones fueron relevantes para los cuatro tipos de Rinofima.

En la tabla 27, se muestra el coeficiente alfa de Cronbach de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima con valor de 0,8717 lo que permitió considerar una excelente confiabilidad.

### **III.3.2.Resultados de la Fase II. Validación por usuarios**

Se aplicó la propuesta de clasificación clínica del Rinofima a 15 especialistas de cirugía Maxilofacial. Los resultados de la aplicación son los siguientes:

En la Tabla 28, se muestra la distribución porcentual según datos de interés del usuario, se observa que el 53,4 % tenían hasta cinco años de experiencia y que el 86,7 % eran especialista de primer grado.

En la Tabla 29, se muestra la distribución porcentual según criterios de evaluación de usuarios y se observa que el 86,67 % presentó un criterio de evaluación de excelente, el 13,33 % en la evaluación de bien y evaluación 0 % en el criterio regular y mal.

### **Conclusiones del Capítulo III**

En el capítulo se presentó los resultados de la investigación. Las características clínicas estudiadas sirvieron de base para la elaboración inicial de la propuesta de clasificación. Las cuatro clasificaciones evaluadas no fueron aceptadas por grupo evaluador. A través de la técnica del grupo nominal se llegó al consenso en la estructura y contenido de la propuesta de clasificación. La validez y fiabilidad de la clasificación clínica del Rinofima fue demostrada y aceptada para su uso en la práctica.

## **CAPÍTULO IV DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

El capítulo muestra los resultados de la investigación presentada con otros estudios.

### **IV.1 Discusión de los resultados de la Primera Etapa. Diagnóstico de la situación existente en el Rinofima**

#### **IV.1.1. Discusión de los resultados de la Fase I. Diagnóstico de la situación existente en la caracterización clínica del Rinofima**

Kim <sup>(22)</sup> en su estudio donde caracterizan a pacientes surcoreanos con la enfermedad de Rinofima, muestran que el 90 % de los pacientes tenían más de 40 años y la relación hombre mujer era 6,8:1. Amaral <sup>(21)</sup> plantea que la mayor frecuencia fue en el rango de edad de 50 a 80 años. La mayoría de los autores <sup>(3, 6, 15, 20, 21)</sup> plantean que el Rinofima se observa en pacientes masculinos mayores de 50 años, lo cual coincide con nuestro estudio.

En la bibliografía consultada no se encontraron estudios correspondientes que profundicen en la caracterización según la textura de la superficie dérmica, en el paciente enfermo con Rinofima, solo mencionan el engrosamiento en relación a la formación de lóbulos, es decir, solo tienen en cuenta el engrosamiento rugoso con formaciones de nódulos, lóbulos por lo que los crecimientos fimatosos de superficie lisa no se encontraron descritos en la literatura revisada.

La estabilidad de la columela y la simetría o no de los orificios nasales son elementos inexplorados durante el estudio clínico del paciente con Rinofima.

La mayoría de los estudios <sup>(149, 150, 151)</sup> se enfocan en la caracterización del tratamiento y no en los detalles anatómicos de la nariz distorsionada por los crecimientos fimatosos.

En consideración de la autora, las alteraciones del contorno nasal, permiten observar el grado de afectación que tiene cada subunidad anatómica nasal, la estabilidad de la columela, indicará el estado de las estructuras de soporte de la punta nasal perdida en muchos casos debido al peso del tejido fimatoso.

La autora opina que los pacientes con ausencia de los orificios nasales y de la columela en la vista basal, presentan grandes deformidades faciales que provocan la caída de la punta nasal, lo cual impide la entrada de aire atmosférico por las fosas nasales desarrollándose dificultad respiratoria.

Wolter <sup>(20)</sup> realiza una presentación de caso donde muestra la dificultad respiratoria, obstrucción nasal total y episodios recurrentes de neumonía en el Rinofima gigante. Wójcicka <sup>(72)</sup> informa del tratamiento quirúrgico a un paciente con gran crecimiento de la nariz que provocaba dificultad para respirar y alimentarse.

Por su ubicación anatómica, la nariz es una zona muy expuesta a la radiación ultravioleta, lo que la hace propensa a la aparición del cáncer no melanoma. <sup>(36)</sup>

Según Hernández-Collazo, <sup>(39)</sup> muchas de las neoplasias malignas diagnosticadas en la piel enferma con Rinofima son diagnosticadas incidentalmente durante el estudio histopatológico y no de forma planificada. Muchos autores <sup>(1, 14, 15, 17, 19)</sup> plantean que existe un potencial de malignidad marcados sobre la piel enferma con Rinofima, lo cual coincide con los resultados de la caracterización realizada.

La autora considera que el diagnóstico preoperatorio de lesiones de aspecto clínico maligno es un elemento importante a tener en cuenta para la planificación quirúrgica del paciente.

Muchos investigadores <sup>(12, 25, 69, 101, 152, 153)</sup> utilizan el principio de las subunidades anatómicas nasales para la planificación quirúrgica de la región nasal, con fines cosméticos, posoncológicos y para el tratamiento del Rinofima, pero no ha sido estudiada con fines diagnósticos. En la caracterización estudiada se observa que puede estar afectada cualquier subunidad anatómica nasal.

#### **IV.1.2. Fase II. Discusión de los resultados de la evaluación de las clasificaciones existentes del Rinofima.**

##### **IV.1.2.1. Discusión de los resultados del diagnóstico del estado de arte en las clasificaciones clínicas existentes**

Según López Fernández y otros, <sup>(154)</sup> cuando se explora el estado del arte, lo primero que se debe hacer es verificar la existencia de instrumentos aplicados en investigaciones anteriores, utilizados para el mismo fin, que hayan sido validados en su momento, como parte del proceso investigativo además de valorar la utilidad de cada uno de ellos para el trabajo en curso.

Esta fase, dentro del procedimiento en la construcción de un nuevo instrumento de medida de salud, está avalado por Villavicencio Caparó y otros, <sup>(155)</sup> quienes plantean que la revisión de instrumentos utilizados en estudios anteriores permite identificar las herramientas que pueden ser de utilidad.

Siguiendo este criterio y aplicándolo a la creación de una propuesta de clasificación clínica del Rinofima, la búsqueda bibliográfica estuvo encaminada a encontrar clasificaciones relacionadas con esta enfermedad. Son escasas las investigaciones que utilizan clasificaciones del Rinofima para sus estudios.

La lectura crítica de la bibliografía encontrada, facilitó precisar los artículos más relevantes a través de la evaluación seguida por cada una de sus fases, lo cual coincide con el estudio de Jiménez Quintana. <sup>(156)</sup>

Las clasificaciones clínicas del Rinofima encontradas en la literatura formaron parte de investigaciones realizadas por los autores en su momento histórico, las cuales agrupan la enfermedad por la severidad de la afectación de la piel. <sup>(1, 3,15)</sup>

Estos documentos aportaron información de utilidad, para la conformación de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima y se suplieron algunos espacios vacíos en el conocimiento en las clasificaciones revisadas así como las insuficiencias encontradas.

#### **IV.1.2.2. Discusión de los resultados de la evaluación de las clasificaciones clínicas existentes de Rinofima**

Se han realizado numerosas propuestas para sistematizar la evaluación de los instrumentos tanto por parte de investigadores independientes como auspiciadas por sociedades científicas. Rodríguez Soto y Morales Navarro <sup>(41)</sup> crearon un instrumento evaluador de clasificaciones clínicas mediante una escala, validado para su uso en la práctica clínica de médicos y estomatólogos.

Este instrumento consta de cinco ítems donde se evalúa la objetividad, es decir, debe quedar claro y verificable el diagnóstico de la enfermedad sin prestarse a dudas por los profesionales que usen la clasificación, que sea clínicamente justificable, fruto de una necesidad real de mejorar clasificaciones existentes o de hacer una nueva para mejorar la atención al paciente. Ser exhaustiva, comprensible y excluyente, no puede haber duda entre una categoría y otra de la clasificación, cada paciente se ubica en una y solo una categoría al ser clasificado; además de ser sensible a cambios para facilitar la reclasificación del paciente en otras de sus categorías si sufre alguna modificación clínica debido a su enfermedad.

López Fernández y otros <sup>(154)</sup> plantean la necesidad de utilizar instrumentos validados para la evaluación. En un análisis realizado a 102 tesis doctorales plantea, que cada investigador diseñó su propio instrumento evaluador. Bastarrechea Milián y otros <sup>(145)</sup> utilizaron en su estudio una escala donde evalúa tres aspectos, estructura, pertinencia y valor científico a través de una escala, para clasificar a los pacientes especiales, según sus requerimientos en la atención estomatológica. Otros autores <sup>(31, 32, 33, 34)</sup> solo utilizan las categorías de la futura clasificación como variables de una investigación cuantitativa sin seguir un proceso metodológico de validación para este tipo de estudio.

Al analizar cada uno de los indicadores que se tuvieron en cuenta para evaluar los instrumentos, las cuatro clasificaciones clínicas analizadas, obtuvieron evaluaciones relevantes (muy relevantes, bastante relevante y relevante) en el segundo ítem del instrumento evaluador. Las clasificaciones fueron clínicamente justificables debido a que jugaron un papel importante en el momento histórico que fueron creadas. Los

ítems de objetividad, sensibles a cambios, exhaustiva y comprensible y excluyente, presentaron evaluaciones altas en la categoría no relevante. (Poco relevante, no relevante)

Los planteamientos justificados por el grupo evaluador en relación a las bajas puntuaciones, permitió resumir las debilidades de cada clasificación, esta autora coincide con los planteamientos realizados de la clasificación de Freeman y afirma que el Rinofima es una enfermedad que afecta cualquier subunidad anatómica nasal donde cada paciente muestra su forma peculiar de crecimiento por lo que en ocasiones las fotografías mostradas no se ajustan a la clínica del paciente creando dudas o quedando el paciente excluido de la clasificación.

En relación con los criterios de los evaluadores de la Clasificación de Clark, la opinión de esta autora coincide con los planteamientos y afirma que el Rinofima es una enfermedad que puede afectar una sola subunidad anatómica nasal por ejemplo, el dorso nasal sin estar afectado el resto de la nariz y cuando se aplica dicha clasificación a estos pacientes, se crea duda en que siendo un crecimiento tan localizado se clasificara en un grado cuatro, solo porque el crecimiento está por encima de la mitad distal de la nariz.

Un estudio realizado por la autora <sup>(3)</sup> plantea en relación con la clasificación de El-Azhary, que no existe un límite preciso entre las tres categorías por lo que la clasificación va a depender de la observación y el entrenamiento del especialista que lo trate, ya que en la descripción de la clasificación se combinan elementos clínicos e histopatológicos.

La clasificación de Wetzig fue la última en ser creada y resume las debilidades de las predecesoras según opinión de esta investigadora.

Chauhan <sup>(15)</sup> plantea que este índice, clasifica la enfermedad según el grado de engrosamiento de la piel, la presencia de lóbulos y fisuras y, en segundo lugar, la presencia de asimetría prominente, así como de quistes o vasos.

La autora coincide con todos los planteamientos y opina que la clasificación orienta añadir un punto extra en presencia de fuerte asimetría, quistes múltiples o vasos pero no explica como sería esa adición, si solo se suma quedaría en una categoría más alta por la que el diagnóstico clínico no sería objetivo.

Las cuatro clasificaciones identifican la enfermedad del Rinofima según la severidad del engrosamiento de la piel, es decir, la formación de lóbulos, por lo que los pacientes con Rinofima de textura lisa quedarían excluidos o se clasificarían en una categoría a la cual no pertenecen.

El índice de dificultad se observó en el rango de la categoría difícil, (valores alejados a uno), para las cuatro clasificaciones evaluadas. Según Jiménez Quintana, <sup>(156)</sup> el índice de dificultad es un indicador de validez del instrumento, valores alejado a uno indica que la mayoría de los sujetos evaluaron negativamente el ítem, lo cual coincide con los resultados.

Bastarrechea Milián y otros <sup>(145)</sup> utilizan las categorías evaluativas de aceptada, aceptada con dificultad y no aceptada, con buenos resultados en su clasificación propuesta, lo cual difiere en esta fase de investigación donde las categorías evaluativas para las cuatro clasificaciones fueron de no aceptadas.

Mateu López <sup>(135)</sup> plantea que al analizar la validez se evalúa si los ítems que se han usado son relevantes para el uso que se le pretende dar al instrumento. A través del índice de dificultad del ítems y la aplicación de las categorías evaluativas de Bastarrechea Milián <sup>(146)</sup> fueron rechazadas por el grupo evaluador las cuatro clasificaciones estudiadas.

La fiabilidad se refiere a que las mediciones sucesivas de un fenómeno estable deben arrojar los mismos resultados. Brinda una medida de cuan confiable o consistente es el instrumento cuando mide, la precisión con que lo hace y el grado de confianza que se puede tener en los resultados. No obstante, si un cuestionario tiene alta fiabilidad no quiere decir que sea válido; un cuestionario puede ser fiable y al mismo tiempo no ser válido. <sup>(135)</sup> Las cuatro clasificaciones presentaron una aceptada consistencia interna, lo cual coincide con la investigación de Capote Femenias, <sup>(143)</sup> donde plantea que los resultados inferiores a 0,60 se consideraron indicativos de una pobre correlación entre los ítems, y aquellos por encima de 0,95, de una redundancia o duplicación de ítems. El instrumento evaluador <sup>(41)</sup> presenta una adecuada fiabilidad.

En la búsqueda realizada no se encontró ningún trabajo investigativo donde se utilice un instrumento validado, específico para la evaluación de las clasificaciones clínicas, para comparar los resultados.

## **IV.2 Discusión de los resultados de la Segunda Etapa. Diseño de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima**

La autora a través de la triangulación de los resultados obtenidos en la primera etapa de la investigación y de la sistematización de la experiencia e información, permitió la identificación de un conjunto de aspectos que sirvieron de base para el diseño inicial de la nueva propuesta de clasificación.

Las clasificaciones existentes del Rinofima se basaban en la extensión clínica de la enfermedad y los crecimientos lobulares determinaban los grados o divisiones de estas clasificaciones en sentido general. La aplicación del instrumento de evaluación de clasificación clínica de Rodríguez Soto y Morales Navarro <sup>(41)</sup> permitió estudiar las debilidades de las clasificaciones estudiadas. Los resultados de la caracterización clínica del Rinofima demostraron los espacios vacíos en el conocimiento y los pacientes que eran excluidos de las clasificaciones existentes, todo lo cual permitió crear una versión inicial de clasificación en cuatro tipos que facilita el diagnóstico integral de la enfermedad. Para el diseño de la propuesta de clasificación clínica de Rinofima se utilizó la técnica del grupo nominal.

La técnica del grupo nominal combina aspectos del voto secreto con una limitada discusión que permite lograr consenso y conseguir una decisión de equipo, es muy útil en situaciones donde los juicios u opiniones individuales deben expresarse y combinarse para llegar a decisiones que no puede generar una sola persona. Es una estrategia para conseguir información de una manera estructurada, en la cual las ideas son generadas en un ambiente exento de tensión, garantiza una participación

balanceada de todas las personas del grupo, por lo que se aprovecha al máximo el conocimiento y la experiencia de cada uno de los participantes. <sup>(157, 158)</sup>

Se justifica la utilización de los métodos de consenso a partir de la idea de que la mejor manera de lograr un resultado preciso y confiable es consultar un grupo de expertos o personas implicadas en el asunto que puedan aportar conocimientos, nuevas experiencias e ideas novedosas. <sup>(159, 160, 161)</sup>

El presente estudio coincide con varios estudios <sup>(146, 156, 157)</sup> de diseño de protocolos de actuación donde utilizan la técnica del grupo nominal y difiere de la investigación de Bastarrechea Milián y otros, <sup>(145)</sup> donde se utiliza la técnica de la entrevista para el diseño de la clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica.

En la propuesta de protocolo para el manejo inicial del trauma maxilofacial grave. Morales Navarro <sup>(146)</sup> utiliza la técnica del grupo nominal con especialistas de cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "General Calixto García" de alto prestigio a nivel nacional e internacional, el cual coincide con la metodología y los resultados del estudio realizado.

### **IV.3 Discusión de los resultados de la Tercera Etapa. Validación de la propuesta de clasificación del Rinofima**

#### **IV.3.1. Discusión de los resultados de la Fase I. Validación por expertos**

Muchas investigaciones <sup>(162, 163, 164)</sup> coinciden en la utilización del criterio de expertos para determinar la validez de la propuesta.

Se entiende por experto, como la persona capaz de ofrecer valoración conclusiva de un problema con máxima competencia, el juicio de expertos tiene como ventaja generar información pormenorizada acerca de contenidos y temáticas difíciles, complejas, novedosas o poco estudiadas. <sup>(165,166)</sup>

La autora opina que los expertos que formaron parte de la validación en esta investigación fueron capaces de brindar una evaluación fidedigna de la propuesta de la clasificación presentada.

La metodología de la selección y caracterización de los expertos, coincide con las investigaciones de Morales Navarro, <sup>(146)</sup> Jiménez Quintana, <sup>(156)</sup> y Justo Díaz. <sup>(157)</sup>

En el método Agregado Individual, se obtiene la información de cada uno de los expertos, de manera individual, sin que estos se encuentren en contacto, de forma anónima y confidencial <sup>(167)</sup>. Este es un método económico porque, al igual que el método Delphi, no exige que se reúna a los expertos en un lugar determinado. Puede parecer un método limitado porque los expertos no pueden intercambiar sus opiniones, puntos de vista y experiencia, ya que se les requiere individualmente; no obstante, esta limitación puede ser precisamente lo que se esté buscando para evitar los sesgos de los datos ocasionados por conflictos interpersonales, presiones entre los expertos. <sup>(134)</sup>

Es un método de utilización frecuente en la literatura <sup>(134,137,164,168)</sup> y a veces se le denomina método Delphi erróneamente cuando se nombra pero solo se solicita en la investigación el juicio de expertos en una oportunidad. <sup>(137)</sup>

Mendoza y otros <sup>(169)</sup> plantean que, al considerar necesario una valoración de expertos de diferentes lugares, descartaron los métodos de Grupo Nominal, Consenso Grupal

y el método Delphi, ya que se espera tener una participación amplia de expertos, por lo que una comunicación constante con los expertos en varias rondas resultaría una tarea complicada. Por lo tanto, el único método que cumple con las restricciones para un juicio de expertos apropiado corresponde al método de agregado individual.

Cuando se busca una mayor precisión en el análisis de decisiones complejas, se hace necesario recurrir a este método que evita manejar desempates de elecciones o disparidad en decisiones grupales por determinadas razones.<sup>(167,168,169)</sup> La autora en esta investigación seleccionó el método de Agregado Individual ya que los expertos pertenecían a escuelas de formación diferentes, de cuatro especialidades quirúrgicas de la región facial, elemento importante para la no indicación de métodos grupales, como el método Delphi tan usado en la literatura nacional.

La selección del método de experto, no coincide con las investigaciones de Bastarrechea Milián,<sup>(145)</sup> Morales Navarro,<sup>(146)</sup> Jiménez Quintana,<sup>(156)</sup> y Justo Díaz<sup>(157)</sup> que utilizan el método Delphi para la validación de los instrumentos propuestos.

Los aspectos consultados a los expertos se consideraron dentro de la categoría relevante. Ningún aspecto se evaluó de poco relevante y no relevante. La categoría evaluativa de aceptada coincidió con dos investigaciones de Bastarrechea Milián<sup>(145)</sup> "Propuesta de clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica" y el estudio<sup>(170)</sup> "Perfeccionamiento curricular en la carrera de estomatología para la atención al paciente de riesgo quirúrgico y su evaluación".

Morales Navarro<sup>(146)</sup> considera que el índice de dificultad es la proporción de personas que responden correctamente una prueba. Mientras mayor sea esta proporción, menor

será su dificultad. Hurtado <sup>(171)</sup> considera que el índice de dificultad se convierte en un indicador de calidad a una prueba realizada. Jiménez Quintana <sup>(156)</sup> afirma que un valor próximo a uno indica que la mayoría de los sujetos evaluaron positivamente el ítem, siendo un indicador de validez. Lo cual coincide con los resultados positivos de esta investigación.

Las puntuaciones otorgadas por los expertos permitieron considerar que los ítems del instrumento evaluativo de clasificaciones clínicas de Rodríguez Soto y Morales Navarro, <sup>(41)</sup> se aplican de forma relevante y aceptada en la propuesta de clasificación clínica del Rinofima, es decir, esta propuesta es objetiva, clínicamente justificable, exhaustiva, comprensible y excluyente y sensible a cambios.

A través del índice de dificultad del ítems y la aplicación de las categorías evaluativas de Bastarrechea Milián <sup>(146)</sup> fue aceptada por el grupo de expertos la clasificación clínica del rinofima propuesta.

La valoración del contenido de cada tipo de Rinofima a través de las puntuaciones otorgadas por los expertos, permitió verificar la validez del contenido de la propuesta de clasificación del rinofima y calcular su fiabilidad.

La fiabilidad de una escala se refiere a la capacidad que tiene para medir de forma consistente y precisa la característica que pretende medir. El análisis de fiabilidad se ocupa de la precisión del instrumento, es decir, de los errores incontrolables, inevitables e impredecibles asociados a todo proceso de medida. Por tanto, puede decirse que un instrumento es fiable si sus mediciones reflejan exactamente los valores verdaderos del constructo o característica que se investiga. <sup>(135, 143,172)</sup>

Según la calificación establecida, el valor del coeficiente alfa de Cronbach obtenido denota alta confiabilidad. Capote Femenias <sup>(143)</sup> plantea que usualmente, son preferidos valores entre 0,80 y 0,90, lo cual coincide con los resultados de la clasificación clínica del Rinofima propuesta.

