



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES  
UNIDAD LEÓN, GTO.

T I T U L O

“HISTORIA CLÍNICA PARA PARÁLISIS FACIAL  
PERIFÉRICA ELABORADA POR UN  
FISIOTERAPEUTA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN FISIOTERAPIA

P R E S E N T A:

REBECA MORALES VÁZQUEZ

Tutor :

DR. MAURICIO ALBERTO RAVELO IZQUIERDO

Asesor:

LFT. IRMA ILEANA AGUILAR CABELLO

LEÓN, GTO.

2018



ENES **UNAM**  
UNIDAD LEÓN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# AGRADECIMIENTOS

A la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, la que algún día consideré inalcanzable, pero ahora es ya parte de mí. Y la que hasta el fin me ha formado en valores, para hacerme saber lo que es en realidad, que por mi raza se manifieste mi espíritu.

Al Dr. José Narro Robles por promover la ampliación de la cobertura del nivel superior en el país, con proyectos como la creación de la ENES-campus León, y modelos educativos innovadores, con posibilidad de áreas de profundización.

Al Rector Dr. Enrique Luis Graue Wiechers por su compromiso y entrega en pro de la superación de nuestra Universidad, y el apoyo otorgado a la comunidad estudiantil.

Al Maestro Javier de la Fuente por creer desde siempre en la construcción de la ENES, campus León, y lo que esto podía significar para jóvenes fuera de la capital y el área metropolitana, quien al igual que yo, la pudieron creer lejana e indiferente. Gracias por su cercanía a la comunidad estudiantil, y por el apoyo y ánimo, que siempre sus palabras dieron a los estudiantes y familias de la primera generación. Que su lucha porque la universidad siga desconcentrándose, consolidándose e interconectándose, rindan frutos, para que más jóvenes puedan sentirla también su casa de estudios.

A la Dra. Laura Susana Acosta Torres, por su compromiso y entusiasmo por seguir trabajando por el bien de nuestra Universidad.

Al Programas de Becas Manutención UNAM (antes PRONABES) por el apoyo económico otorgado, de gran significancia para sustentar la estancia en esta ciudad durante mi formación académica.

## DEDICATORIAS

*“El viento sopla donde quiere, y tú oyes su silbido, pero no sabes de dónde viene ni adónde va. Lo mismo le sucede al que ha nacido del Espíritu.” Jn 3, 8*

A Dios las gracias primeramente, porque ha dispuesto este desafío en mi vida, para darme a conocer que su espíritu está en mí. “Quien me formó sabe lo que ha hecho”. Gloria a ti Padre, porque has puesto en mi corazón el anhelo de hacer algo más que un trabajo para titularme; has querido que fuera algo que trascendiera, y el trabajo ahora está hecho, el resto está en tus manos. *Gracias Padre porque así te ha parecido bien (Mt, 11, 25).*

A mis padres, María de la Luz y José Manuel, que me aman libre e incondicionalmente, me dan la libertad de elegir, me apoyan sin medida, y a pesar de todo, nunca dejan de creer en mí. No me alcanzarían las palabras para expresar en cuanto ellos han sido mi ejemplo, pues son unas bellísimas personas que por fortuna se me han dado para ser mis pilares. No tengo como agradecer tanto. En la tierra y en el cielo, los amare siempre.

A mis hermanos, Manuel de Jesús y Josué, a quien amo con todo el corazón porque un día me condujeron de la mano, compartieron conmigo risas y llanto, y han sido parte fundamental para poder llegar hasta aquí.

A todos mis familiares y amigos, que siempre han estado pendientes de mí, e impulsan con cariño mi vida.

A mi tutor de tesis, el Dr. Mauricio Alberto Ravelo Izquierdo, quien nunca me negó su apoyo, me brindó su disposición, paciencia y creyó en mi aspiración.

A mi asesora de tesis, la Lic. Irma Ileana Aguilar Cabello, por su gentileza, dedicación y apoyo durante mi formación y en el presente trabajo.

# INDICE

---

|   |            |
|---|------------|
| <b>RESÚMEN</b>  | <b>VI</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   | <b>VII</b> |
| <b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>  | <b>1</b>   |
| <b>1.1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA</b>  | <b>1</b>   |
| <b>1.2 JUSTIFICACIÓN</b>  | <b>3</b>   |
| <b>1.3 OBJETIVOS</b>  | <b>5</b>   |
| <b>ANTECEDENTES</b>   | <b>6</b>   |
| <b>2.1 MARCO TEÓRICO</b>  | <b>6</b>   |
| 2.1.1 PANORAMA ACTUAL DE LA FISIOTERAPIA EN MÉXICO  | 6          |
| 2.1.1.1 Proceso de atención de la pfp en instituciones públicas; y la consideración real de la valoración y el diagnóstico fisioterapéutico | 6          |
| 2.1.1.2 Carente valoración y diagnóstico previo a fisioterapia, en la práctica autónoma   | 8          |
| 2.1.2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA   | 9          |
| 2.1.3 GENERALIDADES DEL NERVIO FACIAL   | 11         |
| 2.1.3.1 Componentes   | 11         |
| 2.1.3.2 Recorrido del nervio facial   | 12         |
| 2.1.4 PATOLOGÍA DEL NERVIO FACIAL   | 21         |
| 2.1.4.1 Primera exclusión del origen lesivo del nervio facial; periférico o central   | 22         |
| 2.1.4.2 Diagnóstico topográfico   | 23         |
| 2.1.4.3 Lesiones periféricas  | 24         |
| 2.1.4.4 Diagnóstico diferencial   | 27         |
| 2.1.5 PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA (PFP)   | 29         |
| 2.1.5.1 Definición  | 29         |
| 2.1.5.2 Fisiopatología  | 29         |
| 2.1.5.3 Cuadro clínico  | 31         |
| 2.1.6 VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE LA PFP EN LA LITERATURA  | 35         |
| 2.1.7 COMPETENCIAS DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN Y UNA HISTORIA CLÍNICA   | 37         |
| 2.1.8 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO  | 38         |
| <b>2.2 APROXIMACIÓN AL ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO</b>   | <b>40</b>  |
| 2.2.1 ESCALAS DE VALORACIÓN PARA PARÁLISIS FACIAL   | 40         |
| 2.2.2 ESCALA DE GRADUACIÓN DE HOUSE BRACKMANN   | 42         |
| 2.2.3 INDICE DE DISCAPACIDAD FACIAL   | 43         |
| 2.2.4 DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO  | 44         |
| <b>METODOLOGÍA</b>  | <b>46</b>  |