Se considera, por tanto, que la valoración de los expertos mediante el método de Agregado Individual es adecuada para juzgar la capacidad del instrumento propuesto, lo que verifica la validez de contenido y asegura la validez de construcción.

#### **IV.3.2 Discusión de los resultados de la Fase II. Validación por usuarios**

Morales Basulto y otros <sup>(142)</sup> plantean que la funcionabilidad y los aspectos de diseño quedaron evaluados en la categoría óptima en el estudio piloto. Lo cual coincide en esta investigación donde la facilidad, sencillez y la comprensión de la clasificación se demostró con los resultados obtenidos.

Al analizar las evaluaciones incorrectas fueron bien clasificadas en el tipo pero no fueron capaces de diferenciar una lesión maligna con un crecimiento fimatoso y es de esperar, ya que correspondían con el grupo de graduados hasta 5 años.

Según Lazzeri <sup>(173)</sup> basado en la investigación de casos notificados de lesiones malignas en pacientes con Rinofima hasta el 2012, identificó 46 casos de neoplasias malignas, de ellas diecinueve fueron diagnosticadas de forma incidental durante los resultados del estudio histopatológico.

Kavoussi <sup>(40)</sup> y Shatkin <sup>(60)</sup> plantean que la apariencia clásica de Rinofima permite un diagnóstico clínico fácil, pero también puede llevar al médico a pasar por alto una

neoplasia maligna coexistente y demuestra la necesidad de un estudio clínico minucioso donde los especialistas deben tener un alto grado de sospecha en la piel fimatosa, con lo cual coincidimos plenamente.

Varios investigadores <sup>(38, 174, 175,176)</sup> recomiendan que todas las muestras de tejido extraídas durante la escisión quirúrgica de una nariz Rinofimatososa se envíen para una evaluación microscópica. Con lo cual coincidimos pero diferimos del planteamiento de Wang, <sup>(177)</sup> el cual plantea que el estudio de biopsia preoperatoria en pacientes con Rinofima puede ser engañoso.

La autora opina que cuando se realizan técnicas de escisión parcial en el Rinofima tipo uno no queda tejido para el estudio histopatológico, este tratamiento es el más utilizado por los autores <sup>(5, 71, 58, 74, 68, 80, 178)</sup> en la literatura revisada, por lo que existe un subregistro de la morbilidad de la enfermedad maligna.

El factor más relevante en el pronóstico de un cáncer de piel, es la precocidad de su diagnóstico para lograr efectivos tratamientos, de menor complejidad y secuelas. <sup>(39)</sup>

La autora considera que la propuesta de clasificación clínica del Rinofima facilita el examen clínico riguroso de todas las subunidades anatómicas nasales, para la detección precoz de lesiones malignas en la piel fimatosa. El estudio evidencia que cualquier tipo de Rinofima puede presentar lesiones de aspecto clínico maligno lo cual va a repercutir durante la planificación quirúrgica del paciente.

La clasificación clínica del Rinofima propuesta es adecuada para el uso en el terreno investigativo y en la práctica de los servicios quirúrgicos que se dediquen al diagnóstico y tratamiento del Rinofima.

## **Conclusiones del Capítulo IV**

En este capítulo se compararon los principales resultados de la investigación según etapas de la misma.

La revisión de la literatura sobre los temas investigados permitió encontrar resultados similares y discutir elementos teóricos que posibilitaron el sustento científico de los mismos y los aportes autora.

## CONCLUSIONES

- La determinación de los pacientes afectados con Rinofima evidenció las características clínicas inexploradas en el estudio clínico de la enfermedad. Las alteraciones en el contorno nasal, posición de la columela, presencia de lesiones de aspecto clínico maligno y la afectación de las subunidades anatómicas nasales sirvieron de base para la elaboración de la clasificación.
- A través de la metodología realizada para la evaluación de las clasificaciones existentes, se consideraron no aceptadas las cuatro clasificaciones estudiadas.
- Se diseñó una propuesta de clasificación clínica del Rinofima, que facilita el diagnóstico integral de la enfermedad.
- La validación de la propuesta de clasificación a través del método de experto y mediante el estudio de usuario, permitió considerarla aceptada para su uso en la práctica profesional de las ciencias médicas y estomatológicas.

## **RECOMENDACIONES**

- Aplicar la propuesta de clasificación clínica del Rinofima a los diferentes servicios que se dediquen al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Desarrollar líneas de investigación con la utilización del instrumento de clasificación propuesto.
- Fortalecer la educación de posgrado en esta esfera del conocimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lucchese IC, Barazzetti DO, Avila DFV, Walter GP, D'Avila AK. Rhinophyma: a surgical treatment option. Rev Bras Cir Plást [Internet]. 2017 [citado 24 Oct 2018]; 32(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.rbc.org.br/details/1851/en-US/rhinophyma--a-surgical-treatment-option>
2. Delis Fernández RE, Roque Sánchez F, Portal Fernández W. Rhinophyma: a report of two cases. Medicentro Electrónica [Internet]. 2017 [citado 11 Ene 2018]; 21(2):174-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432017000200016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200016&lng=es)
3. Pereira Dávalos CI, Díaz Valle RR, Rodríguez Soto A. Clasificaciones del Rinofima. Arch Hosp Calixto García [Internet]. 2019 [citado 11 Ene 2018]; 7(2):247-59. Disponible en: <http://www.revcaxlto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/345/325->
4. Merigo E, Cella L, Oppici A, Fornaini C. Laser-assisted surgery and bioscaffold for the treatment of rhinophyma. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2018 [citado 24 Oct 2018]; 84(5): [aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2018;volume=84;issue=5;spage=629;epage=631;aulast=Merigo>
5. Schweitzer K, Kofler L, Spott C, Krug M, Schulz C, Schnabl SM, et al. Surgical treatment of rhinophyma: experience from a German cohort of 70

- patients. Eur J Dermatol [Internet]. 2017 [citado 11 Ene 2018]; 27(3): 281-5.  
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28524054>
6. Clarós P, Sarr MC, Nyada FB, Clarós A. Rhinophyma: Our experience based on a series of 12 cases. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases [Internet]. 2017 [citado 11 Ene 2018];135(1):17-20.  
Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S187972961730128X?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS187972961730128X%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
7. Gentile RD. Cool Atmospheric Plasma (J-Plasma) and New Options for Facial Contouring and Skin Rejuvenation of the Heavy Face and Neck. Facial Plast Surg [Internet]. 2018 Feb [citado 22 Ene 2020]; 34(01): 066–074.  
Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0037-1621713>
8. Abushaala A, Stavrika M, Khalil H. Microdebrider-Assisted Rhinophyma Excision. Case Reports in Otolaryngology [Internet].2019[citado 26 Oct 2019 ]; 2019:1-5. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/337405597\\_Microdebrider-Assisted\\_Rhinophyma\\_Excision](https://www.researchgate.net/publication/337405597_Microdebrider-Assisted_Rhinophyma_Excision)
9. Pereira Dávalos C, Cuadra Gutiérrez L, Basulto F. Empleo del Adhesivo Tisular Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima (Presentación de 3 casos). Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2006 [citado 23 Abr 2021]; 5(3): 1-9. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/900>

10. Dick MK, Patel BC. Rhinophyma. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 11 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544373/>
11. Antunes M, Frasson G, Ottaviano G, Schiavone M, Pizzol D. Giant rhinophyma in low-resource setting: a case report. Int J Dermatol [Internet]. 2017 [citado 11 Oct 2019]; 56: 875-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ijd.13682>
12. Hassanein AH, Vyas RM, Erdmann-Sager J, Caterson EJ, Pribaz JJ. Management of Rhinophyma: Outcomes Study of the Subunit Method. J Craniofac Surg [Internet]. 2017 May [citado 11 Ene 2018]; 28(3): e247-e250. Disponible en: [https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2017/05000/Management\\_of\\_Rhinophyma\\_Outcomes\\_Study\\_of\\_the.102.aspx](https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2017/05000/Management_of_Rhinophyma_Outcomes_Study_of_the.102.aspx)
13. Chow W, Jeremic G, Sowerby L. Use of the microdebrider in the surgical management of rhinophyma. Ear Nose Throat J [Internet]. 2018 Jan-Feb [citado 11 Ene 2020]; 97(1-2):E42-E45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29493731/>
14. Canto Vidal B, Viera Dosil Á, Pérez García R. Tratamiento quirúrgico de Rinofima. Presentación de dos casos. Medisur [Internet]. 2016 Oct [citado 7 Sep 2018]; 14(5): 579-83. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000500015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000500015)

15. Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: Prevalence, Severity, Impact and Management. Clin Cosmet Investig Dermatol [Internet]. 2020 [citado 11 Jun 2021]; 13:537-551. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32848439/>
16. Crispin MK, Hruza GJ, Kilmer SL. Lasers and Energy-Based Devices in Men. Dermatol Surg [Internet]. 2017 Nov [citado 28 Oct 2018];43 (Suppl 2): S176-S184. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29064982>
17. González LF, Herrera H, Motta A. Tratamiento con electrocirugía del Rinofima moderado-grave. Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. 2017 May [citado 12 ene 2018]; 109(4): e23-e32. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es-pdf-S000173101730385X>
18. Pohl L, Karsai S, Raulin C. Rhinophym. Der Hautarzt [Internet]. 2018 [citado 28 Sep 2019]; 69(10): 853-856. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29637224>
19. Krausz AE, Goldberg DJ, Ciocon DH, Tinklepaugh AJ. Procedural management of rhinophyma: A comprehensive review. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2018 [citado 11 Nov 2019]; 17(6): 960-967. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocd.12770#accessDenialLayout>
20. Wolter A, Scholz T, Liebau J. Giant Rhinophyma: A Rare Case of Total Nasal Obstruction and Restitutio Ad Integrum. Aesthetic Plastic Surgery [Internet].

- 2017 [citado 12 Ene 2018]; 41(4): 905–9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-017-0843-x>
21. Amaral MTSSD, Haddad A, Nahas FX, Juliano Y, Ferreira LM. Impact of Fractional Ablative Carbon Dioxide Laser on the Treatment of Rhinophyma. *Aesthet Surg J* [Internet]. 2018 [citado 7 Sep 2018]; 39(4): NP68-NP75. Disponible en: <https://academic.oup.com/asj/article-abstract/39/4/NP68/5094820?redirectedFrom=fulltext>
  22. Kim NH, Yun SJ, Lee JB. Clinical features of Korean patients with rhinophyma. *J Dermatol* [Internet]. 2016 Jun [citado 7 Sep 2018]; 44(6): 710-2. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1346-8138.13714>
  23. Saad M, Matteucci P. A very severe case of rhinophyma requiring a three-stage reconstruction with a forehead flap. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2020 [citado 12 Ene 2021]; 102(8):e219-e222. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32808811/>
  24. Vishwas KV, Raju BP, Nagaraju U. Managing Rhinophyma by Trimodal Therapy-Novel Approach. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2017 Jun [citado 13 Ene 2018]; 69(2): 176-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5446336/>
  25. Hassanein AH, Caterson EJ, Erdmann-Sager J, Pribaz JJ. The subunit method: A novel excisional approach for rhinophyma. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2016 [citado 15 May 2019]; 74(6): 1276–1278. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(16\)00008-6/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)00008-6/fulltext)

26. Göktay F, Erfan G, Çelik NS, Öztürk C, Doruk T, Albayrak H, et al. Early Cosmetic Results and Midterm Follow-up Findings of Rhinophyma Patients Treated With High-Frequency Electrosurgery and a Discussion on the Severity Assessment of the Disease. *J Cutan Med Surg* [Internet]. 2017 [citado 15 May 2019]; 21(3): 221-226. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28300449>
27. Juhász M, Marmur E. Energy-Based Devices in Male Skin Rejuvenation. *Dermatologic Clinics* [Internet]. 2018 [citado 12 Ene 2018]; 36(1): 21–8. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0733863517301316.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0733863517301316.pdf?locale=es_ES)
28. Croley JA, Reese V, Wagner RF. Dermatologic Features of Classic Movie Villains The Face of Evil. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2017 [citado 21 Oct 2020]; 153(6): 559-564 :[aprox. 6p.]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2614259>
29. Matton G, Pickrell K, Huger W, Pound E. The surgical treatment of rhinophyma: an analysis of fifty-seven cases. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1962 [citado 12 Ene 2018];3 0(4): 403–14. Disponible en: [https://journals.lww.com/plasreconsurg/Citation/1962/10000/THE\\_SURGICAL\\_TREATMENT\\_OF\\_RHINOPHYMA\\_An\\_Analysis.2.aspx](https://journals.lww.com/plasreconsurg/Citation/1962/10000/THE_SURGICAL_TREATMENT_OF_RHINOPHYMA_An_Analysis.2.aspx)
30. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª. Revisión. Edición de 2018. [internet]. Washington, DC: OPS; 2018 [citado 22

may 2021]. Disponible en:

[https://files.sld.cu/dne/files/2019/06/CIE10\\_2018\\_DefVOL2\\_compressed.pdf](https://files.sld.cu/dne/files/2019/06/CIE10_2018_DefVOL2_compressed.pdf)

31. Freeman BS. Reconstructive rhinoplasty for rhinophyma. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1970 Sep [citado 29 Sep 2020]; 46(3): 265-70. Disponible en:  
[https://journals.lww.com/plasreconsurg/Citation/1970/09000/RECONSTRUCTIVE\\_RHINOPLASTY\\_FOR\\_RHINOPHYMA.10.aspx](https://journals.lww.com/plasreconsurg/Citation/1970/09000/RECONSTRUCTIVE_RHINOPLASTY_FOR_RHINOPHYMA.10.aspx)
32. Clark DP, Hanke CW. Electrosurgical treatment of rhinophyma. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1990 May [citado 17 nov 2020]; 22(5): 831-7. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/0190-9622\(90\)70115-X/fulltext](https://www.jaad.org/article/0190-9622(90)70115-X/fulltext)
33. el-Azhary RA, Roenigk RK, Wang TD. Spectrum of results after treatment of rhinophyma with the carbon dioxide laser. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 1991 [citado 17 nov 2020]; 66(9): 899-905. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(12\)61576-6/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(12)61576-6/pdf)
34. Wetzig T, Averbeck M, Simon JC, Kendler M. New Rhinophyma Severity Index and Mid-Term Results following Shave Excision of Rhinophyma. *Dermatology* [Internet]. 2013 [citado 17 nov 2020]; 227(1):31-36. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Pdf/351556>
35. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2019 [citado 12 Ene 2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>

36. Darias Domínguez C, Garrido Celis J. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. Rev. Med. Electrón [Internet]. 2018 Feb [citado 21 Ago 2020]; 40(1): 172-182. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000100017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100017&lng=es).
37. Arginelli F, Salgarelli AC, Ferrari B, Losi A, Bellini P, Magnoni C. Crescentic flap for the reconstruction of the nose after skin cancer resection. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 12]; 44(6):703-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26968933>
38. Pereira DCI, Morales SJR. Reconstrucción postoncológica en la región nasal. Presentación de un caso. En: Congreso Internacional Estomatología 2020 [Internet]; 2020 Nov 1-30 [citado 17 Nov 2020]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/529/420>
39. Hernández-Collazo AA, Ávila-Rangel A, Jiménez-Hernández IA, Santana Rodríguez NR, Tarango-Martínez VM, Macías-Díaz DC. Tumores cutáneos malignos en Rinofima. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2020 [citado 17 Jun 2021]; 64 (5): 606-612. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2020/rmd205n.pdf>
40. Kavoussi H, Ramezani M, Ahmadaghaei F, Ghorbani I, Eftekhari Pirouz H, Kavoussi R. Well-Circumscribed Localized-Rhinophyma as a Very Rare

- Presentation of Rhinophyma. Iran J Otorhinolaryngol [Internet]. 2019 [citado 2021 Jul 17];31(106):323-326. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6764807/>
41. Rodríguez Soto A, Morales Navarro D. Criterios para validar clasificaciones clínicas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2021 [citado 18 Abr 2021]; 58(2): [aprox. 26 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3181>
  42. Dornelas MT, Correa MPD, Dornelas MC, Dornelas GV, Correa LD, Dornelas LV, et al. Rinofima: análise da técnica cirúrgica por *Shave Excision*. Rev. Bras. Cir. Plást [Internet]. 2017 [citado 12 Ene 2020]; 32(3): 328-331 Disponible en: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/868234/en\\_v32n3a04.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/868234/en_v32n3a04.pdf)
  43. Odou BL, Odou ER. Rhinophyma. Am J Surg [Internet].1961 [citado 12 Sep 2020]; 102: 3–16. Disponible en: <https://www.americanjournalofsurgery.com/article/0002-9610%2861%2990678-X/fulltext>
  44. Domenico Ghirlandaio. The complete works [Internet]. 2017 [citado 7 Sep 2020]. Creative Commons License; [aprox. 3p.].Disponible en: <http://www.domenico-ghirlandaio.org/>
  45. Museo Nacional del Prado. Retrato de Anciano. [Internet]. Madrid: Museo Nacional del Prado; 2020 [citado 7 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/retrato-de-anciano/0c193685-7d70-40fd-81d8-da8ced0a1f73>

46. Metropolitan Museum of Art. Frans Hals. Merrymakers at Shrovetide. [Internet]. Nueva York: Metropolitan Museum of Art.; 2020 [citado 7 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.metmuseum.org/es/art/collection/search/436622>
47. Marchionini A. The Relationship of Dermatology to the Arts and Sciences. Arch Dermatol [Internet]. 1961 [citado 21 Oct 2020]; 83(1):15–25. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/526591>
48. Hollaender E. Die. Karikatur und Satire in der Medizin: mediko-kunsthistorisches Studie [Internet]. Stuttgart: Verlag von Ferdinand Enke; 1905 [citado 7 Sep 2020]. Disponible en: <https://iif.wellcomecollection.org/pdf/b24862538>
49. Blanco Moredo E, Valdés Collazo C, Domínguez Sánchez Y, Pereira Dávalos CI, Dunán Mesa LY. Caracterización de pacientes con deformidades faciales. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2021 [citado 20 Oct 2021];, 50(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1377>
50. Blanco Moredo E, Pereira Dávalos CI, Valdés Collazo C, Domínguez Sánchez Y. Deformidad facial: una discapacidad por su repercusión social. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [Internet]. 2017 [citado 11 Sep 2020]; 5(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.revcaxlito.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/229>

51. Blanco Moredo E, Pereira Dávalos C, Domínguez Sánchez Y. Manejo bioético de la información al paciente en el tratamiento de las deformidades faciales. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2018 [citado 20 Oct 2021];, 6(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/256>
52. Gómez TLE, Castillo FD. Sociología de la discapacidad. Tla-melaua [Internet]. 2016 Sep [citado 11 Sep 2020]; 10(40): 176-194. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-69162016000200176&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-69162016000200176&lng=es&tlng=es).
53. Rodríguez Montero P, Toledo Rodríguez Y, Pina García M, Álvarez Martínez Y, León Bernal D. Caracterización clínico-epidemiológica en pacientes discapacitados visuales por retinosis pigmentaria. Sancti Spíritus. 2009-2019. Gac méd espirit [Internet]. 2020 May-ago [citado 26 Sep 2020]; 22(2): [aprox. 11p.]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2051>
54. Forton FM, De Maertelaer V. Two Consecutive Standardized Skin Surface Biopsies: An Improved Sampling Method to Evaluate Demodex Density as a Diagnostic Tool for Rosacea and Demodicosis. Acta Derm Venereol [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 97(2): 242-248. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27573185/>
55. Chougule A, Chatterjee D, Yadav R, Sethi S, De D, Saikia UN. Granulomatous Rosacea Versus Lupus Miliaris Disseminatus Faciei-2 Faces of Facial Granulomatous Disorder: A Clinicohistological and Molecular Study.