|                                |   |           |
|--------------------------------|---|-----------|
| 3.1                            | ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN  | 46        |
| 3.2                            | MÉTODO DE INVESTIGACIÓN   | 46        |
| 3.3                            | PROCEDIMIENTO   | 46        |
| 3.3.1                          | DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO   | 46        |
|                                |   | <b>58</b> |
| <b>RESULTADOS</b>              |   | <b>58</b> |
| 4.1                            | HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPEUTICA PARA PFP  | 59        |
| <b>DISCUSIÓN</b>               |   | <b>66</b> |
| 5.1                            | BREVE INTRODUCCIÓN Y POBLACIÓN EN LA QUE SE PUEDE APLICAR LA HISTORIA CLÍNICA PARA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN FISIOTERAPIA. | 66        |
| 5.2                            | DIFICULTADES  | 66        |
| 5.3                            | LIMITACIONES  | 67        |
| <b>CONCLUSIONES</b>            |   | <b>68</b> |
| 6.1                            | RECOMENDACIONES   | 69        |
| 6.2                            | FUTURAS INVESTIGACIONES   | 70        |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>            |   | <b>71</b> |
| <b>PÁGINAS COMPLEMENTARIAS</b> |   | <b>76</b> |
| 8.1                            | ANEXOS  | 76        |
| 8.1.1                          | ANEXO 1. CAUSAS DE PFP  | 76        |
| 8.1.2                          | ANEXO 2. EXAMEN CLÍNICO MUSCULAR  | 78        |
| 8.1.3                          | ANEXO 3. ESCALA DE GRADUACIÓN HOUSE BRACKMANN   | 79        |
| 8.1.4                          | ANEXO 4. ESCALA HOUSE BRACKMANN 2.0 FNGS  | 80        |
| 8.1.5                          | ANEXO 5. INDICE DE DISCAPACIDAD FACIAL  | 81        |
| 8.1.6                          | ANEXO 6. FORMATO FORMULADO PARA EL ÍNDICE DE DISCAPACIDAD FACIAL  | 83        |
| 8.2                            | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES   | 84        |

## INDICE DE TABLAS

---

|  |    |
|--|----|
| <b>TABLA 1.</b> RELACIÓN ETIOLÓGICA DE LA PFP _____  | 10 |
| <b>TABLA 2.</b> FIBRAS DEL NERVI0 FACIAL, SU NÚCLEO Y FUNCIÓN _____                              | 12 |
| <b>TABLA 3.</b> MÚSCULOS DEL NERVI0 FACIAL _____   | 15 |
| <b>TABLA 4.</b> LESIÓN CENTRAL Y PERIFÉRICA DEL NERVI0 FACIAL _____                              | 22 |
| <b>TABLA 5.</b> NIVELES DE LESIÓN PERIFÉRICA DEL NERVI0 FACIAL, HALLAZGOS Y ETIOLOGÍA _____      | 25 |
| <b>TABLA 6.</b> SINGULARIDADES DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA _____ | 27 |
| <b>TABLA 7.</b> DATOS CLÍNICOS EN REPOSO _____   | 32 |
| <b>TABLA 8.</b> SIGNOS DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA _____                                      | 33 |
| <b>TABLA 9.</b> MANIFESTACIONES CLÍNICAS NEGATIVAS _____   | 34 |
| <b>TABLA 10.</b> BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS PARA PARÁLISIS FACIAL _____                    | 41 |

## INDICE DE FIGURAS

---

|  |    |
|--|----|
| <b>FIGURA 1.</b> EDAD DE DISTRIBUCIÓN.....   | 10 |
| <b>FIGURA 2.</b> TRAYECTO DEL COMPONENTE MOTOR.....  | 13 |
| <b>FIGURA 3.</b> TRAYECTO DEL COMPONENTE PARASIMPÁTICO.....  | 17 |
| <b>FIGURA 4.</b> TRAYECTORIA DEL COMPONENTE SENSITIVO .....  | 18 |
| <b>FIGURA 5.</b> TRAYECTORIA DEL COMPONENTE GUSTATORIO .....                                       | 19 |
| <b>FIGURA 6.</b> TRAYECTORIA DE LAS FIBRAS DEL NERVI0 FACIAL(25) .....                             | 20 |
| <b>FIGURA 7.</b> EFECTORES DEL NERVI0 FACIAL(34).....  | 21 |
| <b>FIGURA 8.</b> NIVELES DE LESIÓN PERIFÉRICA DEL NERVI0 FACIAL(22).....                           | 24 |
| <b>FIGURA 9.</b> PORCIONES INTERÓSEAS DEL NERVI0 FACIAL(44) .....                                  | 30 |
| <b>FIGURA 10.</b> EVOLUCIÓN HABITUAL DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA.....                        | 31 |
| <b>FIGURA 11.</b> VALORACIÓN DEL TONO MUSCULAR EN LA PARÁLISIS FACIAL FLÁCIDA(39) .....            | 35 |
| <b>FIGURA 12.</b> VALORACIÓN DEL BALANCE MUSCULAR EN LA PARÁLISIS FACIAL FLÁCIDA(39).....          | 36 |
| <b>FIGURA 13.</b> MODELO DE INTEGRACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA SEGÚN LA NOM-004-SSA3-2012(4) ..... | 39 |

# RESÚMEN

---

**INTRODUCCIÓN:** La parálisis facial (PF) es un padecimiento de alta incidencia(1). Su origen periférico ha sido considerado como la neuropatía craneal aguda probablemente más común a nivel internacional(2). A pesar de ello, solo se acierta con un trabajo en la literatura, que desglosa la incidencia de los subtipos que le derivan. Pues por lo común, se reporta y describe al subtipo idiopático o de Bell donde correspondiera el desglose de la Parálisis Facial Periférica (PFP) en su totalidad, probablemente por la alta incidencia que esta representa(2,3), pero también especulativamente debido a la inconsistencia en su valoración, exclusión diagnóstica y registro, reflejada incluso en los trabajos más actuales de investigación. En la Fisioterapia, la PFP también se ha encontrado registrada con diversas escalas, sin embargo no se encuentra trabajo alguno que compruebe la idoneidad de estas en la valoración fisioterapéutica, tampoco un formato integro que unifique su valoración. La presente investigación pretende evidenciar a su vez, la capacidad del Fisioterapeuta para referenciar correctamente a un paciente con base en su valoración.

**OBJETIVO:** Proponer una Historia Clínica para la valoración práctica e integral de la Parálisis Facial Periférica, elaborada por un fisioterapeuta. **METODOLOGÍA:** Investigación documental (Teórica). A través de una revisión bibliográfica, se estudió el universo de la PFP, determinando los aspectos relevantes para la valoración fisioterapéutica, que posteriormente fueron incluidos en la historia clínica diseñada conforme a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico(4) y la teoría del libro *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*(5).

**RESULTADOS:** Se obtuvo una historia clínica para PFP con los siguientes aspectos: ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual, interrogatorio por aparatos y sistemas, exploración física, resultados de estudios, posible localización anatómica, Estado de la parálisis, duración, diagnóstico fisioterapéutico e impacto funcional, pronóstico de recuperación en Fisioterapia, indicación terapéutica inicial y responsable de la valoración.

**CONCLUSIÓN:** Se logró una historia clínica integral y práctica, dependiente de la experiencia en el manejo del formato; guía para la valoración y revaloración del paciente con PFP, principalmente en investigación; preparada para identificar casos de referencias; y propia de la fisioterapia.

**PALABRAS CLAVE:** Valoración de la PF, Escalas para PF, Historia clínica para PF, valoración fisioterapéutica para PF, Parálisis Facial Periférica.



# INTRODUCCIÓN

---

Entre todo, se ambiciona que la Historia Clínica de PFP para Fisioterapia contribuya al proceso de profesionalización en México de la misma carrera; ya que, como señaló José Antonio Martín Urrialde(6) desde hace 18 años, una forma de atomizar o estancar a la Fisioterapia es no respetando su autonomía; haciendo referencia al diagnóstico fisioterapéutico, el cual menciona debe ser detenido, minucioso, y el origen de un plan de tratamiento ajustado y coherente.

Por lo que en base a esto, se anhela que también por medio de este instrumento, se atraiga cada vez más la mirada de las áreas y profesionales de la salud que aún no consideran la valoración y diagnóstico fisioterapéutico como parte significativa del expediente clínico del paciente, así como la aptitud de propuesta o modificación de tratamiento. Y de igual manera, se espera promueva y resalte la participación profesional dentro de programas interdisciplinarios.

Finalmente decir que, el perfil del Fisioterapeuta es tan amplio, que le permite además de aplicar un modelo de atención fisioterapéutico, incursionar en planos de la investigación y evaluación, integrando perspectivas teóricas para el diseño e implantación de una Fisioterapia basada en la evidencia(7).

Por lo que en este trabajo, aparte de demostrarse la capacidad para diseñar un formato de evaluación, se pretende impactar en el área de investigación de la Fisioterapia, contribuyendo con un instrumento de recolección de datos que permita la unificación de criterios en la valoración de la PFP, con el que los autores puedan fundamentar las características de su población, logren determinar variables, dar resultados claros, y en cuestión de metaanálisis, logren la equiparación de resultados entre estudios.

*Cada acción activa y propositiva del Fisioterapeuta marcará la pauta del futuro de la Fisioterapia en México.*

Frase propia del autor

# PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

---

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La PF es un padecimiento realmente conocido por su alta frecuencia de aparición. Según lo reportado por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)(1) en el 2010 la PF se encontraba entre los 10 primeros lugares de atención médica en clínicas de rehabilitación en México. A nivel internacional, es la PF de origen periférico, el subtipo considerado como la neuropatía craneal aguda probablemente más común(2). Curiosamente la información encontrada sobre su incidencia general es mínima, pues en el apartado que le correspondiera estar, únicamente se reporta lo referente a la PF idiopática o de Bell, PFP más frecuente que por sí sola cuenta con una ocurrencia de 11 a 40 casos por cada 100.000 habitantes en el mundo(2,3).

A lo largo de los años han ido surgiendo formas diversas de registrar el impacto que causa la enfermedad, sin embargo, aún al paso del penúltimo simposio internacional del nervio facial (12°, en Boston-2013) se sigue considerando como tema sin resolver la valoración del paciente con PF, por falta de consenso incluso entre disciplinas(8). En la literatura de Fisioterapia, esta problemática se atribuye al manejo de una gran variedad de escalas que han tenido una carente evaluación y delimitación de su eficacia y aplicabilidad en dicha profesión. Determinación imprescindible ante la diversidad de puntuaciones y enfoques posibles con que estas reflejan la PF(8).

Pereira et al.(9) señalan esta limitante en su trabajo *Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and metaanalysis*, al encontrar diferencias en la evaluación y descripción de los resultados entre estudios; impidiéndoles comparar los efectos obtenidos en los diferentes trabajos sobre la efectividad de los ejercicios faciales en la PF. Estos autores confirman, al igual que Wenceslau et al.(10), que los métodos existentes aún difieren mucho entre sí; en su forma de evaluar e incluso en el seguimiento del paciente, dificultando la comparación de hallazgos. Lo que además evidencia una inconsistencia en la estructura de la valoración.

Y es que, las escalas más utilizadas actualmente exponen de forma variable y fragmentada hallazgos físicos, funcionales y psicosociales de la PF, incluyendo solo algunas la valoración de secuelas. Logran abarcar únicamente en conjunto rubros como: medidas anatómicas, apariencia en reposo, acción muscular, movimientos involuntarios, discapacidad facial e impacto psicosocial. Lo que manifiesta que el resultado escalar constituye una presentación clínica incompleta, quizá objetiva para algunos rubros en el trabajo de investigación pero insuficiente en la clínica, donde para la integración de un adecuado juicio clínico, necesita se contemple en su totalidad toda enfermedad.

Más adelante se despliegan las escalas más encontradas en los trabajos de divulgación científica en Fisioterapia.