- Am J Dermatopathol [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 40(11): 819-823.  
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085956/>
56. Lee WJ, Jung JM, Lee YJ, Won CH, Chang SE, Choi JH, et al. Histopathological Analysis of 226 Patients With Rosacea According to Rosacea Subtype and Severity. Am J Dermatopathol [Internet]. 2016 [citado 29 Sep 2020]; 38(5): 347-352. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/DAD.0000000000000454>
57. Iliev G, Ivanova P. Two-case report of surgical treatment of rhinophyma with coblation. J Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2018 Apr [citado 29 Sep 2020]; 37(2): 269-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19128625/>
58. Rohrich RJ, Griffin JR, Adams WP Jr. Rhinophyma: review and update. Plast Reconstr Surg [Internet]. 2002 Sep 1 [citado 29 Sep 2020]; 110(3): 860-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12172152>
59. Tasîlca R, Georgescu CV, PĂtraşcu V. Adenoid Cystic Basal Cell Carcinoma Arising in Rhinophyma. Curr Health Sci J [Internet]. 2020 [citado 2021 Jul 15]; 46(3):309-314. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/344868458\\_Case\\_Report\\_Adenoid\\_Cystic\\_Basal\\_Cell\\_Carcinoma\\_Arising\\_in\\_Rhinophyma](https://www.researchgate.net/publication/344868458_Case_Report_Adenoid_Cystic_Basal_Cell_Carcinoma_Arising_in_Rhinophyma)
60. Shatkin S J, Shatkin M, Smith K, Beland LE, Oppenheimer AJ. Diffuse Large B-cell Lymphoma Occurring with Rhinophyma: A Case Report. *Cureus* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jul 17];10(4):e2536. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946504/>

61. Lindhaus C, Elsner P. Granuloma Faciale Treatment: A Systematic Review. Acta Derm Venereol. [Internet]. 2018 [citado 2021 Jul 17]; 98(1):14-18. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-2784>
62. Navarrete-Franco G, Barragán-Dessavre M, González-González M, Camacho-Rosas LH. Granuloma facial. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2019 [citado 2021 Jul 17]; 63(6):562-569. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2019/rmd196d.pdf>
63. Allegue, Francisco et al. Rhinophyma-like granuloma faciale. Dermatol Ther [Internet]. 2021 [citado 2021 Jul 17]; 34(2):e14772. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33428322/>
64. Rojas-López, Ricardo & Bermúdez-Flórez, Jorge & Conde Hurtado, Diana & Valdivieso-Cárdenas, Óscar & Garavito-Hernández, Nathalia & Bolívar-Aguilera, Isabel. Signo de la nariz de payaso como manifestación de neoplasia pulmonar. Med Cutan Iber Lat Am [Internet]. 2021 [citado 2021 Jul 15]; 49(1):25-29. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/351693407\\_Signo\\_de\\_la\\_nariz\\_d\\_e\\_payaso\\_como\\_manifestacion\\_de\\_neoplasia\\_pulmonar](https://www.researchgate.net/publication/351693407_Signo_de_la_nariz_d_e_payaso_como_manifestacion_de_neoplasia_pulmonar)
65. García Rodríguez Miguel Emilio. Nariz de payaso como manifestación metastásica en piel de un cáncer del pulmón. AMC [Internet]. 2018 Ago [citado 2021 Jul 15] ; 22( 4 ): 531-539. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000400531&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400531&lng=es)

66. Geyton T, Henderson AH, Morris J, McDonald S. Nasal tip schwannoma mimicking Rhinophyma. BMJ Case Rep [Internet]. 2017 [citado 20 Oct 2020]; 17(3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2017/bcr-2017-223495>
67. Malone CH, DeCrescenzo AJ, Subrt AP, Wagner RF. Rhinophyma graft for repair of the phymatous nasal ala. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 76(4): e123. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28325413>
68. Fink C, Lackey J, Grande DJ. Rhinophyma: A Treatment Review. Dermatol Surg [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 44(2): 275-82. Disponible en: [https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/fulltext/2018/02000/Rhinophyma\\_view.21.aspx](https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/fulltext/2018/02000/Rhinophyma_view.21.aspx)
69. Pereira Dávalos CI. El método de la subunidad en el tratamiento del Rinofima. A propósito de un caso. En: Primera Jornada Virtual de Cirugía Plástica Sancti Spíritus 2020 [Internet]; 2020 nov 30-10 dic [citado 29 Sep 2020]; Sancti Spíritus, Cuba. Disponible en: <http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplass/jvccss2020/paper/view/100/60>
70. Pereira Dávalos CI, Díaz Valle RR. La electrocirugía en el Rinofima. Acta Méd Centro [Internet]. 2021 Abr-jun [citado 8 Abr 2021]; 15(2): 333-345. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1374>

71. Morandi EM, Verstappen R, Metzler J, Kronberger P, Pierer G, Djedovic G. An old problem with a new solution: Cost-effective, easy correction of rhinophyma using a disposable razor. Arch Plast Surg [Internet] 2018 [citado 24 Oct. 2018]; 45(5): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6177633/>
72. Wójcicka K, Żychowska M, Yosef T, Szepietowski J. Tangential Excision Followed by Secondary Intention Healing as a Treatment Method for Giant Rhinophyma—Simple, Safe, and Effective. Dermatol Surg [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 45(6): 859–862. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30256234>
73. Chuang GS, Alfaresi F. Regional Dermabrasion of Nasal Surgical Scars and Rhinophyma Using Electrocautery Scratch Pads. Dermatol Surg [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 44(2): [aprox.3 p.]. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29401164>
74. Al Hamzawi NK, Al Baaj SM. Large Rhinophyma Treated by Surgical Excision and Electrocautery. Case Reports in Surgery [Internet]. 2019 [citado 29 Sep 2020]; 2019: 1-3. Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6683787&blobtype=pdf>
75. Vasconcelos BN, Vasconcellos JB, Fonseca JCM, Fonseca CR. Dermachemabrasion: a safe and effective treatment for rhinophym. Surg Cosmet Dermatol [Internet]. 2016 [citado 29 Sep 2020]; 8(1): 28-31. Disponible

en:<https://pdfs.semanticscholar.org/ff99/88266fc14824941432db4f1abdca88ed9b52.pdf>

76. Monheit G. Regional Dermabrasion of Nasal Surgical Scars and Rhinophyma Using Electrocautery Scratch Pads. *Dermatol Surg* [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 44(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: [https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/Fulltext/2018/02000/Regional\\_Dermabrasion\\_of\\_Nasal\\_Surgical\\_Scars\\_and.28.aspx](https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/Fulltext/2018/02000/Regional_Dermabrasion_of_Nasal_Surgical_Scars_and.28.aspx)
77. Zaimi I, Romanzi A, Gherardini G. Tricks and Tips for Manual Dermabrasion. *Dermatol Surg* [Internet]. 2016 [citado 29 Sep 2020]; 42(12): 1393–1394. Disponible en: [https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/Citation/2016/12000/Tricks\\_and\\_Tips\\_for\\_Manual\\_Dermabrasion.15.aspx](https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/Citation/2016/12000/Tricks_and_Tips_for_Manual_Dermabrasion.15.aspx)
78. Landau M. Commentary on Tricks and Tips for Manual Dermabrasion. *Dermatol Surg* [Internet]. 2016 [citado 29 Sep 2020]; 42(12): 1395. Disponible en: [https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/Citation/2016/12000/Commentary\\_on\\_Tricks\\_and\\_Tips\\_for\\_Manual.16.aspx](https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/Citation/2016/12000/Commentary_on_Tricks_and_Tips_for_Manual.16.aspx)
79. Kalil Gaspar N, Andrade Gaspar AP, Kalil Aidê M. Rinofima: Tratamento prático e seguro com ácido tricloroacético. *Surg Cosmet Dermatol* [internet]. 2014 [citado 4 dic. 2019]; 6(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265535765011>
80. Rodríguez COL, Rodríguez AA. Rinofima. Presentación de tres casos clínicos. En: Congreso Internacional Estomatología 2020 [Internet]; 2020

Nov 1-30 [citado 17 Nov 2020]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020.

Disponible en:

<http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/515/68>

81. Wikström JD, Lapins J. Scanner-assisted carbon dioxide laser correction of severe rhinophyma: case report of a quality-of-life intervention easily learned. *Dermatol Pract Concept* [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 8(2): 85-88. Disponible en: <https://dpcj.org/index.php/dpc/article/view/dermatol-pract-concept-articleid-dp0802a05/dp0802a05-pdf>
82. Jin W, Jin S, Li Z, Jin Z, Jin C. Second intention healing of nasal ala and dorsum defects in Asians. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2019 [citado 29 Sep 2020]; 17: 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31530052/>
83. Torresetti M, Scalise A, Di Benedetto G. Acellular dermal matrix for rhinophyma: Is it worth it? A new case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*[Internet]. 2019 [citado 29 Sep 2020]; 59: 120-123. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31129434/>
84. Gruber PJ, Walen S, Massa ST, Maher IA. Using grafts and granulation to improve nasal repair. *Facial Plast Surg* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 33(1): 20-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226367/>.

85. You H-J, Choi Y-S, Kim D-W. Use of a multilayered acellular dermal substitute with simultaneous full-thickness skin graft for the one-stage coverage of nasal skin defects. *J Cosmet Dermatol* [Internet]. 2020 Nov [citado 29 Sep 2020]; 19(11):3014-3019. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocd.13342>
86. Kim YH, Yoon HW, Chung S, Chung YK. Reconstruction of cutaneous defects of the nasal tip and alar by two different methods. *Arch Craniofac Surg* [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 19(4): 260-263. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6325337/>
87. Marcasciano M, Tarallo M, Maruccia M, Fanelli B, La Viola G, Casella D, et al. Surgical treatment with locoregional flap for the nose. *Biomed Res Int* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 2017: [aprox. 23 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5757109/>
88. Başağaoğlu B, Ali K, Hollier P, Maricevich RS. Approach to reconstruction of nasal defects. *Semin Plast Surg* [Internet]. 2018 May [citado 29 Sep 2020]; 32(2): 75-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5951691/>
89. Cox A, Fort M. Nasal Reconstruction Involving Multiple Subunit Defects. *Facial Plast Surg* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 33(1): 58-66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226371/>
90. Starkman SJ, Williams CT, Sherris DA. Flap Basics I rotation and transposition flaps. *Facial Plast Surg Clin North Am* [Internet]. 2017 Aug

[citado 29 Sep 2020]; 25(3):313-21. Disponible en:

[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064-7406\(17\)30029-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064-7406(17)30029-9).

91. Fernandes JR, Pribaz JJ, Lim AA, Guo L. Nasal reconstruction: current overview. *Ann Plast Surg* [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 81(6S Suppl 1): S30-S4. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30247189>.
92. Sanniec K, Malafa M, Thornton JF. Simplifying the forehead flap for nasal reconstruction: a review of 420 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 140(2): 371-80. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28376026>.
93. Lo Torto F, Redi U, Cigna E, Losco L, Marcasciano M, Casella D, et al. Nasal reconstruction with two stages versus three stages forehead flap: what is better for patients with high vascular risk? *J Craniofac Surg* [Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2020]; 31(1): e57-e60. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31652216>.
94. Hammer D, Williams F, Kim R. Paramedian forehead flap. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* [Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2020]; 28(1): 23-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32008706>.
95. Krishnamurthy A. The Use of a Combined Local Flap for Reconstructing a Complex Nasal Defect. *Indian J Surg* [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 80(2): 194-196. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29915489/>
96. Bayer J, Schwarzmannová K, Dušková M, Novotná K, Kníže J, Sukop A. The nasolabial flap: the most versatile method in facial reconstruction. *Acta*

Chir Plast [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 59(3-4): 135-141.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29651854/>

97. Patel AA, Cheng A. The nasolabial flap. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am [Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2020]; 28(1): 7-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32008710/>
98. Cui MY, Guo S, Wang CC, Lv MZ, Jin SF. Surgical Treatment Strategy for Severe Rhinophyma With Bilateral Pedicled Nasolabial Flaps. J Craniofac Surg [Internet]. 2019 Sep [citado 29 Sep 2020]; 30(6): e542–e544. Disponible en: [https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2019/09000/Surgical\\_Treatment\\_Strategy\\_for\\_Severe\\_Rhinophyma.106.aspx](https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2019/09000/Surgical_Treatment_Strategy_for_Severe_Rhinophyma.106.aspx)
99. Rudy SF, Most SP. Rhinoplasty. JAMA [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 318(14): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2656812>
100. Wong BJF, Friedman O, Hamilton GS 3rd. Grafting Techniques in Primary and Revision Rhinoplasty. Facial Plast Surg Clin North Am [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 26(2): 205-223. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29636151/>
101. Burget GC, Menick FJ. The Subunit Principle in Nasal Reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery [Internet]. 1985 [citado 29 Sep 2020]; 76(2): 239–247. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4023097/>
102. Marin Arias G. Rinofima. En: Coiffman F. Texto de Cirugía plástica, reconstructiva y estética. Colombia: Editorial Amolca; 2007.p. 1698-700; v2.

103. Jansen T, Plewig G. Clinical and histological variants of rhinophyma, including nonsurgical treatment modalities. *Facial Plast Surg* [Internet]. 1998 [citado 17 Nov 2020]; 14(4):241-53. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2008-1064456>
104. Tope WD, Sanguenza OP. Rhinophyma's Fibrous Variant: Histopathology and Immunohistochemistry. *Am. Jr. of Dermatopathology* [Internet]. 1994 Jun [citado 2021 Jul 21] ; 16(3):307-310. Disponible en: [https://journals.lww.com/amjdermatopathology/Abstract/1994/06000/Rhinophyma\\_s\\_Fibrous\\_Variant\\_Histopathology\\_and.14.aspx](https://journals.lww.com/amjdermatopathology/Abstract/1994/06000/Rhinophyma_s_Fibrous_Variant_Histopathology_and.14.aspx)
105. Gether L, Overgaard LK, Egeberg A, Thyssen JP. Incidence and prevalence of rosacea: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* [Internet]. 2018 [citado 26 Sep 2020]; 179(2):282-289. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29478264/>
106. Cline A, McGregor SP, Feldman SR. Medical Management of Facial Redness in Rosacea. *Dermatol Clin* [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 36(2): 151-159. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733-8635\(17\)30168-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733-8635(17)30168-7)
107. Alexis AF, Callender VD, Baldwin HE, Desai SR, Rendon MI, Taylor SC. Global epidemiology and clinical spectrum of rosacea, highlighting skin of color: Review and clinical practice experience. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2019 [citado 29 Sep 2020]; 80(6):1722-1729. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30240779/>

108. Rainer BM, Kang S, Chien AL. Rosacea: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Dermatoendocrinol* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 9(1): [aprox. 52 p.]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19381980.2017.1361574>
109. Ahn CS, Huang WW. Rosacea Pathogenesis. *Dermatol Clin* [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 36(2):81-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29499802/>
110. Van Zuuren EJ. Rosacea. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 377(18): 1754-64. Disponible en: [https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1506630?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1506630?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)
111. Shirzadeh E, Bagheri A, Abdizadeh MF, Kanavi MR. Severe rosacea: A case report. *J Ophthalmic Vis Res* [Internet]. 2017 [citado 18 Sep 2020]; 12: 429-33. Disponible en: <http://www.iovr.org/text.asp?2017/12/4/429/216390>
112. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2002 [citado 24 Oct 2020];46(4):584-7. Disponible en:[https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(02\)42697-7/pdf](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(02)42697-7/pdf)
113. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Liang MH, Odom R, et al. Standard grading system for rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea. *J Am Acad Dermatol*

[Internet]. 2004 [citado 24 Oct 2020]; 50(6):907-12. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(04\)00535-3/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(04)00535-3/fulltext)

114. Micali G, Dall'Oglio F, Verzi AE, Luppino I, Bhatt K, Lacarrubba F. Treatment of erythemato-telangiectatic rosacea with brimonidine alone or combined with vascular laser based on preliminary instrumental evaluation of the vascular component. *Lasers Med Sci*. [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 33(6): 1397-1400. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28889348/>
115. Suggs AK, Macri A, Richmond H, Munavalli G, Friedman PM. Treatment of Erythematotelangiectatic Rosacea With Pulsed-Dye Laser and Oxymetazoline 1.0% Cream: A Retrospective Study. *Lasers Surg Med* [Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2020]; 52(1): 38-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31709571/>
116. Webster G, Draelos ZD, Graber E, Lee MS, Dhawan S, Salman M, Magrath GN. A multicentre, randomized, double-masked, parallel group, vehicle-controlled phase IIb study to evaluate the safety and efficacy of 1% and 3% topical minocycline gel in patients with papulopustular rosacea. *Br J Dermatol* [Internet]. 2020 [citado 28 Oct 2020]; 183(3):471-479. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31907924/>
117. Feaster B, Cline A, Feldman SR, Taylor S. Clinical effectiveness of novel rosacea therapies. *Curr Opin Pharmacol* [Internet]. 2019 [citado 29 Sep 2020]; 46: 14-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30639950/>

118. Layton AM. Pharmacologic treatments for rosacea. *Clin Dermatol* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 35(2): 207-212. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28274361/>
119. Wang L, Li XH, Wen X, Li XX, Du D, Li Y, et al. Retrospective analysis of 19 papulopustular rosacea cases treated with oral minocycline and supramolecular salicylic acid 30% chemical peels. *Exp Ther Med*[Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2020]; 20(2): 1048-1052. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32765658/>
120. Yoo JJ, Thaller SR. Treatment of Rhinophyma With Surgical Excision and Amniotic Membrane. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2019 [citado 4 Oct 2020]; 30(5):1563–1564. Disponible en: <https://insights.ovid.com/craniofacial-surgery/jcrsu/2019/07/000/treatment-rhinophyma-surgical-excision-amniotic/60/00001665>
121. Wollina U, Lotti T, Tchernev G. Otophyma, Rhinophyma and Telangiectatic Rosacea – A Rare Combination in a Female Patient. *OAMJMS* [Internet]. 2017 Jul 7 [citado 29 Oct 2019]; 5(4): 531-2. Disponible en: <https://idpress.eu/mjms/article/view/oamjms.2017.076>
122. Pereira Dávalos CI, Domínguez Sánchez Y, Blanco Moredo E. Otofima y Rinofima, una rara combinación clínica. En: Primera Jornada Virtual de Cirugía Plástica Sancti Spíritus 2020 [Internet]; 2020 Nov 30-Dic 10 [citado 15 dic 2020]; Sancti Spíritus, Cuba. Disponible en: <http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplass/jvccss2020/paper/view/75/50>

123. Azizzadeh-Roodpishi S, Ghanadan A, Daneshpazhooh M, Tavakolpour S, Mahmoudi H. Otophyma in a woman: A rare and neglected clinicopathological entity. *Australas J Dermatol* [Internet]. 2019 [citado 20 Jun 2021]; 60(4):e337-e338. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31064030/>
124. Bednarek R, Warren S, Mousdicas N. Otophyma in Morbihan disease. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 42(4): 462-464. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28247422/>
125. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, Thiboutot D. Standard classification and pathophysiology of rosacea: the 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2018 [citado 29 Sep 2020]; 78(1):148-155. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29089180/>
126. Salcedo AM, Solórzano Torres C, Pazmiño Solórzano C. Manifestaciones oculares en pacientes con Rosácea. *Journal of business and entrepreneurial studies* [Internet]. 2020 Ene-jun [citado 26 Sep 2020]; 4(1):1-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7472733.pdf>
127. Farshchian M, Daveluy S. Rosacea. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 11 Ene 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491506/>
128. Tan J, Almeida LM, Bewley A, Cribier B, Dlova NC, Gallo R, et al. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. *Br J Dermatol*

- [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 176(2): 431-438. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27718519/>
129. Del Rosso JQ, Tanghetti E, Webster G, Stein Gold L, Thiboutot D, Gallo RL. Update on the Management of Rosacea from the American Acne & Rosacea Society (AARS). J Clin Aesthet Dermatol [Internet]. 2019 [citado 29 Sep 2020]; 12(6): 17-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31360284/>
130. Moradi Tuchayi S, Alinia H, Lan L, Awosika O, Cline A, Cardwell LA, et al. Validity and Reliability of a Rosacea Self-Assessment Tool. Dermatol Clin. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 36(2): 93-6. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/321342429\\_VValidity\\_and\\_Reliability\\_of\\_a\\_Rosacea\\_Self-Assessment\\_Tool](https://www.researchgate.net/publication/321342429_VValidity_and_Reliability_of_a_Rosacea_Self-Assessment_Tool)
131. Schaller M, Almeida LM, Bewley A, Cribier B, Dlova NC, Kautz G, et al. Rosacea treatment update: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. Br J Dermatol [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 176(2): 465-471. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27861741/>
132. Thiboutot D, Anderson R, Cook-Bolden F, Draelos Z, Gallo RL, Granstein RD et al. Standard management options for rosacea: The 2019 update by the National Rosacea Society Expert Committee. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. 2020 Jun [citado 29 Sep 2020]; 82(6): 1501-1510. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035944/>

133. Merigo E, Cella L, Oppici A, Fornaini C. Laser-assisted surgery and bioscaffold for the treatment of rhinophyma. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2018 [citado 24 Oct. 2020]; 84(5): [aprox. 3p.]. Disponible en:<http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2018;volume=84;issue=5;spage=629;epage=631;aui=Merigo>
134. Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la Educación [Internet]. 2009 [Citado 2 Jul 2021]; 19(3):228-47. Disponible en: <http://www.servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
135. Mateu López L, Pérez Arrazcaeta S, Cedeño Argilagos C, Cuba Venero MM. Diseño y validación de criterios de competencias para el farmacéutico asistencial. Rev Cubana Farm [Internet]. 2017 [citado 19 Feb. 2021]; 51(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/179/73>
136. Robles Garrote P, Rojas MDC. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. Revista Nebrija de Lingüística Aplicada [Internet]. 2015 [citado 18 Abr 2021]; 18: 1-16. Disponible en: [https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo\\_55002aca89c37.pdf](https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf)
137. Cruz RJ. Acercamiento al criterio de expertos en la investigación. En: Cibamanz2020. Primer Congreso Virtual de Ciencias Básicas biomédicas en Granma [Internet]; 2020 Jun 10-20 [citado 17 Jul 2021]. Granma:Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo, Granma. Disponible en:

<http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/view/478/257>

138. Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, González García R. Algunos métodos de consenso en investigaciones de educación médica. En: EdumedHolguin2019. VIII Edición de las Jornadas Científicas [Internet]; 2019 Dic 19- 2020 Ene 20 [citado 27 Nov 2020]. Holguin, Cuba: Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud de Holguin; 2020. Disponible en: <http://edumedholguin2019.sld.cu/index.php/2019/2019/paper/view/413/282>
139. Díaz Ferrer Y, Cruz Ramírez M, Pérez Pravia MC, Ortiz Cárdenas T. El método criterio de expertos en las investigaciones educacionales: visión desde una muestra de tesis doctorales. Revista Cubana de Educación Superior. [serie en Internet] 2020 Ene-Abr [citado 2020 Mar 25]; 39(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v39n1/0257-4314-rces-39-01-e18.pdf>
140. Jimenez Quintana Z, Grau León IB, Justo Diaz M, Quesada Peña S, Rodriguez Soto A. Diseño y validación de instrumento para medir calidad de vida en pacientes desdentados. En: Congreso Internacional Estomatología 2020 [Internet]; 2020 Nov 1-30 [citado 17 Nov 2020]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020. Disponible en:

<http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/7>

[35](#)

141. Mena García G, González Espangler L, Romero García LI. Propuesta de guía de prevención de malformaciones congénitas bucomaxilofaciales para estomatología. En: Congreso Internacional Estomatología 2020 [Internet]; 2020 Nov 1-30 [citado 17 Nov 2020]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020. Disponible en:

<http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/2>

[5](#)

142. Morales Basulto RD, Viamontes Beltrán J, López Mendoza ET, Suarez Conde Y, López Valladares L. Validación de un software educativo sobre quistes odontógenos de los maxilares. En: Congreso Internacional Estomatología 2020 [Internet]; 2020 Nov 1-30 [citado 17 Nov 2020]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020. Disponible en:

<http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/8>

[5/1](#)

143. Capote Femenias JL, Fouguet Boullon JR. Diseño y validación de instrumento para medir procesos organizativos en estomatología general integral. En: Congreso Internacional Estomatología 2020 [Internet]; 2020 Nov 1-30 [citado 17 Nov 2020]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020.