Por otro lado, la casi nula información encontrada en la literatura sobre la incidencia del resto de etiologías que pueden ocasionar una PFP, hace sospechar de una posible tendencia a la generalización de casos de PFP de diferente origen causal en el subtipo idiopático o de Bell, o bien poco interés e inconsistencia en su registro. Para lo que, en el primero de los casos, Carrillo(11) resalta: 'no todas la parálisis faciales corresponden a parálisis de Bell', 'el conocimiento de la anatomía y fisiología del nervio facial permite su exploración completa', por lo que hay que 'evitar caer en el diagnóstico de parálisis de Bell por la simple observación del habitus exterior'. Dicho trabajo será resaltado por exhibir datos del mismo estado en que se perpetra la presente investigación.

Lamentablemente, un diagnóstico por exclusión de esta patología no siempre se lleva a cabo en la realidad de algunos de los sistemas y niveles de atención en salud de nuestro país y de nuestro estado (de lo cual se presentan algunas perspectivas dentro del marco teórico), lo que fuera ideal previo a la referencia al área de rehabilitación, pero peor aún, puede inclusive no existir una valoración que anteceda la llegada del paciente en el ámbito privado de la fisioterapia.

González et al.(12), en su reporte de caso *Parálisis facial: ¿siempre parálisis de Bell?*, recomiendan siempre actuar con precaución de descartar una posible causa orgánica a dicha PF, dando importancia a otros aspectos en ocasiones poco considerados como: evolución y progresión del cuadro clínico, así como la mala evolución al tratamiento prescrito; resaltando la evaluación constante. Advirtiendo así, la responsabilidad que todo profesional adopta al enfrentarse a una PF.

Ante la problemática ya descrita y, conforme a la integralidad de la valoración que precisa el estadio de un paciente con PFP, se construye y propone una historia clínica apropiada a tal padecimiento; que como instrumento íntegro contemple los antecedentes personales y patológicos del paciente, la anamnesis de la evolución de la enfermedad y los síntomas referidos, así como la observación, palpación, y exploración de los efectores del nervio facial, de interés en la valoración fisioterapéutica y la consecuente discapacidad facial. Información que vinculada, se encuentra como relevante para concretar el diagnóstico, pronóstico y seguimiento individualizado del paciente dentro de la Fisioterapia. Cabe resaltar que el presente trabajo tiene la intención de impactar a la investigación que se interesa por la PFP en Fisioterapia.

Con dicha propuesta surge la siguiente interrogante:

**¿Se encuentra entre las facultades profesionales del fisioterapeuta, el elaborar una historia clínica dirigida a la PFP como instrumento de valoración?**

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Ante la alta incidencia de casos clínicos de PF, es imprescindible que la Fisioterapia integre acciones que sigan favoreciendo la atención al paciente y el correcto proceder en un padecimiento tan frecuente como este. Particularmente de la PF de origen periférico, la cual tiene un amplio espectro etiológico y niveles diversos de lesión; y suelen ser mayormente confundidas entre ellas, que con y las de origen central.

En la literatura consultada no se ha encontrado una herramienta que beneficie a este tema en Fisioterapia; primero porque se encuentra mayor atención en la PF de origen idiopático o de Bell, que en discernir si todas lo son; segundo, porque no se encuentran muchos trabajos de Fisioterapia centrados en el tema de valoración de este padecimiento, debido a que los resultados se limitan a puntuarse únicamente con las populares escalas; y tercero porque los trabajos de unificación en la valoración de PFP, son y van dirigidos al área médica.

Ejemplo de ello es la guía de práctica clínica lanzada por la secretaria de Salud de México en coordinación con otras instituciones públicas de salud, donde se incluyen a médicos rehabilitadores, pero que no favorecen en su mayoría a la práctica fisioterapéutica. Por eso, la propuesta de una Historia Clínica propia de Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia busca beneficiar a tal profesional, brindándole una herramienta para la valoración, diagnóstico, pronóstico y revaloración del paciente que sufre la enfermedad.

Dicha historia clínica no busca contraponerse a las escalas que han precedido el registro de la valoración de la PF, que inclusive cuentan con gran popularidad entre el ambiente profesional; más bien, busca estructurar un formato práctico y completo que integre las escalas más significativas y aplicables en Fisioterapia.

Pretende por tanto, ser un instrumento:

- 1) Integral, con el que el Fisioterapeuta nunca pierda de vista que el nervio facial es un nervio mixto (del que deriva el componente motor) y que para fin de su completa valoración/revaloración debe tomarse en cuenta como tal. Además de que registre aspectos funcionales, psicosociales y secuelas, que detallen el estadio y evolución de esta entidad, para bien del tratamiento fisioterapéutico.
- 2) Práctico, que a la experiencia de su manejo le agilice al Fisioterapeuta el proceso de valoración y revaloración en situaciones de alta demanda de atención, permitiéndosele a pesar de tales circunstancias, reflejar los pasos que sustentan su diagnóstico, y que son base para un

proceder personalizado, que evite la protocolización (tanto en instituciones públicas, como en el sector privado). Pues bien se dice que(6):

'la reproducción automática de planes de tratamiento o protocolos aplicados con indiferencia, sin consideración hacia el entorno personal y ambiental del sujeto, y de su lesión, conduce frecuentemente al fracaso terapéutico y la cronificación del enfermo, así como al enquistamiento de la relación con el propio fisioterapeuta'.

- 3) Filtro diagnóstico, que busque suscitar en el Fisioterapeuta una postura de: recelo, que evite sostener en PF idiopática o de Bell a toda PFP por la simple observación del habitus exterior del paciente o el acogimiento de un diagnóstico dado; y de prudencia, que permita actuar adecuadamente como profesional de la salud al, por ejemplo, detectar casos con necesidad de referencia interdisciplinar o de reconsideración del diagnóstico, evitando engaños al paciente en caso de nula evolución o inclusive perjuicios a su salud.

## 1.3 OBJETIVOS

### GENERAL

Proponer una Historia Clínica práctica e integral para la valoración de Parálisis Facial Periférica, elaborada por un fisioterapeuta.

### ESPECIFICOS

- I. Beneficiar la práctica del profesional de Fisioterapia con una Historia Clínica propia de Parálisis Facial Periférica, que guíe la valoración y revaloración de esta entidad.
- II. Favorecer la práctica fisioterapéutica institucional de alta demanda, proporcionando un instrumento que a la habilidad de su manejo le agilice el primer encuentro y las consecuentes revaloraciones al paciente.
- III. Manifiestar a través de la Historia Clínica de Fisioterapia para Parálisis Facial Periférica, el valor de la valoración y el diagnóstico fisioterapéutico.
- IV. Contribuir en consecuencia, al desarrollo de la Fisioterapia en México y su investigación científica, con la propuesta de un instrumento que unifique la valoración y revaloración de la Parálisis Facial Periférica. Y permita además la unificación de posibles variables; así como, la equiparación de resultados.
- V. Por último, resaltar el amplio perfil del Fisioterapeuta que le permite incursionar en el diseño de herramientas bien estructuradas en pro de su práctica profesional.

# ANTECEDENTES

---

## 2.1 MARCO TEÓRICO

### 2.1.1 PANORAMA ACTUAL DE LA FISIOTERAPIA EN MÉXICO

Como base que incentivó a la presente investigación, se expone un bosquejo del panorama profesional actual en el que se desenvuelve la Fisioterapia en México; de manera específica, en el estado de Guanajuato. Enfocándonos a la consideración real de su valoración y diagnóstico, el alta demanda de atención en salud, la carencia de diagnóstico médico previo a la llegada del servicio de Fisioterapia; y su relación con la problemática propia de la PFP.

#### 2.1.1.1 Proceso de atención de la PFP en instituciones públicas; y la consideración real de la valoración y el diagnóstico fisioterapéutico

El primer nivel de atención de salud, en México, recibe en consulta cerca de 785,551 pacientes para manejo inicial de PF, según lo reportado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)(13). Esta alta incidencia, principalmente de parálisis de Bell, justificó en su momento la elaboración de una Guía de Práctica Clínica (GPC) para unificar criterios en este nivel y favorecer la realización de un diagnóstico y manejo oportuno de estos pacientes(13).

Esta GPC, plantea un procedimiento tal, que en la búsqueda de asegurar una parálisis de Bell, también excluye otras causas de PFP, lo que beneficia a la prescripción de un tratamiento adecuado y una pronta recuperación del enfermo en situaciones ideales. Sin embargo, en la realidad hay factores que no contribuyen al adecuado uso de estas herramientas y la pronta llegada al servicio de Rehabilitación.

Uno de estos factores, es la alta demanda de atención. Sutton et al.(14) señalan el escenario que viven estas instituciones, mencionando las diversidades insospechables de padecimientos que reciben médicos generales y familiares, en agendas saturadas de 30 consultas diarias por turnos de 8 horas generalmente. Situación en la que se le viene otorgando al paciente aproximadamente 16 minutos para su atención, demandándoseles, en el caso de una PFP, una alta habilidad y compromiso para realizar la historia clínica, exploración física y detección de factores predisponentes que señala la GPC(13) para determinar en este nivel un diagnóstico certero por exclusión y, en consecuencia una correcta prescripción médica y referencia oportuna a rehabilitación.

En cuanto a la remisión de consulta general y familiar al servicio de rehabilitación, las recomendaciones de la GPC(13), es indicar terapia física en domicilio al 6to día de tratamiento y referir a interconsulta en medicina física y rehabilitación a los grados IV a VI de la clasificación House Brackmann y en caso de ausencia de mejoría en pacientes con grado II y III (después de 8 días de tratamiento). Donde la única valoración la realiza el Médico rehabilitador encargado y prescribe el tratamiento (en tiempo y contenido), para enviarlo a ejecución por el Fisioterapeuta.

Algo similar se maneja en las Unidades Municipales de Rehabilitación- DIF (Desarrollo Integral de la Familia) del estado de Guanajuato. Actualmente, es el Centro Estatal de Rehabilitación (CER)(15) quien se encarga de regular el funcionamiento y operatividad de las Unidades de Rehabilitación de los 46 municipios del estado de Guanajuato, normalizando sus servicios especializados de medicina de rehabilitación, terapia física y ocupacional.

Dentro de sus lineamientos(15), plantea el modelo de trabajo que se sigue dentro de estas unidades, donde a la asignación de la cita de valoración médica por el especialista en Rehabilitación, es éste quien indica el tratamiento a seguir y establece las consultas subsecuentes. Y aunque en su mismo documento, se muestra en definición operacional al Licenciado en Fisioterapia como: 'Profesional paramédico con formación universitaria capacitado para aplicar dentro de su campo de actuación, los diferentes medios y técnicas terapéuticas', no se menciona, al igual que en la anterior institución pública, su valoración y diagnóstico dentro del expediente clínico con el que operan.

Este modelo arcaico de atención en Rehabilitación, donde la valoración y el diagnóstico Fisioterapéutico carecen de reconocimiento, puede deberse al proceso de profesionalización por el que cursa la historia de la Fisioterapia en México, y en específico, en el estado de Guanajuato.

De modo que se creé que es necesario insistir en el empleo de la historia clínica fisioterapéutica en centros de trabajo como estos, para fundamentar con la práctica, la necesidad de un diagnóstico fisioterapéutico y el proceso de valoración para llegar a este. Para en virtud de ello, sea tomado en cuenta y se incluya en el expediente clínico como elemento para el trabajo multidisciplinar en bien del paciente.

Así mismo, se considera que la adecuación de este instrumento clínico para padecimientos de alta incidencia, como lo es la PFP, beneficiaría a la alta demanda ocurrida en las instituciones públicas, agilizando la valoración y revaloración de cualquier enfermedad.



### **2.1.1.2 Carente valoración y diagnóstico previo a fisioterapia, en la práctica autónoma**

Un tema de importancia en la práctica autónoma o privada, es la llegada del paciente sin una valoración o diagnóstico previo. Este hecho es comprobado por Paniagua(16) en su análisis estadístico de pacientes que acudieron a atención fisioterapéutica en el programa *Brigadas comunitarias interdisciplinarias ENES-UNAM, Unidad León*, llevado a cabo en las ciudades de Irapuato, Celaya, Salvatierra y Juventino Rosas del estado de Guanajuato. Este autor descubrió un gran porcentaje de pacientes, 91.5 % del total de población, que carecían de un diagnóstico médico y valoración previa a su arribo a los servicios de fisioterapia.

Este es un hecho significativo en el caso de la PFP, pues con una alta incidencia y los procesos de salud pública descritos, realmente hay pacientes que acuden al servicio de rehabilitación sin una valoración de referencia o medicación oportuna; pacientes que acuden por propia intuición de beneficio y sin una referencia por parte de su médico tratante; o pacientes que incluso son referidos a terapia física con un diagnóstico y un tratamiento prescrito por el médico rehabilitador de una institución de alta demanda de atención, pero sin una valoración detallada que señale un diagnóstico por exclusión y una prescripción personalizada.