Disponible en:

<http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/466/90>

144. Morales Carrero, J. Lectura crítica: un proceso inherente a la educación universitaria competente y significativa. Conrado [Internet]. 2020 [citado 6 Ago 2021]; 16(74): 240-247. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442020000300240](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000300240)
145. Bastarrechea Milián Md, Rodríguez Soto A, Morales Navarro D, Barciela González Longoria MC. Clasificación de pacientes especiales según sus requerimientos en la atención estomatológica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2021 [citado 6 Ago 2021]; 58(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en:  
<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3658>
146. Morales Navarro D. Propuesta de protocolo para el manejo inicial del trauma maxilofacial grave. [Tesis] La Habana: UCMH Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez [Internet]. 2018 [citado 6 Jul 2021]; [aprox.150p.]. Disponible en : <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=623>
147. Expósito Unday Dámari, González Valero Jesús Alberto. Sistematización de experiencias como método de investigación. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Ago [citado 2021 Ago 01]; 19( 2 ): 10-16. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000200003&lng=es).

148. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* [Internet]. 2013 Nov 27 [citado 2 Mar 2021]; 310(20): 2191-2194. Disponible en: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
149. Sakhiya J, Sakhiya D, Sakhiya M, Daruwala F. Rhinophyma Successfully Treated with Ultra Plus CO2 Laser: Report of a Case and Literature Review. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2020 [citado 2021 Ago 01]; 11(4):619-622. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32832456/>
150. Kang JK, Lee JS, Choi JH, Shin MS, Yun BM. Surgical treatment of rhinophyma using an ordinary bur. *Arch Craniofac Surg* [Internet]. 2020 [citado 2021 Ago 06]; 21(4):264-267. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32867419/>
151. Mathis J, Ibrahim SF. Erbium-doped Yttrium Aluminium Garnet (Er:YAG) Laser Resurfacing Restores Normal Function and Cosmesis in Patients with Severe Rhinophyma. *J Clin Aesthet Dermatol* [Internet]. 2019 [citado 2021 Ago 06]; 12(7):28-33. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31531160/>
152. Cerci FB. Usefulness of the subunit principle in nasal reconstruction. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 92(5 Suppl 1): 159–162. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5726710/>

153. Joseph AW, Truesdale C, Baker SR. Reconstruction of the Nose. Facial Plast Surg Clin North Am [Internet]. 2019[citado 29 Sep 2020]; Feb;27(1):43-54.Disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30420072/>
154. López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Sánchez Gálvez S, Quintana Álvarez M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2019 [citado 7 Ago 2021]; 48(2(Sup)):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390>
155. Villavicencio-Caparó E, Ruiz-García V, Cabrera-Duffaut A. Validación de cuestionarios. OACTIVA UC Cuenca [Internet]. 2016 may-ago [citado 24 Jul 2021]; 1(3):75-80. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/316058557\\_VALIDACION\\_%20D E\\_CUESTIONARIOS\\_VALIDATION\\_OF\\_QUESTIONNAIRES](https://www.researchgate.net/publication/316058557_VALIDACION_%20D E_CUESTIONARIOS_VALIDATION_OF_QUESTIONNAIRES)
156. Jiménez Quintana Z. Instrumento de medición de calidad de vida relacionado con el componente bucal de la salud en pacientes desdentados. [Tesis] La Habana: UCMH Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez [Internet]. 2018 [citado 6 Jul 2021]. Disponible en: : <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=742>
157. Justo Díaz M. Protocolo de actuación para las rehabilitaciones protésicas estomatológicas con implantes dentales de carga inmediata. [Tesis] La Habana: UCMH Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez [Internet]. 2020 [citado 6 Jul 2021].Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=744>

158. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. International Journal of Clinical Pharmacy [Internet]. 2016 [citado 20 Jun 2021]; 38:655-62. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0257-x>
159. Olaz Capitán AJ. La técnica de grupo nominal en el espacio europeo de Educación Superior. Aposta Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2016 Ene-feb-mar [citado 24 Oct 2019]; (68):107-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4959/495952483005/495952483005.pdf>
160. Palmieri PA. La técnica Delphi: Un método de consenso para la investigación en servicios de salud en Latino América. Ágora Rev Cient [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 04(02):e7. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/323102689\\_La\\_tecnica\\_Delphi\\_Un\\_metodo\\_de\\_consenso\\_para\\_la\\_investigacion\\_en\\_servicios\\_de\\_salud\\_en\\_Latino\\_America](https://www.researchgate.net/publication/323102689_La_tecnica_Delphi_Un_metodo_de_consenso_para_la_investigacion_en_servicios_de_salud_en_Latino_America)
161. Valdez-Penagos RG, Juárez Hernández LG, Tobón S. Diseño de una rúbrica analítica socioformativa para evaluar promoción de salud bucal. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado 18 Abr 2021];, 19(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2890>
162. Zarco Villavicencio A, Cardoso Gómez MA, Sánchez Ruíz JG, Arellano Cobián JF. Construcción y validación por juicio de expertos de un instrumento para medir atribuciones causales de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus. Revista de Salud Pública y Nutrición

[Internet]. 2017 jul-sept [citado 15 Jul 2021]; 16(2):36-44. Disponible en:

[https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75572)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75572](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75572)

163. Arias-Capote J, Molerio-Pérez O, Pérez-Inerárity M. Validación de la Guía general para diagnosticar barreras que afectan la adherencia terapéutica en hipertensos. *Medicentro Electrónica* [revista en Internet]. 2020 [citado 2020 Jun 17]; 24(2):[aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2952>
164. Escudero Sánchez CL, Cortez Suárez LA. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. [Internet]. Editorial UTMACH: Universidad Técnica de Macahala; 2018 [citado 6 Jul 2021]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12501>
165. Burguet Lago I, Rodríguez Rabelo A, Jorge Chacón D. Aplicación de tecnologías para la determinación de la competencia de los expertos. *Rev cuba cienc informat* [Internet]. 2019 [citado 9 Ago 2021]; 13(1):116-126. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2227-18992019000100116](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2227-18992019000100116)
166. Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Edel Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura* [Internet]. 2017 oct [citado 15 feb 2021]; 9(2):42-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>

167. Dorantes-Nova JA, Hernández-Mosqueda JS. Tobón-Tobón S. Juicio de expertos para la validación de un instrumento de medición del síndrome de burnout en la docencia. Ra Ximhai [Internet]. 2016 [citado 8 Jul 2021]; 12(6):327-346. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46148194023>
168. Arteta PY, Moreno PM, Steffanell LI, Aguilar OL, Zuñiga IL. Valoración de los elementos a considerar en el diseño de un modelo de gestión ambiental en cuencas desde un enfoque socialmente responsable mediante la aplicación del método de selección de expertos de agregación individual. espacios [Internet]. 2018 [citado 9 Ago 2021]; 39 (41):2. Disponible en : <http://www.revistaespacios.com/a18v39n41/a18v39n41p02.pdf>
169. Mendoza AI et al. Aplicación del proceso de jerarquía analítica (AHP) para la toma de decisión con juicios de expertos. Ingeniare. Rev chil ing [Internet]. 2019 [citado 8 Jul 2021]; 27(3):348-360. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052019000300348>
170. Bastarrechea Milián M delas M, Rosales Reyes SA, Rodríguez Soto A. Perfeccionamiento curricular en la carrera de estomatología para la atención al paciente de riesgo quirúrgico y su evaluación. En: Convención Internacional de Salud Pública. Cuba 2012 [Internet]; 2012 Dic 3-7 [citado 17 Ago 2021]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas. Disponible en: <https://docplayer.es/78585686-Perfeccionamiento-curricular-en-la-carrera-de-estomatologia-para-la-atencion-al-paciente-de-riesgo-quirurgico-y-su-evaluacion.html>

171. Hurtado Mondoñedo LL. Relación entre los índices de dificultad y discriminación. Rev. Digit. Invest. Docencia Univ. [Internet]. 2018 [citado 28 Ago 2021]; 12(1): 273-300. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/ridu/v12n1/a16v12n1.pdf>
172. Moral de la Rubia J, Rodríguez Franco NI. Consistencia interna y estructura factorial del Perfil de Impacto de Salud Oral aplicado a la enfermedad periodontal en una muestra de población general de adultos mexicanos. Referencias bibliográficas Universitas Odontológica [Internet]. 2017 jul-dic [citado 9 Jul 2021]; 36(77):1-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231254499015>
173. Lazzeri D, Agostini T, Pantaloni M, Spinelli G. Rhinophyma and non-melanoma skin cancer: an update. Ann Chir Plast Esthet [Internet]. 2012 [citado 17 Nov 2020]; 57(2): 183-4. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0294-1260\(12\)00020-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0294-1260(12)00020-9)
174. Cohen PR. Basal cell carcinoma associated with non-neoplastic cutaneous conditions: a comprehensive review. Dermatol Online J[Internet]. 2021 [citado 17 Ago 2021]; 27(2):13030/qt37k7465h. disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33818975/>
175. Morales Navarro D, Barreto Orozco V. Reconstrucción alar tridimensional por exéresis de carcinoma basocelular en paciente geriátrico. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2021]; 56(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2021>.

176. Neagu TP et al. A Curious Case of Rhinophyma in a 73-Year-Old Patient. Modern medicine [Internet]. 2017 [citado 13 Ago 2021]; 24(2):111-115. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/319066820\\_A\\_Curious\\_Case\\_of\\_Rhinophyma\\_in\\_a\\_73-Year-Old\\_Patient](https://www.researchgate.net/publication/319066820_A_Curious_Case_of_Rhinophyma_in_a_73-Year-Old_Patient)
177. Wang Y, Allen PW. Giant Rhinophyma. Adv Anat Pathol[Internet]. 2020 [citado 17 Ago 2021]; 27(6):422-424. disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33027095/>
178. Chowdhary S, Alexander A. Giant rhinophyma. BMJ Case Rep [Internet]. 2021 [citado 17 Ago 2021]; 14(1): e239860. Disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33431478/>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1.** Consentimiento informado. Información al paciente.

Objetivo: Obtener el consentimiento informado de los pacientes para participar en la investigación.

Estimado Paciente,

En la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana se desarrolla un proyecto de investigación con el objetivo de diseñar una propuesta de clasificación clínica del Rinofima. Se le proporcionará información y se le invitará a ser parte de ella. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado y puede que contenga términos que usted no comprenda, por lo que siéntase con la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido la Investigación y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este documento.

De su participación en el estudio: se le realizará la confección de la historia clínica y el examen físico de la región nasal.

Todos los datos que de sus respuestas y del examen físico se deriven, serán tratados con confidencialidad.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento, y de haber podido aclarar todas sus dudas, puede, si lo desea, firmar el acta de Consentimiento Informado del Proyecto.

## Acta de Consentimiento Informado

A través de la presente, declaro y manifiesto, libre y espontáneamente y en consecuencia acepto que:

1. He leído y comprendido la información anteriormente entregada y que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
2. He sido informado /a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido.
3. Tengo conocimiento del procedimiento a realizar.
4. Conozco los beneficios de participar en la Investigación
5. El procedimiento no tiene riesgo alguno para mi salud.
6. Autorizo a usar mi caso para investigación protegiendo mi identidad

Doy mi consentimiento al investigador, a realizar el procedimiento diagnóstico pertinente. Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_

### Sección a llenar por el Investigador Principal

Se ha explicado al Sr(a) \_\_\_\_\_ la naturaleza de la investigación, Se ha contestado a las preguntas y preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente proporcionada por el Comité Ético de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Nombre del Investigador Principal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_.

## Anexo 2

Planilla de recolección de datos:

Identificación del paciente: número \_\_\_

1. Edad: Menor de 50. \_\_\_ 50 - 59. \_\_\_ 60 y más. \_\_\_

2. Sexo: M. \_\_\_ F. \_\_\_

3. Textura: Lisa. \_\_\_ Rugosa. \_\_\_

4. Lesiones de aspecto maligno: Si. \_\_\_ No. \_\_\_

5. Columela: Estable. \_\_\_ Desviada. \_\_\_ No visible. \_\_\_

6. Orificios nasales: Simétricos. \_\_\_ Asimétricos. \_\_\_ No visibles. \_\_\_

7. Contorno nasal: Mantenido. \_\_\_ Perdido. \_\_\_

8. Extensión del Rinofima: número de subunidades afectadas

Son siete subunidades (los triángulos blandos quedan incluidos en la subunidad de la punta)

Uno \_\_\_ dos \_\_\_ tres \_\_\_ cuatro \_\_\_ cinco \_\_\_ seis \_\_\_ siete \_\_\_

### **Anexo 3.** Consentimiento informado de los evaluadores

Estimado investigador.

En la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana se desarrolla un proyecto de investigación con el objetivo de diseñar y validar una nueva clasificación clínica del Rinofima. Esta propuesta, permitirá un diagnóstico integral de la enfermedad, para lograr una mejor organización y calidad de la atención. Por la responsabilidad que le han conferido y su conocimiento sobre este aspecto, solicitamos de su apoyo, el cual nos resultará de gran valor y utilidad. Su participación consistirá en formar parte del grupo de especialistas que intervendrá en la evaluación de las clasificaciones existentes del Rinofima.

El respeto a los aspectos éticos exigidos en una investigación de este tipo constituye una premisa de primer orden en todo momento del estudio. Queremos precisar de UD. la voluntariedad de participar en esta investigación. En caso de aceptar manifiéstelo mediante la firma de este documento donde declara el compromiso a participar de forma sincera y veraz en el proceso investigativo. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, la cual será respetada en su integridad. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La recogida de su información se realizará sin la presencia de personas no involucradas en el estudio, lo que garantiza la privacidad. La confiabilidad de los datos solo se publicará en forma resumida y con fines científicos.

## Declaración de la voluntariedad

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio. Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente

Nombre y apellidos del participante\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

#### **Anexo 4.** Encuesta para la evaluación de clasificaciones existentes

##### CONSULTA A INVESTIGADOR

Objetivo: Evaluar clasificaciones existentes del Rinofima, a través del instrumento evaluativo de clasificaciones de Rodríguez Soto y Morales Navarro, que permita identificar herramientas que puedan ser de utilidad en el diseño del nuevo instrumento de clasificación.

Clasificación de \_\_\_\_\_

Descripción de la clasificación:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

En la tabla que mostramos a continuación aparecen reflejados los aspectos que se desean evaluar. Teniendo en cuenta la siguiente escala evalúe cada aspecto según su criterio.

Escala:

MR: muy relevante. BR: bastante relevante. R: relevante. PR: poco relevante. NR: no relevante.

No	Criterios validez de una clasificación clínica	Grado relevancia				
		MR	BR	R	PR	NR
1	OBJETIVIDAD: Debe quedar claro y verificable el diagnóstico de la enfermedad sin prestarse a dudas por los profesionales que usen la clasificación.					
2	CLÍNICAMENTE JUSTIFICABLE: Debe ser fruto de una necesidad real de mejorar clasificaciones existentes o de hacer una nueva para Mejorar la atención al paciente (diagnóstico, tratamiento o rehabilitación)					
3	EXHAUSTIVA: No puede quedar fuera de la clasificación ningún paciente que padezca la enfermedad.					
4	COMPENSIBLE Y EXCLUYENTE: No puede haber duda entre una categoría y otra de la clasificación y					

	cada paciente se ubica en una y solo una categoría de la clasificación.					
5	SENSIBLES A CAMBIOS: Un paciente que sufra modificaciones con respecto a la enfermedad y por sus características no pertenezca a la categoría que fue ubicado, la clasificación debe tener la posibilidad de que sea reubicado en otra de sus categorías.					

Siempre que usted evalúe de “Poco relevante” (PR) o no relevante (NR) algunos de los aspectos, agradeceríamos expresara sus criterios.

Aspecto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muchas gracias por su colaboración.

## **Anexo 5.** Diseño metodológico de la triangulación intermétodo.

Mediante la triangulación metodológica intermétodo, se presentó los elementos a triangular:

- La planilla de recolección de datos de la investigación cuantitativa en la determinación de las características que intervienen en el diagnóstico integral del Rinofima.
- El instrumento evaluativo de Rodríguez Soto y Morales Navarro utilizado en la evaluación de las clasificaciones clínicas existentes del Rinofima.
- Sistematización de información mediante el estudio del arte.
- Sistematización de experiencia de la autora.

Los aspectos para triangular:

- Severidad de la enfermedad por la extensión.
- Afectación del contorno nasal por el rinofima.
- Columela y orificios nasales en el soporte de la punta nasal.
- Textura de la superficie en la piel fimatosa.
- Lesiones de aspecto maligno en la piel fimatosa.

Se entrecruzaron los resultados para determinar los aspectos a tener presente en el diseño de la primera versión de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima.

**Anexo 6.** Consentimiento informado de los especialistas participantes del Grupo Nominal.

Objetivo: Obtener consentimiento informado de los especialistas para participar en el Grupo Nominal.

Estimado Colaborador,

En la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana se desarrolla un proyecto de investigación con el objetivo de diseñar y validar una nueva clasificación clínica del Rinofima. Su participación consistirá en formar parte del grupo de especialistas que intervendrá en el diseño del nuevo Instrumento.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como cansancio. En caso de que esto le llegase a suceder, podrá interrumpir la sesión y continuar en otro momento que usted decida. Si usted accede a colaborar, está en el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que dicha decisión tenga alguna consecuencia negativa para usted.

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero es probable que su participación contribuya a que en un futuro esta clasificación clínica del Rinofima pueda emplearse en los servicios de las especialidades quirúrgicas que se dediquen al diagnóstico y tratamiento del Rinofima y permitirá un diagnóstico integral de la enfermedad, para lograr una mejor organización y calidad de la atención. Queremos

comentarle, además, que la información que recojamos acerca de usted en este estudio, se mantendrá confidencial y cualquier dato personal tendrá un número en vez de su nombre.

Si tiene alguna duda o pregunta puede contactar a: Concepción Pereira Dávalos a través del teléfono 77663063 o del correo electrónico:

concepción.pereira@infomed.sld.cu.

Declaración de la voluntariedad

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio.

Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente

Nombre y apellidos del participante\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

## **Anexo 7.** Encuesta autoevaluación de competencias

Objetivo: Determinar el coeficiente de competencia de los especialistas seleccionados sobre el tema de investigación.

Consulta a especialistas

Compañero (a): por su experiencia como especialista en Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "General Calixto García", necesitamos su cooperación para la creación de una propuesta de "clasificación clínica del Rinofima", que tiene como objetivo realizar un diagnóstico integral de la enfermedad, lograr una mejor organización y calidad de la atención.

Usted será consultado respecto a los aspectos más importantes que se quieren incluir en la elaboración de una nueva clasificación clínica del Rinofima. Las preguntas que se realizarán no tienen fin evaluativo y sus respuestas serán de carácter anónimo.

Gracias.

Por favor, llene la siguiente información.

Grado de la especialidad \_\_\_\_\_

Categoría científica \_\_\_\_\_

Categoría docente \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Años de experiencia \_\_\_\_\_

1. En la tabla que aparece a continuación se le propone una escala del 1 al 10, que va en orden ascendente (del desconocimiento al conocimiento profundo). Marque la cuadrícula que considere se corresponde con el grado de conocimiento que posee sobre el tema.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Marque con una cruz las fuentes de argumentación que Usted considera han influido en su conocimiento sobre el tema, en un grado alto, medio o bajo.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados			
Experiencia como profesional			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Sus propios conocimientos sobre el estado del problema de investigación			
Su intuición			

**Anexo 8.** Tabla patrón para determinar Coeficiente de argumentación

Objetivo: Ofrecer la tabla patrón que permita calcular el coeficiente de argumentación.