En este panorama, sin embargo, los profesionales de Fisioterapia, tanto en el sector público como en el privado, debemos luchar por reflejar con instrumentos clínicos como el presentado en este trabajo, el ejercicio de una práctica competitiva y ética, que por medio de una digna valoración, ampare y justifique la determinación de su diagnóstico, la implementación de un tratamiento objetivo y personalizado o la referencia interdisciplinaria.

A continuación se presentan datos epidemiológicos de la Parálisis Facial Periférica, que fundamentan la inclinación a la diferenciación de la Parálisis Facial con este origen lesivo.

### **2.1.2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA**

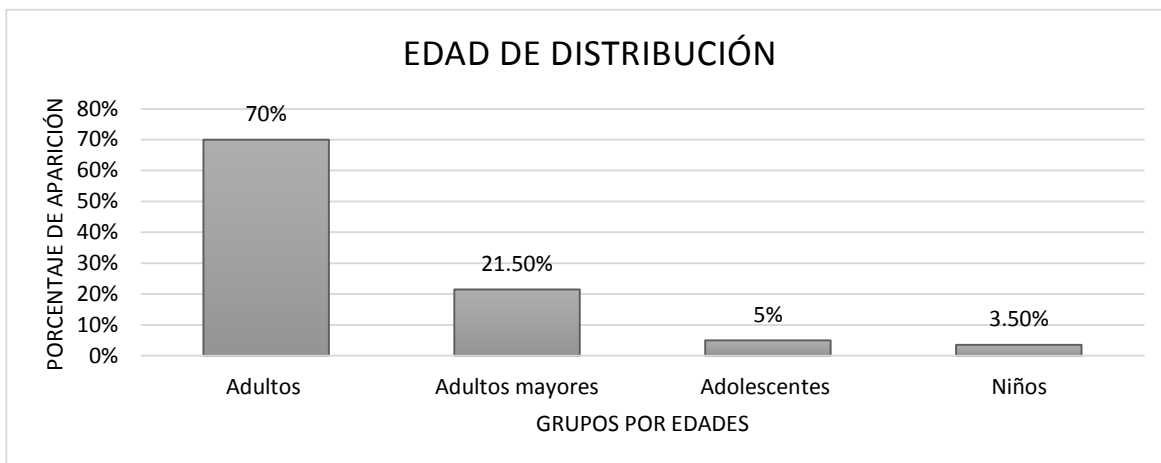
Como ya se mencionó, la PFP es una patología muy frecuente. Crespo(17), en su análisis estadístico del área de neurología de la *Clínica de fisioterapia ENES-UNAM, Unidad León* (en Guanajuato), presenta este padecimiento como el 2° diagnóstico médico de mayor demanda de atención representado en ese entonces por el 21% de población adulta con 49 pacientes; en los que respecto al diagnóstico fisioterapéutico, prevaleció la hemiparesia facial izquierda con 30 casos registrados, por sobre la hemiparesia facial derecha con tan solo 19 casos.

La descripción epidemiológica de la PFP en general no se ha logrado encontrar como tal en la literatura, en el periodo de tiempo de esta investigación, pues en el apartado correspondiente generalmente se despliega lo referente al subtipo idiopático o de Bell, PFP más prevalente que constituye inclusive una entidad propia(2), con una alta incidencia por sí sola de entre los 11 y 40 casos por cada 100.000 habitantes a nivel mundial(3).

De manera que lo encontrado para PFP y realmente referente a la PF idiopática o de Bell es lo siguiente: patología sin preferencia de sexo; presente frecuentemente en mujeres en edad productiva (2-4 veces más que en el hombre de la misma edad), en mujeres embarazadas (3.3 veces más que en las que no lo están) y en pacientes con factores de riesgo como diabetes mellitus e hipertensión(18,19); observable en todas las edades, pero puntualizada en la literatura más reciente con una presentación bimodal caracterizada por una mayor frecuencia entre las edades de 10 y 30 años, y en personas mayores de 70 años(20–22).

En razón de este aspecto de la PFP, se descubre únicamente el trabajo de Carrillo(11), quien aporta a la presente investigación el panorama más actual y real de su incidencia poblacional, fortuitamente del mismo estado que el presente trabajo. Dicho autor presenta mediante un estudio prospectivo, observacional y descriptivo sobre 780 pacientes con PFP, una distribución poblacional por edad, además de una relación etiológica de la PFP en general.

Sus resultados se exponen conjunto a la interpretación de la figura 1 (*Edad de distribución*) y la tabla 1 (*Relación etiológica de la PFP*), realizadas también con base en el mencionado autor(11).



**Figura 1. Edad de distribución**

Edades de distribución de la PFP. El grupo de adultos resulta ser el de mayor porcentaje, seguido del grupo de adultos mayores, el grupo de adolescentes y, en menor porcentaje, el grupo de niños. Cabe señalar que no es mencionado por el autor el rango de edades considerado para cada grupo.

Este autor refiere presentarse únicamente en la población de adultos mayores la predilección por el género femenino, sin embargo coincide al igual que lo relata la literatura, no tener una inclinación por tipo de sexo y observarse en todas las edades.

**Tabla 1. Relación etiológica de la PFP**

| ETIOLOGÍA    | PARÁLISIS DE BELL | ASOCIADA A DIABETES MELLITUS | CONTUSIÓN FACIAL | SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT | SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL | OTRAS CAUSAS |
|--------------|-------------------|------------------------------|------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------|
| <b>CASOS</b> | 474               | 186                          | 18               | 16                      | 14                               | 72           |

Relación etiológica de la PFP. Del total de 780 pacientes, solo 474 casos (60.8%) fueron considerados mediante un diagnóstico por exclusión, verdaderas parálisis de Bell. Reporta además, la asociación de diabetes mellitus a PFP en 186 casos (23%), y otras causas mucho menos frecuentes pero presentes en su población como: contusión facial (n = 18), síndrome de Ramsay-Hunt (n = 16) y síndrome de Melkersson-Rosenthal (n = 14). Y, dentro de los 72 casos restantes, una miscelánea que incluyó: cirugía auditiva, parotiditis, radiaciones, cirugía estética, traumatismo craneoencefálico, otitis media, meningoencefalitis, hemorragia bulboprotuberancial, síndrome de Guillain-Barré y neoplasias.