Fuentes de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados	0,3	0,2	0,1
Experiencia como profesional	0,5	0,4	0,2
Trabajos de autores nacionales	0,05	0,05	0,05
Trabajos de autores extranjeros	0,05	0,05	0,05
Sus propios conocimientos sobre el estado del problema de investigación	0,05	0,05	0,05
Su intuición	0,05	0,05	0,05

**Anexo 9.** Consentimiento informado de los expertos participantes de la consulta por el método Agregado individual

Objetivo: Obtener consentimiento informado de los expertos para participar en la consulta por el método Agregado individual

Estimado Colaborador,

En la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana se desarrolla un proyecto de investigación con el objetivo de diseñar y validar una nueva clasificación clínica del Rinofima. Su participación consistirá en formar parte del grupo de expertos que intervendrá en la evaluación del nuevo Instrumento.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como cansancio. En caso de que esto le llegase a suceder, podrá interrumpir la sesión y continuar en otro momento que usted decida. Si usted accede a colaborar, está en el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que dicha decisión tenga alguna consecuencia negativa para usted.

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero es probable que su participación contribuya a que en un futuro esta clasificación clínica del Rinofima pueda emplearse en los servicios de las especialidades quirúrgicas que se dediquen al diagnóstico y tratamiento del Rinofima y permitirá un diagnóstico integral de la enfermedad, para lograr una mejor organización y calidad de la atención. Queremos comentarle, además, que la información que recojamos acerca de usted en este

estudio, se mantendrá confidencial y cualquier dato personal tendrá un número en vez de su nombre.

Si tiene alguna duda o pregunta puede contactar a: Concepción Pereira Dávalos a través del teléfono 77663063 o del correo electrónico:  
concepción.pereira@infomed.sld.cu.

Declaración de la voluntariedad

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio.

Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente

Nombre y apellidos del participante\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

## **Anexo 10.** Encuesta autoevaluación de competencias

Objetivo: Determinar el coeficiente de competencia de los expertos seleccionados sobre el tema de investigación.

Estimado Profesor (a): por su experiencia en el diagnóstico y tratamiento del Rinofima necesitamos su cooperación para el desarrollo de una nueva clasificación clínica del Rinofima como parte de una investigación doctoral.

Usted ha sido seleccionado para validar la clasificación clínica del Rinofima. Las preguntas que se realizarán no tienen fin evaluativo y sus respuestas serán de carácter anónimo.

Gracias.

Por favor, llene la siguiente información.

Especialidad. \_\_\_\_\_

Grado de la especialidad. \_\_\_\_\_

Categoría científica. \_\_\_\_\_

Categoría docente. \_\_\_\_\_

Cargo. \_\_\_\_\_

Años de experiencia. \_\_\_\_\_

3. En la tabla que aparece a continuación se le propone una escala del 1 al 10, que va en orden ascendente (del desconocimiento al conocimiento profundo).

Marque la cuadrícula que considere se corresponde con el grado de conocimiento que posee sobre el tema.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Marque con una cruz las fuentes de argumentación que Usted considera han influido en su conocimiento sobre el tema, en un grado alto, medio o bajo.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados			
Experiencia como profesional			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Sus propios conocimientos sobre el estado del problema de investigación			
Su intuición			

**Anexo 11.** Encuesta para valorar la pertinencia científica y metodológica de la clasificación clínica del Rinofima.

Objetivo: determinar mediante el criterio de expertos la validez de la nueva clasificación clínica del Rinofima a través del instrumento de evaluación de clasificaciones clínicas de Rodríguez Soto y Morales Navarro.

Estimado Dr. (a)

Por su elevada preparación y experiencia, Ud. ha sido seleccionado para valorar la Clasificación clínica del Rinofima.

Indicaciones:

A continuación, le presentamos una tabla con los aspectos que se desean consultar.

A la derecha aparece la escala para marcar el grado de relevancia: MR: muy relevante. BR: bastante relevante. R: relevante. PR: poco relevante. NR: no relevante.

Le agradecemos anticipadamente el esfuerzo que sabemos hará para responder, con la mayor fidelidad posible a su manera de pensar la presente encuesta.

\_ Marque con una cruz (X) en la celda que se corresponda con el grado de relevancia que usted otorga a cada uno de los criterios.

No	Criterios	Grado relevancia				
		MR	BR	R	PR	NR

1	<p><b>OBJETIVIDAD:</b> Debe quedar claro y verificable el diagnóstico de la enfermedad sin prestarse a dudas por los profesionales que usen la clasificación.</p>					
2	<p><b>CLÍNICAMENTE JUSTIFICABLE:</b></p> <p>Debe ser fruto de una necesidad real de mejorar clasificaciones existentes o de hacer una nueva para Mejorar la atención al paciente (diagnóstico, tratamiento o rehabilitación)</p>					
3	<p><b>EXHAUSTIVA:</b> No puede quedar fuera de la clasificación ningún paciente que padezca la enfermedad.</p>					
4	<p><b>COMPRESIBLE Y EXCLUYENTE:</b></p> <p>No puede haber duda entre una categoría y otra de la clasificación y cada paciente se ubica en Una y solo una categoría de la clasificación.</p>					
5	<p><b>SENSIBLES A CAMBIOS:</b> Un paciente que sufra modificaciones con respecto</p>					

	a la enfermedad y por sus características no pertenezca a la categoría que fue ubicado, la clasificación debe tener la posibilidad de que sea reubicado en otra de sus categorías.					
--	--	--	--	--	--	--

Si considera que a la propuesta anterior se le debe agregar o eliminar otro (s) criterio (s), señale los mismos:

---

---

---

---

---

---

---

---

Otras sugerencias:

---

---

---

Gracias

**Anexo 12.** Encuesta para valorar la pertinencia científica y metodológica de contenido de la clasificación clínica del Rinofima.

Objetivo: determinar mediante el criterio de expertos la validez de contenido de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima.

Estimado Dr. (a)

Por su elevada preparación y experiencia, Ud. ha sido seleccionado para valorar la Clasificación clínica del Rinofima.

Indicaciones:

A continuación, le presentamos una tabla con los aspectos que se desean consultar.

A la derecha aparece la escala para marcar el grado de relevancia: MR: muy relevante. BR: bastante relevante. R: relevante. PR: poco relevante. NR: no relevante.

Le agradecemos anticipadamente el esfuerzo que sabemos hará para responder, con la mayor fidelidad posible a su manera de pensar la presente encuesta.

\_ Marque con una cruz (X) en la celda que se corresponda con el grado de relevancia que usted otorga a cada uno de los criterios.

No	Criterios	Grado relevancia				
		MR	BR	R	PR	NR
1	<p>TIPO 1: Engrosamiento de la piel sin pérdida del contorno nasal</p> <p>Descripción: Pueden existir subunidades nasales clínicamente sanas pero al menos en una subunidad o en varias se observa engrosamiento dérmico que no afecta el contorno de la subunidad; la superficie de la piel puede tener una textura lisa o rugosa con telangiectasias y comedones.</p>					
2	<p>TIPO 2: Engrosamiento de la piel con pérdida del contorno nasal</p> <p>Descripción: Pueden existir subunidades nasales clínicamente sanas o con engrosamiento que no afectan el contorno nasal, pero al menos en una subunidad o en varias se observa engrosamiento dérmico</p>					

	<p>que afecta el contorno de la subunidad con quistes, nódulos lóbulos y fisuras.</p> <p>Piel de textura lisa, rugosa o mixta con telangiectasias y cambios de coloración. Las subunidades se engrosan sin fusionarse. Se puede observar desviación septal y orificios nasales asimétricos por el peso del tejido fimatoso, pero la columela soporta la punta nasal.</p>					
3	<p>Tipo 3: Rinofima gigante</p> <p>Descripción: Fusión de las subunidades anatómica nasales, sobre todo las alas y la punta, lo que origina una masa pendular de crecimiento variable que cae sobre el labio superior y puede extenderse sobre el labio inferior, mentón o al cuello.</p> <p>Ángulo nasolabial cerrado, desviación septal y colapso de las válvulas nasales por el peso del tejido fimatoso todo lo cual produce dificultad</p>					

	respiratoria. En la vista antero inferior no se observan los orificios nasales.					
4	<p>Tipo 4: Rinofima con lesión de aspecto clínico maligno.</p> <p>Descripción: Puede observarse en cualquier tipo de Rinofima descrita anteriormente pero que presente en la superficie de la piel alguna lesión de aspecto clínico maligno.</p>					

Si considera que a la propuesta anterior se le debe agregar o eliminar otro (s) criterio (s), señale los mismos:

---



---

Otras sugerencias:

---



---



---



---



---



---

Gracias

**Anexo 13.** Diseño metodológico de la fiabilidad de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima.

Mediante la consulta de criterio de expertos Agregado Individual, sobre la validez de contenido de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima. Los criterios se midieron en una escala tipo Likert donde se consideró cada ítem con valor de: uno (no relevante), dos (poco de relevante), tres (relevante), cuatro (bastante relevante) y cinco (muy relevante).

El puntaje por ítem de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima (indicador de validez de contenido del instrumento propuesto) se realizó, a través de la suma de los criterios señalados por los evaluadores por ítems. Se consideraron como respuestas correctas (relevantes) por ítem las evaluaciones de tres, cuatro y cinco, es decir, cifras altas evaluativas<sup>(146)</sup>. Se consideraron como respuestas incorrectas (no relevantes) las evaluaciones uno y dos, es decir cifras bajas evaluativas.

Se calculó la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, mediante el uso del programa para análisis epidemiológico de datos tabulados (EPIDAT) versión 3.1.

#### **Anexo 14.** Consentimiento informado de los usuarios en la prueba piloto

Objetivo: Obtener consentimiento informado de los especialistas para participar en la investigación.

Estimado Colaborador,

En la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana se desarrolla un proyecto de investigación con el objetivo de diseñar y validar una nueva clasificación clínica del Rinofima. Su participación consistirá en formar parte del grupo de especialistas que intervendrá en la evaluación en la práctica de la nueva clasificación clínica del Rinofima.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como cansancio. En caso de que esto le llegase a suceder, podrá interrumpir la sesión y continuar en otro momento que usted decida. Si usted accede a colaborar, está en el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que dicha decisión tenga alguna consecuencia negativa para usted.

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero es probable que su participación contribuya a que en un futuro esta clasificación clínica del Rinofima pueda emplearse en los servicios de las especialidades quirúrgicas que se dediquen al diagnóstico y tratamiento del Rinofima y permitirá un diagnóstico integral de la enfermedad, para lograr una mejor organización y calidad de la atención. Queremos comentarle, además, que la información que recojamos acerca de usted en este estudio, se mantendrá confidencial y cualquier dato personal tendrá un número en vez de su nombre.

Si tiene alguna duda o pregunta puede contactar a: Concepción Pereira Dávalos a través del teléfono 77663063 o del correo electrónico: [concepción.pereira@infomed.sld.cu](mailto:concepción.pereira@infomed.sld.cu).

#### Declaración de la voluntariedad

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio.

Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente

Nombre y apellidos del participante\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

## **Anexo 15.** Cuestionario a usuario

Compañero (a): necesitamos su colaboración para la validación de la clasificación clínica del Rinofima en la práctica, que tiene como objetivo realizar un diagnóstico integral de la enfermedad, lograr una mejor organización y calidad en la atención.

Por favor, llene la siguiente información.

Grado de la especialidad: Primer grado.\_\_\_\_ Segundo grado.\_\_\_\_

Años de experiencia: Hasta 5 años.\_\_\_\_ Más de 5 años.\_\_\_\_

Se mostraran un total de 30 pacientes enfermos con Rinofima. Clasifique según la propuesta de clasificación clínica del Rinofima.

Tipo: 1. Engrosamiento de la piel sin pérdida del contorno nasal

Descripción: Pueden existir subunidades nasales clínicamente sanas pero al menos en una subunidad o en varias se observa engrosamiento dérmico que no afecta el contorno de la subunidad; la superficie de la piel puede tener una textura lisa o rugosa con telangiectasias y comedones.

Tipo: 2. Engrosamiento de la piel con pérdida del contorno nasal

Descripción: Pueden existir subunidades nasales clínicamente sanas o con engrosamiento que no afectan el contorno nasal, pero al menos en una subunidad o en varias se observa engrosamiento dérmico que afecta el contorno de la subunidad con quistes, nódulos lóbulos y fisuras. Piel de textura lisa, rugosa o mixta con telangiectasias y cambios de coloración. Las

subunidades se engrosan sin fusionarse. Se puede observar desviación septal y orificios nasales asimétricos por el peso del tejido fimatoso, pero la columela soporta la punta nasal.

Tipo: 3. Rinofima gigante

Descripción: Fusión de las subunidades anatómica nasales, sobre todo las alas y la punta, lo que origina una masa pendular de crecimiento variable que cae sobre el labio superior y puede extenderse sobre el labio inferior, mentón o al cuello. Ángulo nasolabial cerrado, desviación septal y colapso de las válvulas nasales por el peso del tejido fimatoso todo lo cual produce dificultad respiratoria. En la vista antero inferior no se observan los orificios nasales.

Tipo: 4. Rinofima con lesión de aspecto clínico maligno.

Descripción: Puede observarse en cualquier tipo de Rinofima descrita anteriormente pero que presente en la superficie de la piel alguna lesión de aspecto clínico maligno.

No	tipo 1	Tipo 2	Tipo3	Tipo 4
1				
2				
3				
4				

<b>5</b>				
<b>6</b>				
<b>7</b>				
<b>8</b>				
<b>9</b>				
<b>10</b>				
<b>11</b>				
<b>12</b>				
<b>13</b>				
<b>14</b>				
<b>15</b>				
<b>16</b>				
<b>17</b>				
<b>18</b>				
<b>19</b>				
<b>20</b>				
<b>21</b>				

<b>22</b>				
<b>23</b>				
<b>24</b>				
<b>25</b>				
<b>26</b>				
<b>27</b>				
<b>28</b>				
<b>29</b>				
<b>30</b>				

Siempre que usted no pueda realizar la clasificación, agradeceríamos expresara sus criterios. Fotografías número \_\_\_\_ u otro aspecto a señalar

Aspecto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Muchas gracias por su colaboración.

**Anexo 16** Consentimiento informado. Uso de fotografías

El que suscribe: \_\_\_\_\_ está de acuerdo en participar en la Investigación "Rinofima"; asimismo estoy de acuerdo en que se me practiquen los exámenes que se requieran. Para dar este consentimiento he recibido una explicación amplia de la Doctora Concepción Isabel Pereira Dávalos.

Quien me ha informado: Que el Rinofima es una enfermedad muy poco frecuente por lo que los datos de mi historia clínica ambulatoria, resúmenes de mi operación, fotografías, serán guardados por la Dra. Concepción Pereira con el objetivo de realizar investigaciones futuras.

Esta aprobación es totalmente voluntaria y no representa ningún compromiso, pues estoy en plena libertad de no aceptarla o retirarla cuando estime conveniente, con garantía de recibir una atención adecuada.

Se mantendrá la confidencialidad de mis datos y autorizo al uso de mis fotografías para realizar la investigación y publicación de los resultados.

Por tanto, al firmar este documento autorizo se me incluya en el estudio.

Y para que conste por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el Doctor que me ha dado las explicaciones, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Paciente: Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Cirujano(a) Maxilofacial: Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Anexo 17. Tabla clave de evaluación de usuarios

Clave de evaluación	
Tipos	casos
Tipo 1	2,5,13,18,20,29
Tipo2	1,6,9,10,14,16,21,23,25,26,30
Tipo3	4,7,15,17,22,28
Tipo 4	3,8,11,12,19,24,27

**Anexo 18.** Resultado de la triangulación metodológica intermétodo

Aspectos a triangular	Planilla de recolección de datos.	Instrumento evaluador (Evaluación)	Estudio del arte.(SI)	Análisis de experiencia (SE)
Severidad por la extensión	x	x	x	x
Afectación del contorno nasal por el rinofima	x	-	-	x
Columela y orificios nasales. Dificultad respiratoria alta.	x	x	x	x
Textura de la superficie en la piel fimatosa	x	x	x	x
Lesiones de aspecto maligno en la piel fimatosa	x	-	x	x

Legenda: SI: Sistematización información. SE: Sistematización experiencia

Resultados de los aspectos triangulados:

- Severidad de la enfermedad por extensión: en la literatura revisada y en la evaluación de las clasificaciones se refieren a la severidad de la enfermedad por la formación de nódulos, lóbulos y la magnitud del crecimiento fimatoso. En la determinación de las características clínicas y la sistematización de la experiencia de la autora enfocan la severidad de acuerdo con la afectación de las subunidades estéticas nasales.
- Afectación del contorno nasal por el Rinofima. En la determinación de las características clínicas y la sistematización de la experiencia de la autora es un elemento a tener en cuenta en la severidad de la enfermedad.
- Columela y orificios nasales en el soporte de la punta nasal. Las características clínicas son inexploradas pero todos los métodos se refieren, al rinofima severo o gigante con la presencia de dificultad respiratoria alta.
- Textura de la superficie en la piel fimatosa. Las clasificaciones existentes y el estudio del arte, se refieren a la textura rugosa fundamentalmente, en el estudio cuantitativo y sistematización de experiencia, quedó evidenciado la presencia de rinofima de superficie lisa.
- Lesiones de aspecto maligno en la piel fimatosa. Las clasificaciones existentes no utilizan este elemento en la clasificación, pero sí quedó evidenciado a través del resto de los métodos entrecruzados la presencia de lesiones malignas en la piel fimatosa.

## **Anexo 19. Propuesta de clasificación Clínica del Rinofima. Versión inicial**

### Tipo 1

Existe un engrosamiento de la piel sin pérdida del contorno nasal

La superficie de la piel puede tener una textura lisa o rugosa, la nariz puede estar alargada. Pudiera presentar afectación grado 0 en una o varias subunidades pero lo que la define es la afectación de grado 1 en alguna subunidad anatómica nasal o en varias.

Grado 0: Sin afectación dérmica clínicamente apreciable

Grado 1: Engrosamiento dérmico que no afecta el contorno de la subunidad anatómica nasal; telangiectasias, comedones, cambios de coloración.

### Tipo 2

Existe un engrosamiento de la piel con pérdida del contorno nasal

La superficie de la piel puede tener una textura lisa, rugosa o mixta se caracteriza por la presencia de nódulos, lóbulos y fisuras. Pudiera presentar afectación grado 0, 1 en una o varias subunidades pero lo que la define es la afectación de grado 2 en alguna subunidad anatómica nasal o en varias. Los orificios nasales pueden estar asimétricos.

Grado 2: Engrosamiento dérmico que afecta el contorno de la subunidad anatómica nasal, se pueden observar lobulaciones, nódulos, estrías, fisuras, quistes,

telangiectasias, cambios de coloración que producen una pérdida de la anatomía de la subunidad anatómica.

### Tipo 3

La nariz tiene un aspecto tumoral, monstruoso, gigante, varias subunidades anatómicas nasales se funden formando un tumor produciendo una pérdida del soporte nasal con un ángulo nasolabial agudo, válvulas nasales externas colapsadas y dificultad respiratoria,

### Tipo 4

Puede ser cualquier tipo de Rinofima pero en alguna subunidad anatómica exista una lesión ulcerada o de aspecto maligno.

**Anexo 20. Propuesta de clasificación del Rinofima. Versión final. Grupo nominal.**

Tipo: 1

Engrosamiento de la piel sin pérdida del contorno nasal

Descripción:

Pueden existir subunidades nasales clínicamente sanas pero al menos en una subunidad o en varias se observa engrosamiento dérmico que no afecta el contorno de la subunidad; la superficie de la piel puede tener una textura lisa o rugosa con telangiectasias y comedones.

Tipo: 2

Engrosamiento de la piel con pérdida del contorno nasal

Descripción:

Pueden existir subunidades nasales clínicamente sanas o con engrosamiento que no afectan el contorno nasal, pero al menos en una subunidad o en varias se observa engrosamiento dérmico que afecta el contorno de la subunidad con quistes, nódulos lóbulos y fisuras. Piel de textura lisa o rugosa con telangiectasias y cambios de coloración. Las subunidades se engrosan sin fusionarse. Se puede observar desviación septal y orificios nasales asimétricos por el peso del tejido fimatoso, pero la columela soporta la punta nasal.

Tipo: 3

## Rinofima gigante

### Descripción:

Fusión de las subunidades anatómica nasales, sobre todo las alas y la punta, lo que origina una masa pendular de crecimiento variable que cae sobre el labio superior y puede extenderse sobre el labio inferior, mentón o al cuello. Ángulo nasolabial cerrado, desviación septal y colapso de las válvulas nasales por el peso del tejido fímato todo lo cual produce dificultad respiratoria. En la vista antero inferior no se observan los orificios nasales.

### Tipo: 4

Rinofima con lesión de aspecto maligno.

### Descripción:

Puede observarse en cualquier tipo de Rinofima descrita anteriormente pero que presente en la superficie de la piel alguna lesión de aspecto maligno.

## ANEXO 21. TABLAS

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según la edad y el sexo

	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
<b>Grupo etario</b>	n	%	n	%	n	%
<b>Menor de 50</b>	6	10	2	3,3	8	13,3
<b>50-59</b>	7	11,7	9	15	16	26,7
<b>60 y más</b>	11	18,3	25	41,7	36	60
<b>Total</b>	24	40	36	60	60	100 %

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes según características clínicas afectadas

<b>Característica clínica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Textura</b>		
Lisa	15	25
rugosa	45	75
<b>Lesiones de aspecto clínico maligno</b>		
Si	17	28,3
No	43	71,7
<b>Columela</b>		
Estable	41	68,3
Desviada	18	30
No visible	1	1,7
<b>Orificios nasales</b>		
Simétricos	35	58,3
Asimétricos	24	40
no visibles	1	1,7
<b>Contorno nasal</b>		
Mantenido	26	43,3
Perdido	34	56,7

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes según número de subunidades anatómicas nasales afectadas

<b>Subunidades afectadas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Una subunidad</b>	<b>4</b>	<b>6,7</b>
<b>Dos subunidades</b>	<b>5</b>	<b>8,3</b>
<b>Tres subunidades</b>	<b>10</b>	<b>16,6</b>
<b>Cuatro subunidades</b>	<b>15</b>	<b>25</b>
<b>Cinco subunidades</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Seis subunidades</b>	<b>25</b>	<b>41,7</b>
<b>Siete subunidades</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Tabla 4.** Distribución de evaluaciones por ítem de la clasificación de Freeman

Evaluaciones							
Ítem	Nombre del Ítem	MR	BR	R	PR	NR	Total
1	Objetividad	0	0	1	10	4	15
2	Clínicamente Justificable	2	2	5	3	3	15
3	Exhaustiva	0	1	0	5	9	15
4	Comprensible y Excluyente	0	0	0	6	9	15
5	Sensibles a cambios	0	1	0	6	8	15

Leyenda: MR: muy relevante; BR: bastante relevante; R: relevante; PR: poco relevante; NR: no relevante

**Tabla 5.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Freeman

Evaluación							
Ítem	Nombre del Ítem	R	%	NR	%	Total	%
1	Objetividad	1	6,66	14	93,34	15	100
2	Clínicamente Justificable	9	60	6	40	15	100
3	Exhaustiva	1	6,66	14	93,34	15	100
4	Comprensible y Excluyente	0	0	15	100	15	100
5	Sensibles a cambios	1	6,66	14	93,34	15	100

Leyenda: R: relevante; NR: no relevante

**Tabla 6.** Distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de Freeman

Ítem	Nombre del Ítem	Valor	Índice de dificultad del ítem
1	Objetividad	0,06	Altamente difícil
2	Clínicamente Justificable	0,6	Dificultad media
3	Exhaustiva	0,06	Altamente difícil
4	Comprensible y Excluyente	0	Altamente difícil
5	Sensibles a cambios	0,06	Altamente difícil

**Tabla 7.** Distribución de evaluaciones por ítem de la clasificación de Clark

Evaluaciones							
Ítem	Nombre del Ítem	MR	BR	R	PR	NR	Total
1	Objetividad	1	1	5	5	3	15
2	Clínicamente Justificable	2	1	9	3	0	15
3	Exhaustiva	0	0	2	8	5	15
4	Comprensible y Excluyente	0	0	3	7	5	15
5	Sensibles a cambios	0	1	6	3	5	15

Leyenda: MR: muy relevante; BR: bastante relevante; R: relevante; PR: poco relevante; NR: no relevante

**Tabla 8.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Clark

Evaluación							
	Nombre del Ítem	R	%	NR	%	Total	%
1	Objetividad	7	46,67	8	53,33	15	100
2	Clínicamente Justificable	12	80	3	20	15	100
3	Exhaustiva	2	13,33	13	86,67	15	100
4	Comprensible y Excluyente	3	20	12	80	15	100
5	Sensibles a cambios	7	46,67	8	53,33	15	100

Leyenda: R: relevante; NR: no relevante

**Tabla 9.** Distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de Clark

Ítem	Nombre del Ítem	Valor	Índice de dificultad del ítem
1	Objetividad	0,46	Medianamente difícil
2	Clínicamente Justificable	0,8	Medianamente fácil
3	Exhaustiva	0,13	Altamente difícil
4	Comprensible y Excluyente	0,2	Altamente difícil
5	Sensibles a cambios	0,46	Medianamente difícil

**Tabla 10.** Distribución de evaluaciones por ítem de la clasificación de El Azhary

Evaluaciones							
Ítem	Nombre del Ítem	MR	BR	R	PR	NR	Total
1	Objetividad	0	0	3	10	2	15
2	Clínicamente Justificable	1	4	7	3	0	15
3	Exhaustiva	0	0	0	9	6	15
4	Comprensible y Excluyente	0	1	0	8	6	15
5	Sensibles a cambios	0	0	2	5	8	15

Leyenda: MR: muy relevante; BR: bastante relevante; R: relevante; PR: poco relevante; NR: no relevante

**Tabla 11.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de El Azhary

Evaluación							
	Nombre del Ítem	R	%	NR	%	Total	%
1	Objetividad	3	20	12	80	15	100
2	Clínicamente Justificable	12	80	3	20	15	100
3	Exhaustiva	0	0	15	100	15	100
4	Comprensible y Excluyente	1	6,66	14	93,34	15	100
5	Sensibles a cambios	2	13,33	13	86,67	15	100

Leyenda: R: relevante; NR: no relevante

**Tabla 12.** Distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de El Azhary

Ítem	Nombre del Ítem	Valor	Índice de dificultad del ítem
1	Objetividad	0,2	Altamente difícil
2	Clínicamente Justificable	0,8	Medianamente fácil
3	Exhaustiva	0	Altamente difícil
4	Comprensible y Excluyente	0,06	Altamente difícil
5	Sensibles a cambios	0,13	Altamente difícil

**Tabla 13.** Distribución de evaluaciones por ítem de la clasificación de Wetzig

Evaluaciones							
Ítem	Nombre del Ítem	MR	BR	R	PR	NR	Total
1	Objetividad	0	0	4	9	2	15
2	Clínicamente Justificable	1	2	8	2	2	15
3	Exhaustiva	0	0	0	10	5	15
4	Comprensible y Excluyente	0	0	1	9	5	15
5	Sensibles a cambios	0	1	5	6	3	15

Leyenda: MR: muy relevante; BR: bastante relevante; R: relevante; PR: poco relevante; NR: no relevante

**Tabla 14.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Wetzig

Evaluación							
Ítem	Nombre del Ítem	R	%	NR	%	Total	%
1	Objetividad	4	26,66	11	73,34	15	100
2	Clínicamente Justificable	11	73,34	4	26,66	15	100
3	Exhaustiva	0	0	15	100	15	100
4	Comprensible y Excluyente	1	6,66	14	93,34	15	100
5	Sensibles a cambios	6	40	9	60	15	100

Leyenda: R: relevante; NR: no relevante

**Tabla 15** Distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de Wetzig

Ítem	Nombre del Ítem	Valor	Índice de dificultad del ítem
1	Objetividad	0,26	Altamente difícil
2	Clínicamente Justificable	0,73	Dificultad media
3	Exhaustiva	0	Altamente difícil
4	Comprensible y Excluyente	0,06	Altamente difícil
5	Sensibles a cambios	0,4	Medianamente difícil

**Tabla 16.** Valor del coeficiente alfa de Cronbach de las clasificaciones clínicas existentes

<b>Análisis de fiabilidad</b>			
Clasificaciones	Coeficiente alfa de <u>Cronbach</u>	Número de ítems	Número de observaciones
Freeman	0,7052	5	15
Clark	0,6236	5	15
El Azhary	0.6697	5	15
Wetzing	0,6400	5	15

**Tabla 17.** Nivel de competencia de los miembros del grupo nominal

Especialistas	kc	ka	k	Valoración
1.	1	1	1	Alto
2.	0,9	1	0,95	Alto
3.	1	1	1	Alto
4.	1	0.9	0.95	Alto
5.	0,9	1	0,95	Alto
6.	0,8	0,8	0,8	Alto
7.	0,8	0,8	0,8	Alto
8.	0,9	0,9	0,9	Alto
9.	0,7	0,8	0,75	Medio

Kc: Coeficiente de conocimiento, Ka- Coeficiente de argumentación, K- Coeficiente de competencia

**Tabla 18.** Caracterización de los especialistas integrantes del grupo nominal

Caracterización		Nº	%
Años de Experiencia	Menor de cinco	1	11,1
	Cinco y más	8	88,9
Especialista (Grado)	Primer Grado	4	44,4
	Segundo Grado	5	55,6
Categoría Científica	Máster	5	55,6
	Doctor en Ciencias	0	0
Categoría Docente	Con categoría	6	66,7
	Sin categoría	3	33,3
Cargos administrativos de importancia	Jefes de servicio ,docentes, Jefes provinciales y grupos nacionales	5	55,6

**Tabla 19.** Nivel de competencia de los expertos

Expertos	kc	ka	k	Valoración
1	0,8	0,9	0,85	alto
2	1	1	1	alto
3	0,8	0,9	0,85	alto
4	0,7	0,9	0,8	alto
5	0,7	1	0,85	alto
6	0,8	0,9	0,85	alto
7	0,9	1	0,95	alto
8	0,9	0,9	0,9	alto
9	1	1	1	alto
10	1	1	1	alto
11	0,8	0,8	0,8	alto
12	0,8	0,8	0,8	alto
13	0,8	0,9	0,85	alto
14	0,8	0,8	0,8	alto
15	0,8	0,9	0,85	alto
16	1	1	1	alto
17	0,8	0,9	0,85	alto

Kc: Coeficiente de conocimiento; Ka- Coeficiente de argumentación; K- Coeficiente de competencia

**Tabla 20.** Distribución de los expertos según características de interés.

Caracterización de los expertos		Nº
Especialidad	Dermatología	3
	Cirugía Plástica y Caumatología	1
	Otorrinolaringología	5
	Cirujano oncólogo de cabeza y cuello	2
	Cirujano Maxilofacial	6
Años de Experiencia	Promedio de 17 años	
Hospitales	Instituciones hospitalarias de la Habana	6

**Tabla 21.** Caracterización de los expertos

Caracterización	Nº	%
Especialista (Grado)	Primer Grado	8 47,05
	Segundo Grado	9 52,95
Categoría Científica	Máster	12 70,58
	Doctor en Ciencias	0 0
Categoría Docente	Con categoría	16 94,12
	Sin categoría	1 5,82
Cargos de importancia	Jefes de servicios ,docente principal, profesores principales de asignaturas de pregrado	10 58,82
Años de experiencia	Más de cinco y menos de diez	1 5,82
	Diez y más	16 94,12

**Tabla 22.** Distribución de evaluaciones por ítem del instrumento evaluador para la propuesta de clasificación clínica del Rinofima

Evaluaciones							
Ítem	Nombre del Ítem	MR	BR	R	PR	NR	Total
1	Objetividad	12	4	1	0	0	17
2	Clínicamente Justificable	13	4	0	0	0	17
3	Exhaustiva	12	4	1	0	0	17
4	Comprensible y Excluyente	13	4	0	0	0	17
5	Sensibles a cambios	12	3	2	0	0	17

Leyenda: MR: muy relevante; BR: bastante relevante; R: relevante; PR: poco relevante; NR: no relevante

**Tabla 23.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la propuesta de clasificación clínica del Rinofima

Frecuencia absoluta							
Ítem	Nombre del Ítem	R	%	NR	%	Total	%
1	Objetividad	17	100	0	0	17	100
2	Clínicamente Justificable	17	100	0	0	17	100
3	Exhaustiva	17	100	0	0	17	100
4	Comprensible y Excluyente	17	100	0	0	17	100
5	Sensibles a cambios	17	100	0	0	17	100

Leyenda: R: relevante; NR: no relevante

**Tabla 24.** Distribución del índice de dificultad por ítem en la propuesta de clasificación clínica del Rinofima

Ítem	Nombre del Ítem	Valor	Índice de dificultad del ítem
1	Objetividad	1	Altamente fácil
2	Clínicamente Justificable	1	Altamente fácil
3	Exhaustiva	1	Altamente fácil
4	Comprensible y Excluyente	1	Altamente fácil
5	Sensibles a cambios	1	Altamente fácil

**Tabla 25.** Distribución de evaluaciones del contenido por ítem de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima

Evaluaciones							
Ítem	Nombre del Ítem	MR	BR	R	PR	NR	Total
1	Tipo 1	12	4	1	0	0	17
2	Tipo 2	14	3	0	0	0	17
3	Tipo 3	12	5	0	0	0	17
4	Tipo 4	11	3	3	0	0	17

Leyenda: MR: muy relevante; BR: bastante relevante; R: relevante; PR: poco relevante; NR: no relevante

**Tabla 26.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia del contenido de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima

Evaluaciones							
Ítem	Nombre del Ítem	R	%	NR	%	Total	%
1	Tipo 1	17	100	0	0	17	100
2	Tipo 2	17	100	0	0	17	100
3	Tipo 3	17	100	0	0	17	100
4	Tipo 4	17	100	0	0	17	100

Leyenda: R: relevante; NR: no relevante

**Tabla 27.** Valor del coeficiente alfa de Cronbach de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima

Análisis de fiabilidad		
Coeficiente Alfa de <u>Cronbach</u>	Número de ítems	Número de observaciones
0,8717	4	17

**Tabla 28. Distribución porcentual según datos de interés del usuario**

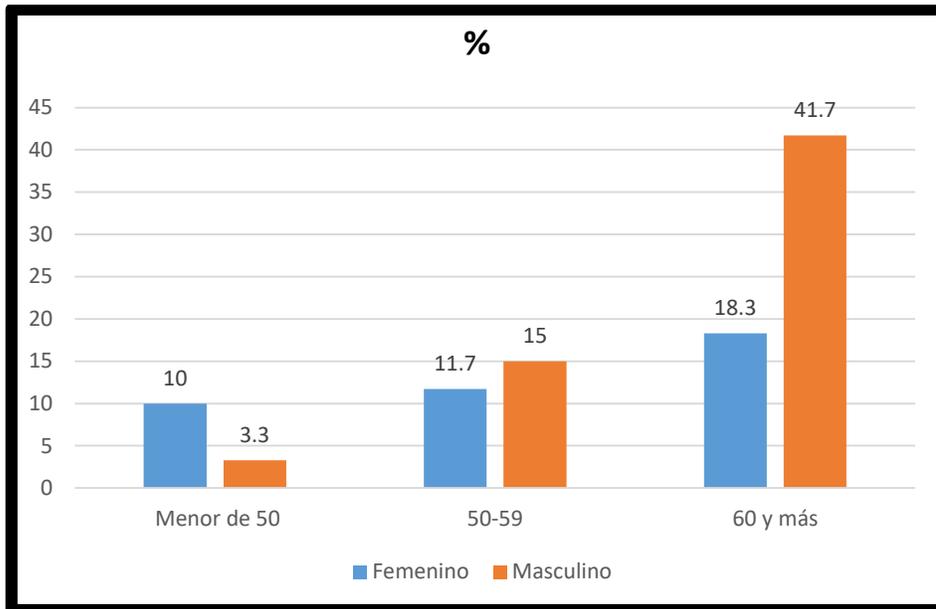
Datos		Nº	%	total	%
<b>Años de Experiencia</b>	Hasta 5 años	8	53,4	15	100
	Más de 5 años	7	46,6	15	100
<b>Especialista (Grado)</b>	Primer Grado	13	86,7	15	100
	Segundo Grado	2	13,3	15	100

**Tabla 29. Distribución porcentual según criterios de evaluación de usuarios**

Criterios de evaluación	Valor	%	Total	%
<b>Excelente:</b>	<b>13</b>	<b>86,67</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Bien:</b>	<b>2</b>	<b>13,33</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Regular:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Mal:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

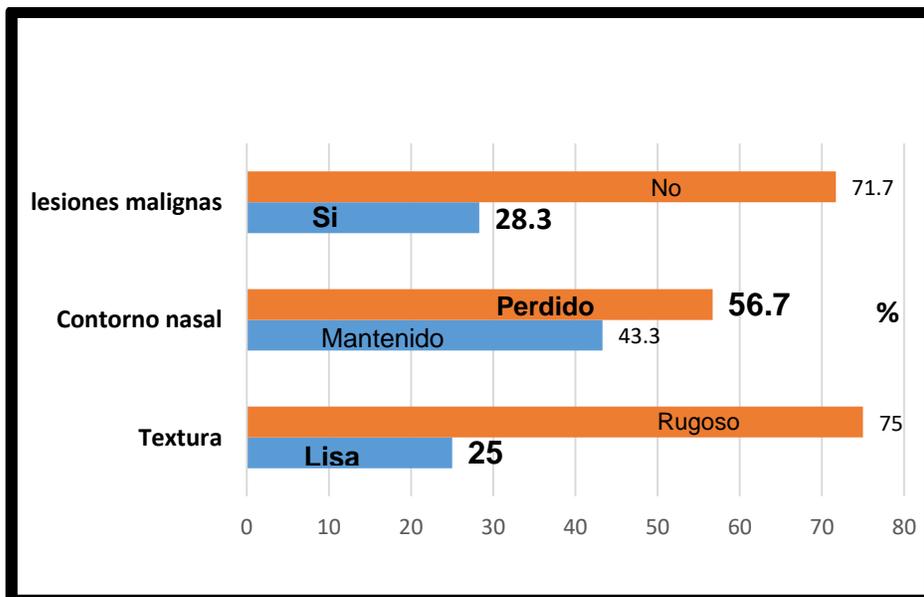
## GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Distribución de los pacientes según la edad y el sexo