Ahora bien, continuando con el desarrollo del presente trabajo de investigación, se darán las bases neuroanatómicas, fisiológicas y patológicas que encuadran a la lesión periférica del nervio facial, así como otros conceptos necesarios para desarrollar los objetivos antes dichos. Este contenido se expone organizado de la siguiente manera:

- ∅ **Generalidades del nervio facial**
- ∅ **Patología del nervio facial**
- ∅ **Parálisis facial periférica**
- ∅ **Valoración fisioterapéutica de la PFP en la literatura**
- ∅ **Competencias de una escala de valoración y una historia clínica**
- ∅ **Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico**

### **2.1.3 GENERALIDADES DEL NERVIO FACIAL**

#### **2.1.3.1 Componentes**

El VII par craneal (o nervio craneal, NC), llamado también nervio facial, es un nervio mixto que se compone de diversos tipos de fibras nerviosas que le confieren su función; fibras motoras (en un 58%), fibras parasimpáticas o motoras viscerales (24%) y fibras sensitivas especiales y generales (con un 18%)(23,24).

Estas fibras, aunque componen en conjunto a dicho nervio, se exponen de manera individual en la tabla 2, llamada *Fibras del nervio facial, su núcleo y función*(25,26). Ahí se explican sus diferentes modalidades, su núcleo propio y su función, en favor de una mejor identificación.

Se han expuesto de esta manera ya que ante la presencia de una lesión del nervio facial y las secuelas resultantes, es de gran importancia tener en consideración a todas y cada una de ellas para su exploración fisioterapéutica, pues pueden darnos una perspectiva de la posible localización de la injuria, un panorama de la magnitud de su daño o la corroboración de un diagnóstico.

**Tabla 2. Fibras del nervio facial, su núcleo y función**

| TIPO DE FIBRA                   | NÚCLEO Y FUNCIÓN   |
|---------------------------------|--|
| Fibras Motoras<br>Viscerales    | <i>Salival superior (lagrimal)</i>   |
|                                 | Estimula las glándulas lagrimales, submandibulares y sublinguales, así como la membrana mucosa de la nariz, y los paladares duro y blando (mucosas de la cavidad bucal).   |
| Fibras sensitivas<br>especiales | <i>Solitario (porción gustatoria rostral)</i>  |
|                                 | Lleva la sensación de gusto de los dos tercios anteriores de la lengua.  |
| Fibras Sensitivas<br>Generales  | <i>Espinal del Nervio Trigémico (V)</i>  |
|                                 | Transporta la sensibilidad de la piel de la concha auricular, de un área pequeña en la superficie posteromedial por detrás de la oreja (o pabellón auricular), y parte del conducto auditivo externo.  |
| Fibras motoras<br>braquiales    | <i>Motor del nervio craneal VII</i>  |
|                                 | Inerva los músculos de la expresión facial:<br>Frontal, occipital, orbicular de los ojos, corrugador superciliar, prócer, nasal, elevador del labio superior y del ala de la nariz, cigomático mayor y menor, elevador del ángulo de la boca, mentoniano, depresor del labio inferior, depresor del ángulo de la boca, buccinador, orbicular de la boca, risorio y platisma; además de los músculos del estribo, el estilohioideo y el vientre posterior del digástrico. |