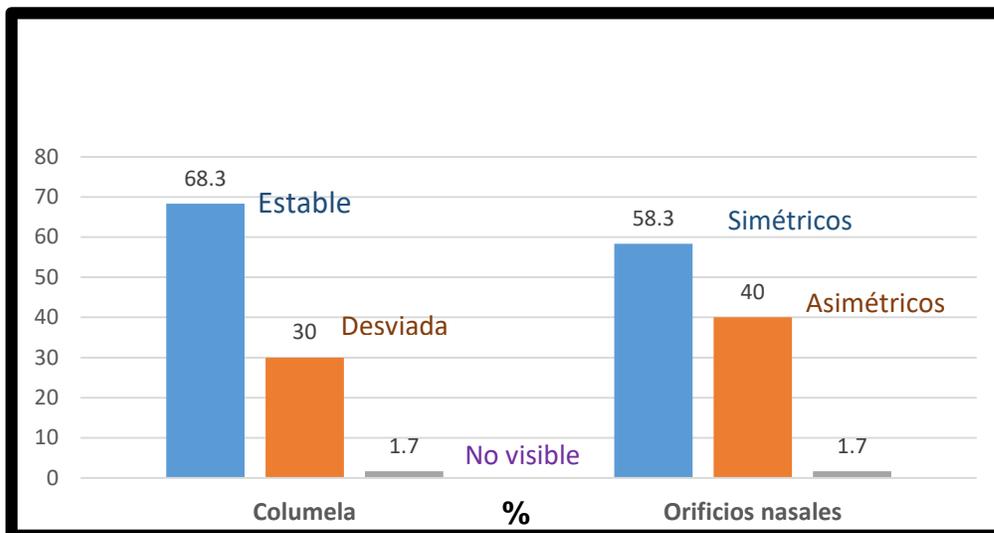
Fuente. Tabla 1

**Gráfico 2.** Distribución de los pacientes según características clínicas afectadas.



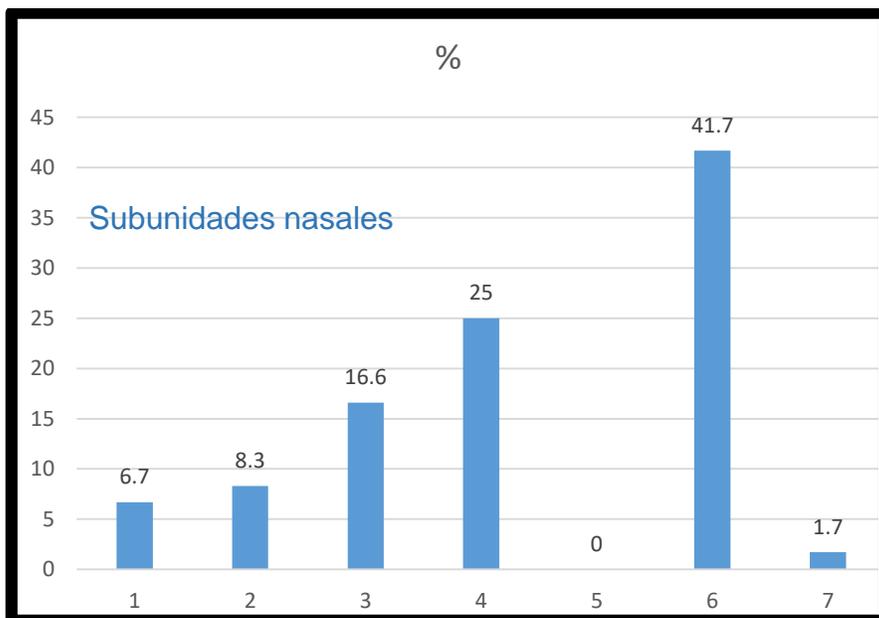
Fuente. Tabla 2

**Gráfico 3.** Distribución de los pacientes según afectación de columela y orificios nasales.



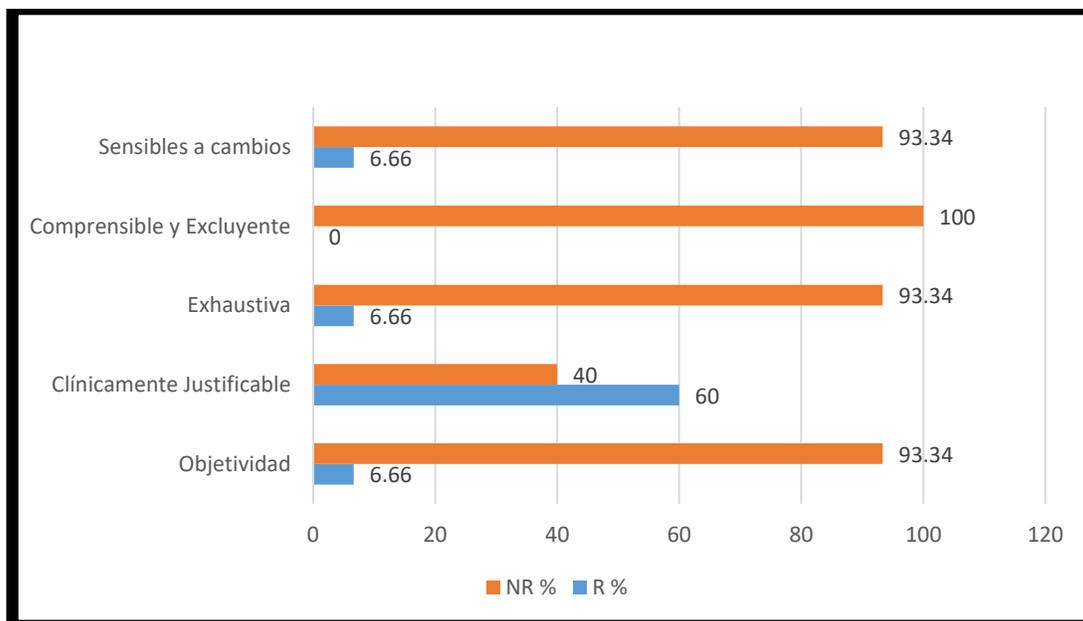
Fuente. Tabla 2

**Gráfico 4.** Distribución de los pacientes según número de subunidades anatómicas nasales afectadas



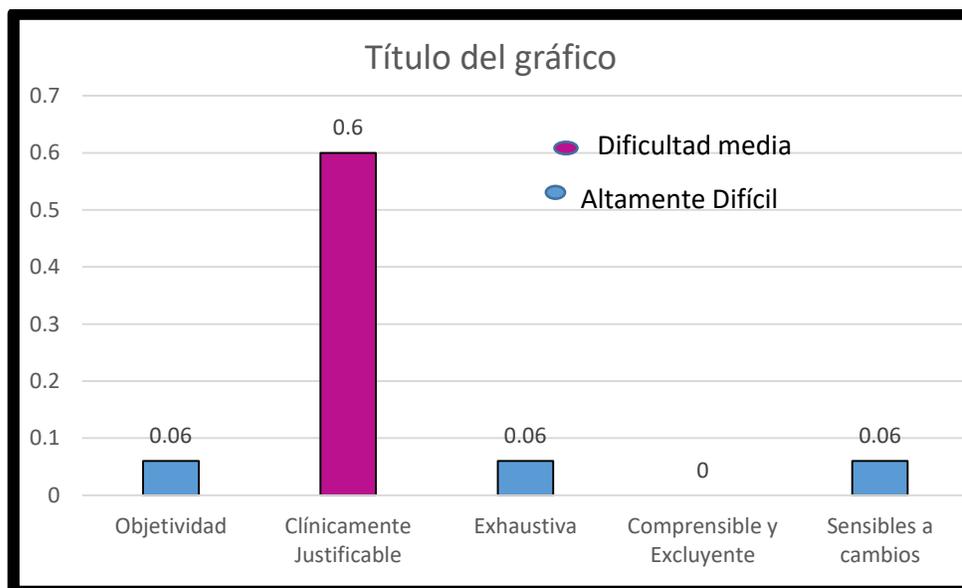
Fuente. Tabla 3

**Gráfico 5.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Freeman



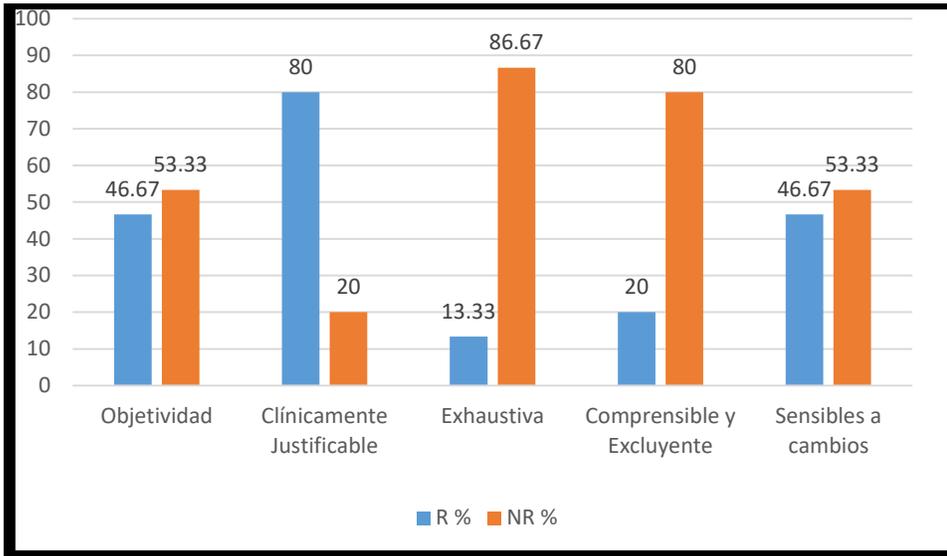
Fuente. Tabla 5

**Gráfico 6.** Distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de Freeman



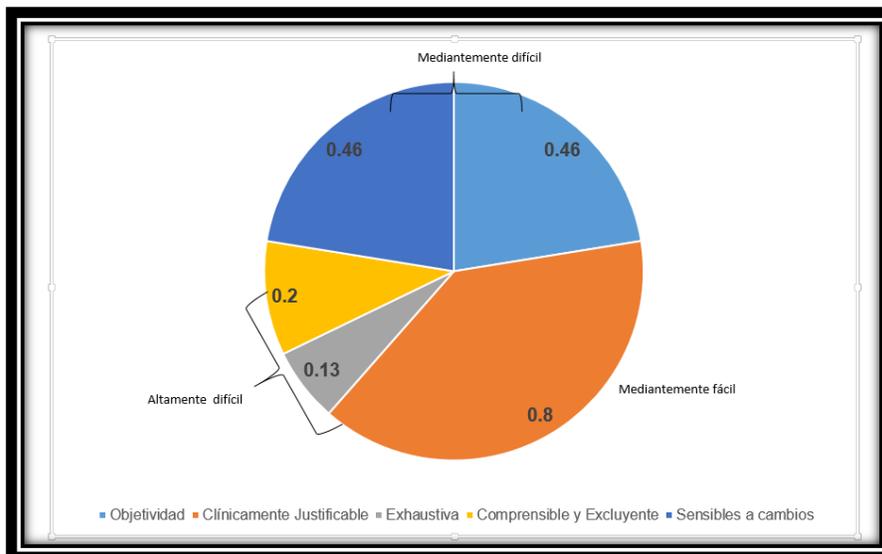
Fuente. Tabla 6

**Gráfico 7.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Clark



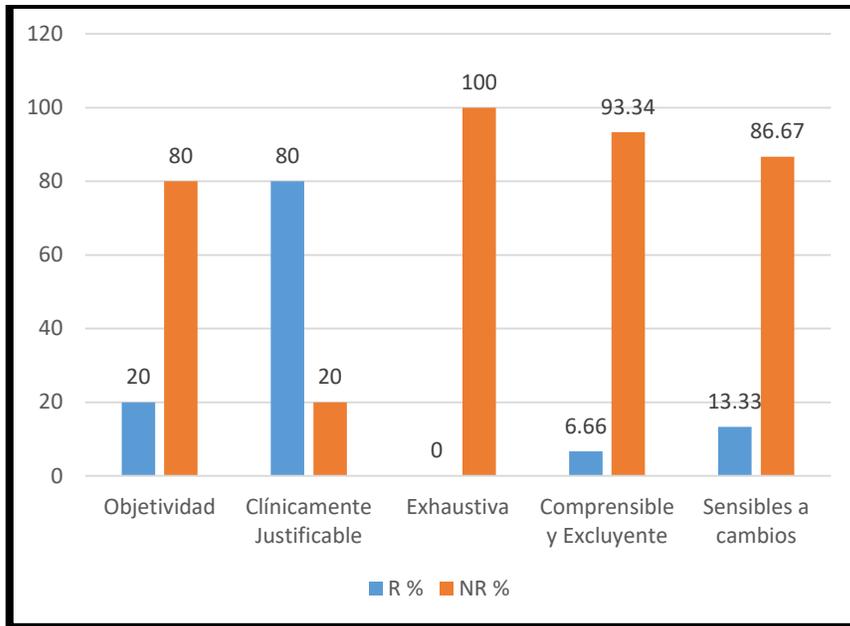
Fuente. Tabla 8

**Gráfico 8.** Distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de Clark



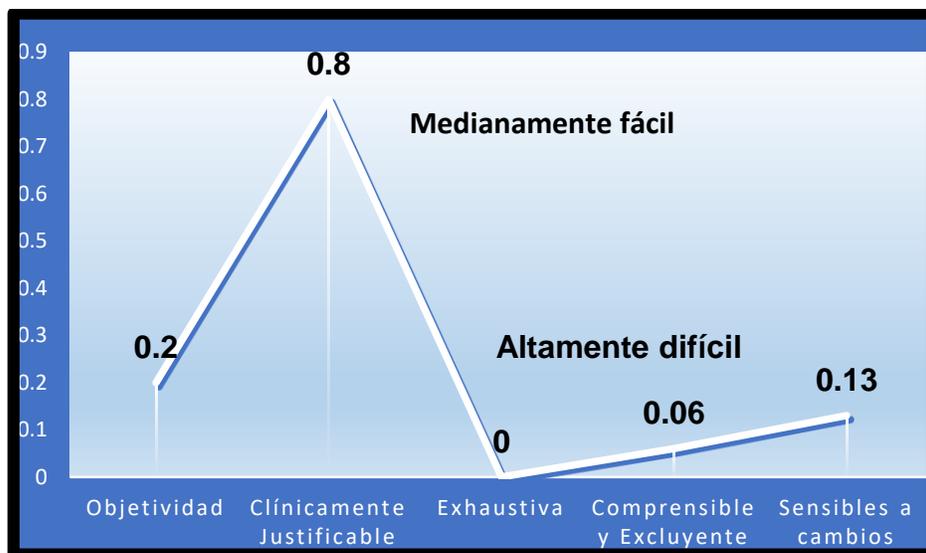
Fuente. Tabla 9

**Gráfico 9.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de El Azhary



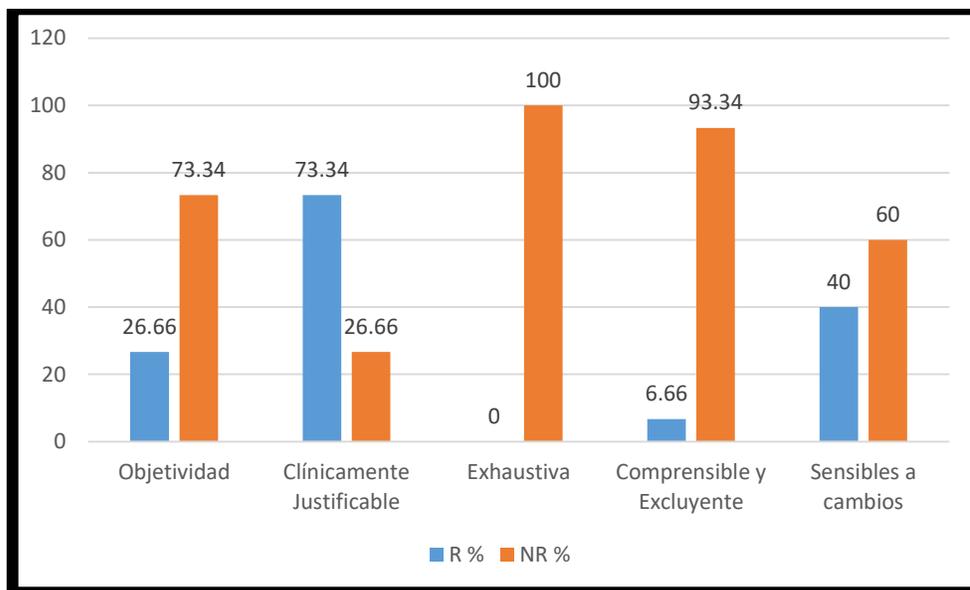
Fuente. Tabla 11

**Gráfico 10.** Distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de El Azhary



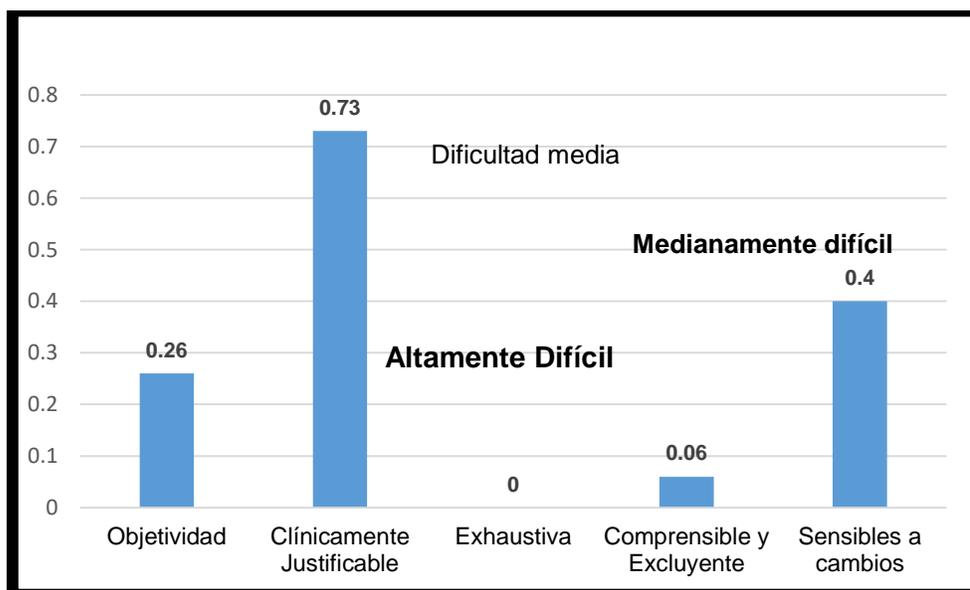
Fuente. Tabla 12

**Gráfico 11.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la clasificación de Wetzig



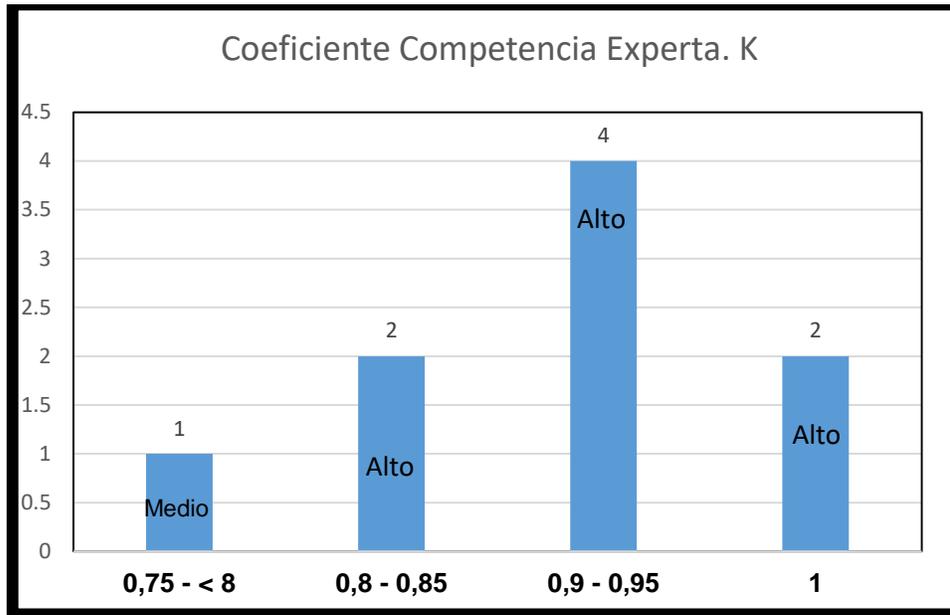
Fuente. Tabla 14

**Gráfico 12.** Distribución del índice de dificultad por ítems en la clasificación de Wetzig



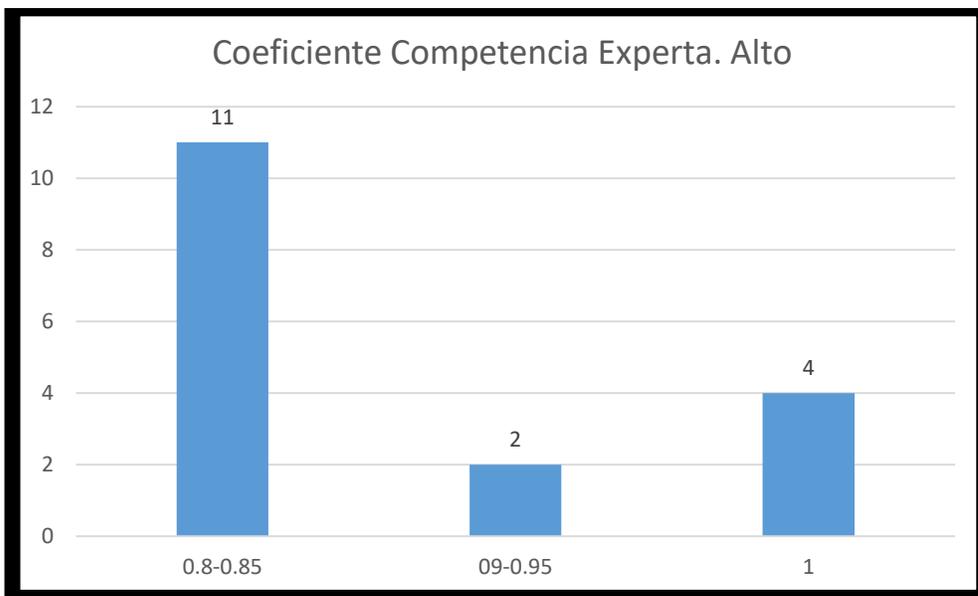
Fuente. Tabla 15

**Gráfico 13.** Nivel de competencia de los miembros del grupo nominal



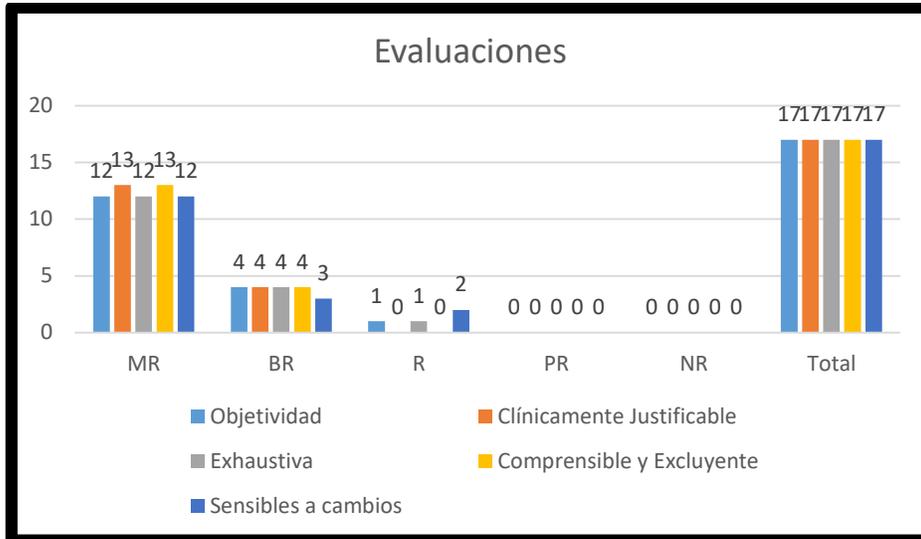
Fuente. Tabla 17

**Gráfico 14.** Nivel de competencia de los expertos



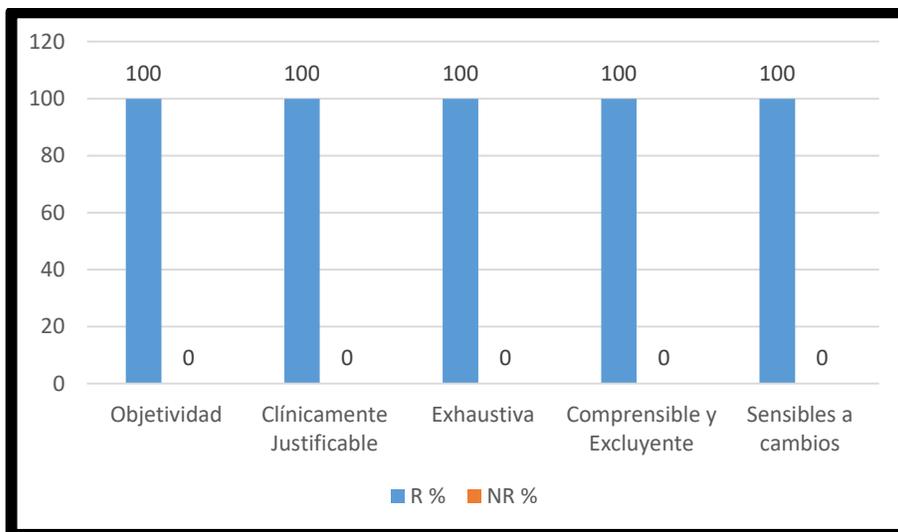
Fuente. Tabla 19

**Gráfico 15.** Distribución de evaluaciones por ítem del instrumento evaluador para la propuesta de clasificación clínica del Rinofima



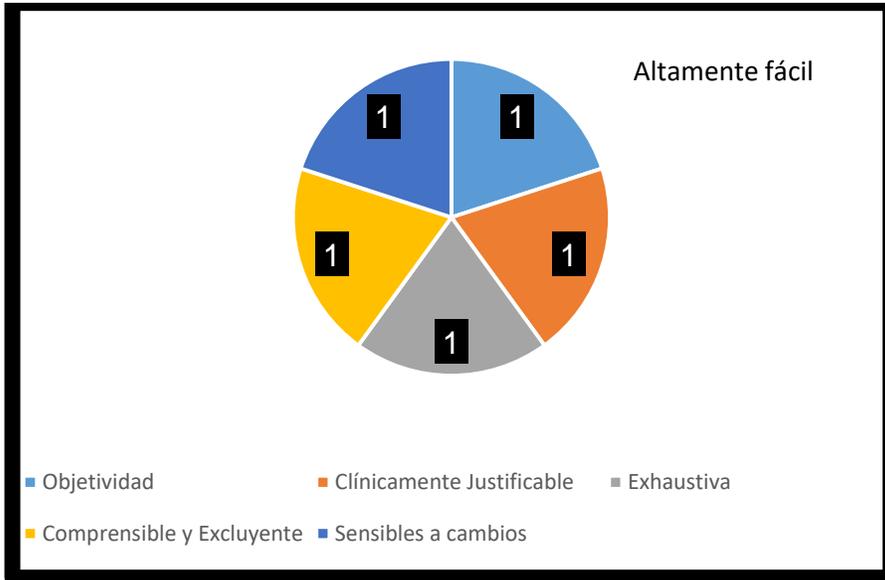
Fuente. Tabla 22

**Gráfico 16.** Distribución porcentual según relevancia y no relevancia en la propuesta de clasificación clínica del Rinofima



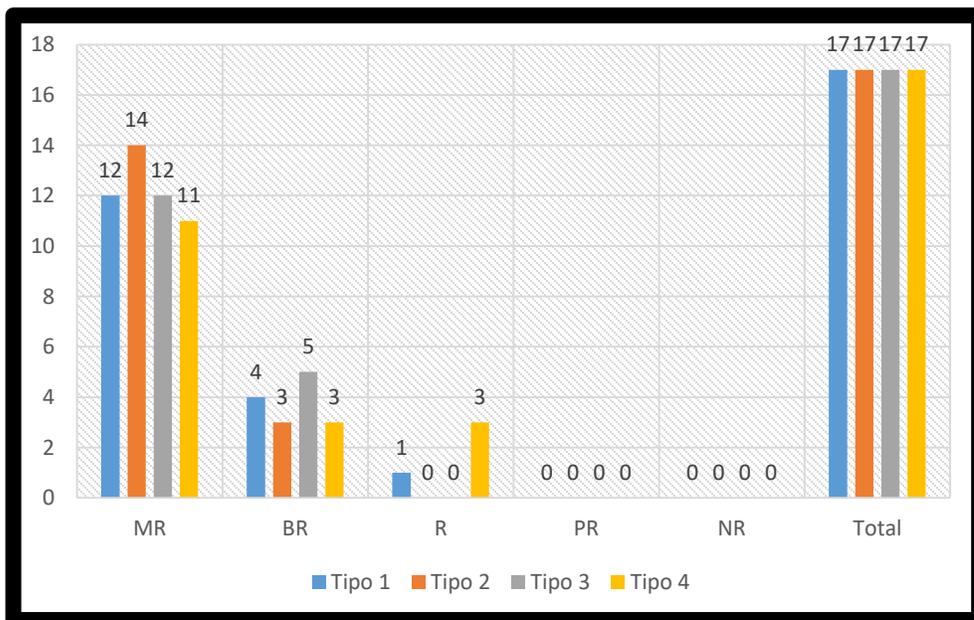
Fuente. Tabla 23

**Gráfico 17.** Distribución del índice de dificultad por ítem en la propuesta de clasificación clínica del Rinofima



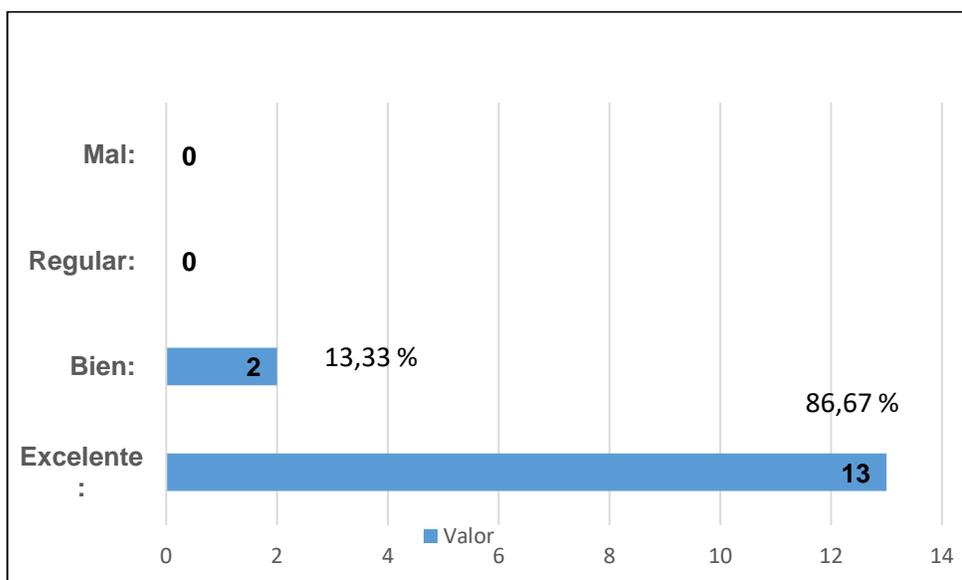
Fuente. Tabla 24

**Gráfico 18.** Distribución de evaluaciones del contenido por ítem de la propuesta de clasificación clínica del Rinofima



Fuente. Tabla 25

**Gráfico 19.** Distribución porcentual según criterios de evaluación de usuarios



Fuente. Tabla 29

## **Producción científica de la autora relacionada con el tema de investigación.**

**Objetivo:** Mostrar la producción científica de la autora de la tesis relacionada con la misma

### **Artículos publicados**

1. **Pereira Dávalos C**, Cuadra Gutiérrez L, Basulto F. Empleo del Adhesivo Tisular Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima (Presentación de 3 casos). Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2006 [citado 23 Abr 2021]; 5(3): 1-9. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/900>
2. Blanco Moredo E, **Pereira Dávalos CI** .Utilización de la homeopatía en las rinoplastias. Artículo de revisión. [Congreso Internacional de Estomatología2015](http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/863).<http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/863>
3. Blanco Moredo E, **Pereira Dávalos CI**, Valdés Collazo C, Domínguez Sánchez Y. Deformidad facial: una discapacidad por su repercusión social. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [revista en Internet]. 2017 [citado 2020 Sep 11];5(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/229>
4. Blanco Moredo E, **Pereira Dávalos C**, Domínguez Sánchez Y. Manejo bioético de la información al paciente en el tratamiento de las deformidades faciales. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2018 [citado 20 Oct 2021];, 6(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/256>

5. **Pereira Dávalos CI**, Díaz Valle RR, Rodríguez Soto A. Clasificaciones del Rinofima. Arch Hosp Calixto García.2019;7(2):247-59. Acceso: 00/mes/19. Disponible en:<http://www.revcaxito.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/345/325>
6. **Pereira DCI**, Morales SJR. Reconstrucción postoncológica en la región nasal. Presentación de un caso. En: Congreso Internacional Estomatología 2020 Virtual [internet]; 2020 nov 1-30. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Estomatología Raúl González [citado 17 nov 2020].Disponible en:  
Disponible en:  
<http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/529/420>
7. **Pereira Dávalos CI**. El método de la subunidad en el tratamiento del Rinofima. A propósito de un caso. En: Primera Jornada Virtual de Cir Plast Sancti Spíritus 2020 [internet]; 2020 nov 30-10 dic. Sancti Spíritus: Cir Plast Sancti Spíritus 2020 [citado 15 dic 2020]. Disponible en:  
<http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplass/jvccss2020/paper/view/100/60>
8. **Pereira Dávalos CI**, Domínguez Sánchez Y, Blanco Moredo E. Otofima y Rinofima, una rara combinación clínica. En: Primera Jornada Virtual de Cir Plast Sancti Spíritus 2020 [internet]; 2020 nov 30-10 dic. Sancti Spíritus: Cir Plast Sancti Spíritus 2020 [citado 15 dic 2020]. Disponible en:

<http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplclass/jvccss2020/paper/view/75/50>

9. **Pereira Dávalos CI**, Díaz Valle RR. La electrocirugía en el Rinofima. Acta Méd Centro [Internet]. 2021 [citado 8 Abr 2021];, 15(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en:<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1374>

10. Blanco Moredo E, Valdés Collazo C, Domínguez Sánchez Y, **Pereira Dávalos CI**, Dunán Mesa LY. Caracterización de pacientes con deformidades faciales. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2021 [citado 20 Oct 2021];, 50(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en:  
<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1377>

### **Ponencias y presentaciones/posters en eventos**

- Póster en el IX Congreso de la sociedad Cubana de Cirugía Maxilofacial. Hotel Nacional Nov. 2002. Deformidades Nasales y su corrección Quirúrgica. Presentación de casos.
- Póster en el IX Congreso de la sociedad Cubana de Cirugía Maxilofacial. Hotel Nacional Nov. 2002. Uso del Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima.
- Póster en la Jornada 102 Aniversario de la Fundación de Odontología de la Universidad de la Habana; Facultad de Estomatología. 2002. Deformidades Nasales y su corrección Quirúrgica. Presentación de casos.

- Póster en la Jornada 102 Aniversario de la Fundación de Odontología de la Universidad de la Habana; Facultad de Estomatología 2002. Uso del Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima.
- Certificado de presentación y participación en la reunión científica sobre las aplicaciones clínicas del TISUACRYL en la Universidad de la Habana, 6/2/2003.
- Certificado de participación en el XV Fórum de Ciencia y técnica del centro de biomateriales 26 junio 2003.
- Certificado de trabajo relevante en el XV Fórum de Ciencia y técnica del centro de biomateriales 26 junio 2003. “El uso del Tisuacryl en el paciente con Rinofima”.
- Fórum de Ciencia y técnica Municipal, participación en el municipio plaza con la ponencia Empleo del adhesivo tisular Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima .CECOFIS 27 sep. 2003.
- Póster en la III Jornada científico de la AMECA. I Simposio Nacional de Especialidades quirúrgicas Hospital “General Calixto García, 2003. Deformidades nasales y su corrección quirúrgicas.
- Póster en la III Jornada científico de la AMECA. I Simposio Nacional de Especialidades quirúrgicas Hospital “General Calixto García, 2003. Uso del Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima.

- Tema Libre en la X Jornada de la sociedad Ibero-latinoamericana de cirujanos 2003 Cienfuegos. Deformidades nasales y su corrección quirúrgicas.
- Tema libre en el II Encuentro sobre aplicaciones Clínicas de Biomateriales 2004 Empleo del Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima.
- Tema libre en la II conferencia internacional de cirugía Maxilofacial en Varadero Cuba 2004. Rinoplastia. Presentación de casos.
- Póster en la II conferencia internacional de cirugía Maxilofacial en Varadero Cuba. 2004. Deformidades Nasales. Abordaje interno y externo. Presentación de casos.
- Póster en el II Simposio Nacional de Especialidades quirúrgicas, IV jornada de la sección quirúrgica de la AMECA, 2004. Deformidades nasales. Abordaje interno y externo. Presentación de casos.
- Tema libre en el II Simposio Nacional de Especialidades quirúrgicas, IV jornada de la sección quirúrgica de la AMECA, 2004. Rinoplastia. Presentación de Casos.
- Póster en la Jornada 104 aniversario de la fundación de la escuela de odontología de la universidad de la Habana. 2004. Deformidades nasales. Abordaje interno y externo. Presentación de casos.

- Póster en la Jornada 104 aniversario de la fundación de la escuela de odontología de la universidad de la Habana. 2004. Rinoplastia. Presentación de Casos.
- Póster en el 109 Aniversario de la Fundación del Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez, enero 2005. Rinoplastia. Presentación de Casos.
- Póster en el III Simposio Nacional de Especialidades Quirúrgicas, V Jornada de la sección Quirúrgica de la Ameca. Sep. 2005. Deformidades nasales. Abordaje interno y externo. Presentación de casos.
- Tema libre en el III Simposio Nacional de Especialidades Quirúrgicas, V Jornada de la sección Quirúrgica de la Ameca. Sep. 2005. Deformidades nasales. Abordaje interno y externo. Presentación de casos.
- Tema libre en el III Simposio Nacional de Especialidades Quirúrgicas, V Jornada de la sección Quirúrgica de la Ameca. Sep. 2005. Rinoplastia. Presentación de casos
- Póster en el Congreso Internacional Estomatología 2005. Deformidades Nasales. Abordaje Interno y externo. Presentación de casos.
- Póster en el Congreso Internacional Estomatología 2005. Uso del Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima.

- Tema libre en XV Congreso de la ALACIBU, Cancún, México. Asociación Latinoamericana de cirugía Buco Maxilofacial. 2006. Rinoplastia. Presentación de casos.
- Póster en la AMECA CMA 2006. Uso del Tisuacryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima.
- Tema libre en el Congreso 112 Aniversario del Hospital Universitario General Calixto García 2008. Algunas Aplicaciones del tisuacryl en CMF
- Mesa Clínica en el Congreso 112 Aniversario del Hospital Universitario General Calixto García 2008. Cirugía ortognática.
- III Encuentro sobre Aplicaciones Clínicas de los Biomateriales, 6 febrero del 2008. Uso del tisuacryl como apósito quirúrgico en CMF.
- Póster en la Convención Científica Calixto García 2010. Uso del tisuacryl en Cirugía Maxilofacial.
- Conferencia en la Convención Científica Calixto García 2010. Rinoplastia. Presentación de casos.
- Póster en la Convención Internacional Estomatología 2010. Deformidades Nasales y su corrección quirúrgica. Presentación de casos.
- Póster en la Convención Internacional Estomatología 2010. Uso del Tisuacryl como apósito quirúrgico en las abrasiones buco faciales.

- Póster en CNIC 2010 15Th International Scientific Congress 2010  
Tisuacryl use in the surgical treatment of rhinophyma.
- Ponente en Convención Científica Ciencia y técnica 30 de junio 2010: Uso del tisucryl como apósito quirúrgico en CMF. Mención
- Póster en el 110 Aniversario de la fundación de la Escuela de Estomatología 2010: Uso del tisucryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima.
- Fórum de Ciencia y técnica. junio 2011 Hospital Calixto García:

-Certificado como ponente uso del tisucryl en las escoriaciones faciales

-Certificado como ponente. Uso del tisucryl en el tratamiento quirúrgico del Rinofima.

- Póster en la Convención Científica Calixto García 2012. Tisuacryl en abrasiones Maxilofaciales.
- Póster en la Convención Científica Calixto García 2012. Deformidades Nasales y su corrección quirúrgica. Presentación de casos.
- Tema libre en la I Jornada Científica Provincial Ana Larralde In Memoriam.2012. Uso del Tisuacryl como apósito quirúrgico en las abrasiones del área bucofacial.
- Tema libre en la I Jornada Científica Provincial Ana Larralde In Memoriam.2012. Deformidades Nasales y su corrección quirúrgica.

- Póster en la Convención Científica Calixto García 2013. Uso del Tisuacryl en Cirugía Maxilofacial.
- Tema libre en la Convección Calixto García 2014. Tumores nasales. Presentación de casos.
- Tema libre en la Convección Calixto García 2014. Deformidades nasales postraumáticas.
- Teman libre en la Convección Calixto García 2015. Deformidad nasal postrauma. Presentación de caso.
- Póster en la Convención Internacional Estomatología 2015. Caracterización de las desarmonías dentolabiales en el Hospital General Calixto García 2012-2013.
- Póster en la Convención Internacional Estomatología 2015.Utilizacion de la homeopatía en las rinoplastias.
- Póster en la Convección Calixto García 2016. Caracterización de lesiones epiteliales premalignas y malignas.
- Fórum de ciencia y técnica Facultad de Estomatología (10 de junio 2016) Utilización de la homeopatía en las rinoplastias.
- Tema libre en la Jornada Científica 117 aniversario de la Facultad de Estomatología 2017. Carcinoma Epidermoide Nasal. A propósito de un caso.

- Tema Libre en la Jornada Científica 117 aniversario de la Facultad de Estomatología 2017. Complejo Homeopático vs tratamiento convencional en el posoperatorio de las rinoplastias.
- Póster en la Convección Calixto García 2018. Homeopatía vs tratamiento convencional en el posoperatorio de la rinoplastia.
- Póster en la Convección Calixto García 2018. Deformidad facial. Una discapacidad por su repercusión social.
- Ponente en el Fórum de base de ciencia y técnica. Hospital Universitario General Calixto García. Propuesta de clasificación del Rinofima. Premio relevante. 2018
- Tema libre en la Jornada provincial 118 Aniversario de la Facultad. VIII Jornada de Cátedras Multidisciplinarias y Honoríficas 2018. Deformidades nasales y su corrección quirúrgica.
- Tema libre en la Convección Calixto García 2019. Propuesta de clasificación del Rinofima.
- Tema libre en la Convección Calixto García 2020. Propuesta de clasificación del Rinofima.
- Tema libre en la Convección Calixto García 2020. Reconstrucción postoncológica a través de técnicas rinoplásticas.

- Tema libre en la Convección Calixto García 2020. Reconstrucción nasal postraumática. A propósito de un caso.
- Tema libre en la Convección Calixto García 2020. Carcinoma epidermoide nasal. Reconstrucción postoncológica. A propósito de un caso.
- Póster en Congreso Internacional Estomatología 2020 Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez.” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (Virtual) [Internet]; 2020.Reconstrucción postoncológica en la región nasal. Presentación de un caso.

### **Cursos impartidos**

- Taller Internacional de Cirugía Maxilofacial, Cuba-Chile Hospital “General Calixto García”, (132 horas) del 3 al 21 de julio del 2000;(4 créditos).
- Curso de Estética Nasal (2 horas). Congreso Internacional Estomatología 2005, Ciudad Habana 18 noviembre 2005. (1 crédito).Facultad de Estomatología.
- Profesora Principal De la Conferencia: Deformidades Nasales. Tratamiento. Hospital “General Calixto García. Congreso Calixto 2009. 24 /1/9.
- Curso de Estética Nasal (4 horas). Congreso Internacional Estomatología 2010, Ciudad Habana 17 julio 2010. (1 crédito). Facultad de Estomatología.
- Convención Científica Calixto García 21-26 enero del 2013. curso de rinoplastia II. (1 crédito).

- Convección Calixto García 2017 Curso de cirugía Ortognática(1 crédito)

### **Cursos recibidos**

- Curso Preconferencia “Cirugía Rehabilitadora Maxilofacial Geriátrica” en la II conferencia internacional de cirugía Maxilofacial en Cuba15-6-04. Hospital Calixto García (1 crédito).
- Curso Semiología en el Anciano. Congreso Calixto 2009.19/24 de enero del 2009. (1 crédito).
- Curso de Rinoplastia Básica. Convención Científica Calixto García. Por el 117 Aniversario del Hospital Universitario General Calixto García. La Habana del 21 al 26de enero 2013. Profesor Julio Cesar.

### **Fórum de Ciencia y técnica**

- **Premio relevante.** Universidad de la Habana. El uso del Tisuacryl en el tratamiento del Rinofima.2003
- **Mención.** Hospital Calixto García. El uso del Tisuacryl como apósito en el CMF. 2010.
- **Premio relevante** Hospital Calixto García. El uso del Tisuacryl en el tratamiento del Rinofima.2011
- **Premio relevante.** Propuesta de clasificación clínica y protocolo de tratamiento asociado al Rinofima. Hospital Universitario “General Calixto García” 2002-2017. Julio 2018.

## **Tutoría de trabajos de terminación de residencia terminados**

- Morbilidad de las lesiones cutáneo-faciales. Hospital Calixto García .2006.  
Yamely Dominguez Sánchez. Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado de Cirugía Maxilofacial. La Habana, 2008.
- Caracterización de lesiones epiteliales premalignas y malignas. Hospital Universitario "General Calixto García". 2012- 2014 Autor Leslie Gómez Monasterio. Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado de Cirugía Maxilofacial. La Habana, 2016.
- Complejo homeopático vs tratamiento convencional en rinoplastias. Hospital universitario "General Calixto García". Septiembre/2014-septiembre/2015.  
Autor Dra. Elizabeth Blanco Moredo. Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado de Cirugía Maxilofacial. La Habana, 2016.
- Caracterización de lesiones premalignas y malignas en piel facial. Hospital Universitario "General Calixto García", 2016-2017 Autor: Dr. Sameh Nour  
Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado de Cirugía Maxilofacial. La Habana, 2018.
- Caracterización de las deformidades nasales.Hospital Universitario "General Calixto García."2017 - 2019. Dr. Jhonny Madroñero Isuasty Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado de Cirugía Maxilofacial. La Habana, 2019