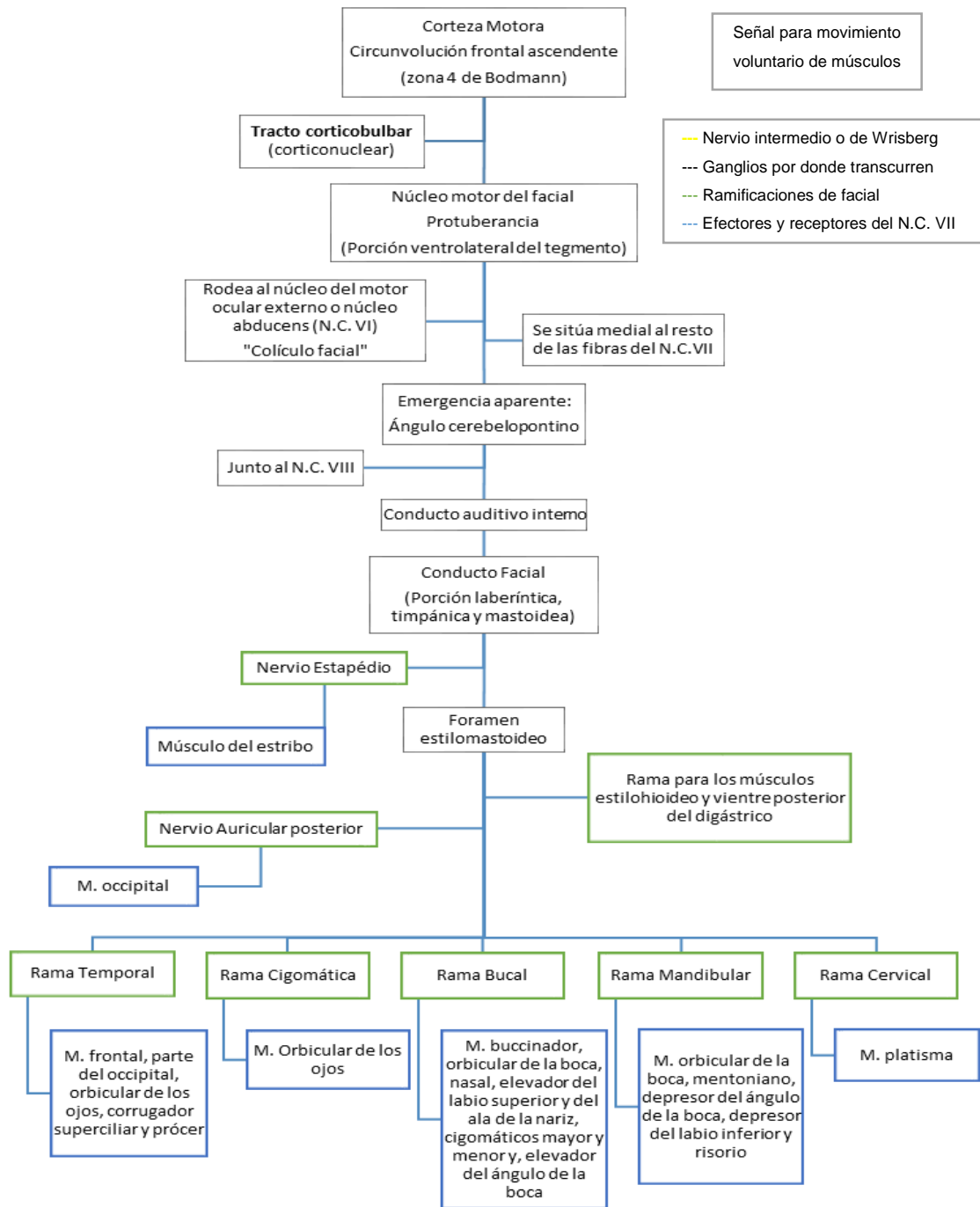
Elaboración propia del autor

### 2.1.3.2 Recorrido del nervio facial

La base de cualquiera exploración física es y será siempre el conocimiento de la anatomía y la fisiología. Lo que además de conocer los componentes del nervio facial, hace imprescindible para su valoración, conocer las características de sus trayectos y sus relaciones. Esto otorga la comprensión de factores que predisponen la aparición y/o recurrencia del padecimiento, y beneficia la distinción diagnóstica y el discernimiento del daño, por la correlación de datos.

Esta información se reduce a los siguientes esquemas, elaborados con base en los autores de la bibliografía señalada(25–29).

### ☞ COMPONENTE MOTOR BRAQUIAL (EFERENTE).



Elaboración propia del autor

Figura 2. Trayecto del componente motor

Es importante mencionar que el núcleo motor del facial se encuentra organizado en columnas longitudinales, las cuales se identifican como porción superior e inferior para determinar el área de los músculos de la cara en que influyen, así como la inervación que reciben (28,29):

∅ **Parte superior del núcleo.**

Músculos superiores de la cara (orbicular de los ojos y frontal), reciben información bilateral de la corteza cerebral (Inervación cruzada y directa).

∅ **Parte inferior del núcleo.**

Músculos faciales inferiores (músculos restantes), únicamente reciben información contralateral (cruzada).

Este núcleo también recibe influencia del cuerpo estriado, del núcleo rojo y la sustancia negra, por medio de fibras separadas de las fibras corticobulbares principales, dando origen a la expresión facial de los estados afectivo e instintivos (movimientos miméticos o emocionales)(28,29). Saber la distribución de la inervación muscular y la influencia del cuerpo estriado que determina los movimientos emocionales, resulta importante al momento de diferenciar una parálisis facial periférica de una central.

Otra función importante de los axones motores braquiales del nervio facial, es el papel que juegan como componente eferente de diferentes arcos reflejos primitivos, superficiales y profundos. Las respuestas de estos reflejos son: el parpadeo reflejo de los ojos al tocar la córnea (reflejo corneano, vía aferente: V N.C.) o ante la luz brillante en bebés mayores de 4 meses (reflejo óptico o de deslumbramiento, misma vía aferente); la contracción o relajación de los músculos del estribo en respuesta a la intensidad del sonido (reflejo estapedial o acústico-facial, vía aferente: VIII N.C); y la respuesta de succión a las sensaciones de tacto en la boca de bebés (reflejo de succión, de las 32-36 semanas de vida intrauterina hasta los 4-6 meses extrauterinos, vía aferente somatosensorial)(26,28,29). Además de la respuesta de cierre palpebral de los reflejos: frontopalpebral (nasopalpebral), superciliar y cocleopalpebral(30).

Como efector del componente motor, de gran importancia en la valoración fisioterapéutica del nervio facial, se hace mención en el siguiente recuadro de los músculos inervados por el nervio facial, así como de su función (tabla 3, *Músculos del nervio facial*(31,32)).

**Tabla 3. Músculos del nervio facial**

| <b>MÚSCULO</b>   | <b>ACCIÓN</b>  |
|--|--|
| <b>Occipitofrontal</b>                                   | Eleva cejas arrugando frente.  |
| <b>Superciliar</b>                                       | Frunce el ceño, formando arrugas verticales en la frente.  |
| <b>Prócer o piramidal de la nariz</b>                    | Tira del ángulo medial de la ceja hacia abajo, provoca arrugas transversas de la piel por encima del puente de la nariz.   |
| <b>Orbicular del ojo</b>                                 |  |
| ⌘ <b>Porción palpebral</b>                               | Cierre suave de los párpados del ojo y parpadeo involuntario.  |
| ⌘ <b>Porción orbitaria</b>                               | Cierre fuerte de los párpados del ojo.   |
| <b>Nasal</b>   |  |
| ⌘ <b>Porción alar</b>                                    | Dilatador propio de las narinas.   |
| ⌘ <b>Porción transversa</b>                              | Compresor de la nariz y contracción de las ventanas nasales.   |
| <b>Depresor del Tabique</b>                              | Tracción inferior de la nariz facilitando la apertura de las narinas.  |
| <b>Orbicular de la boca</b>                              |  |
| ⌘ <b>Porción central</b>                                 | Cierre y protrusión de los labios, colaborador de la succión y retención bucal de comida.  |
| ⌘ <b>Porción periférica</b>                              |  |
| <b>Buccinador</b>  | Compresión de las mejillas contra los dientes y tracción de las comisuras labiales.<br>A la contracción bilateral interviene en la retención del bolo alimenticio, soplar y succionar. |
| <b>Elevador del ángulo de la boca o canino</b>           | Elevación del ángulo de la boca y el labio superior.<br>Interviene en la formación del surco nasolabial.   |
| <b>Elevador del labio superior y del ala de la nariz</b> | Elevador del labio superior y dilatador de la ventana nasal.   |
| <b>Elevador del labio superior</b>                       | Elevación y eversión del labio superior.   |
| <b>Cigomático menor</b>                                  | Elevación del labio superior. Intervienen en la formación del surco nasogeniano.   |
| <b>Cigomático mayor</b>                                  | Tira del ángulo de la boca hacia arriba y lateralmente.  |

Continuación de la tabla en la siguiente página...

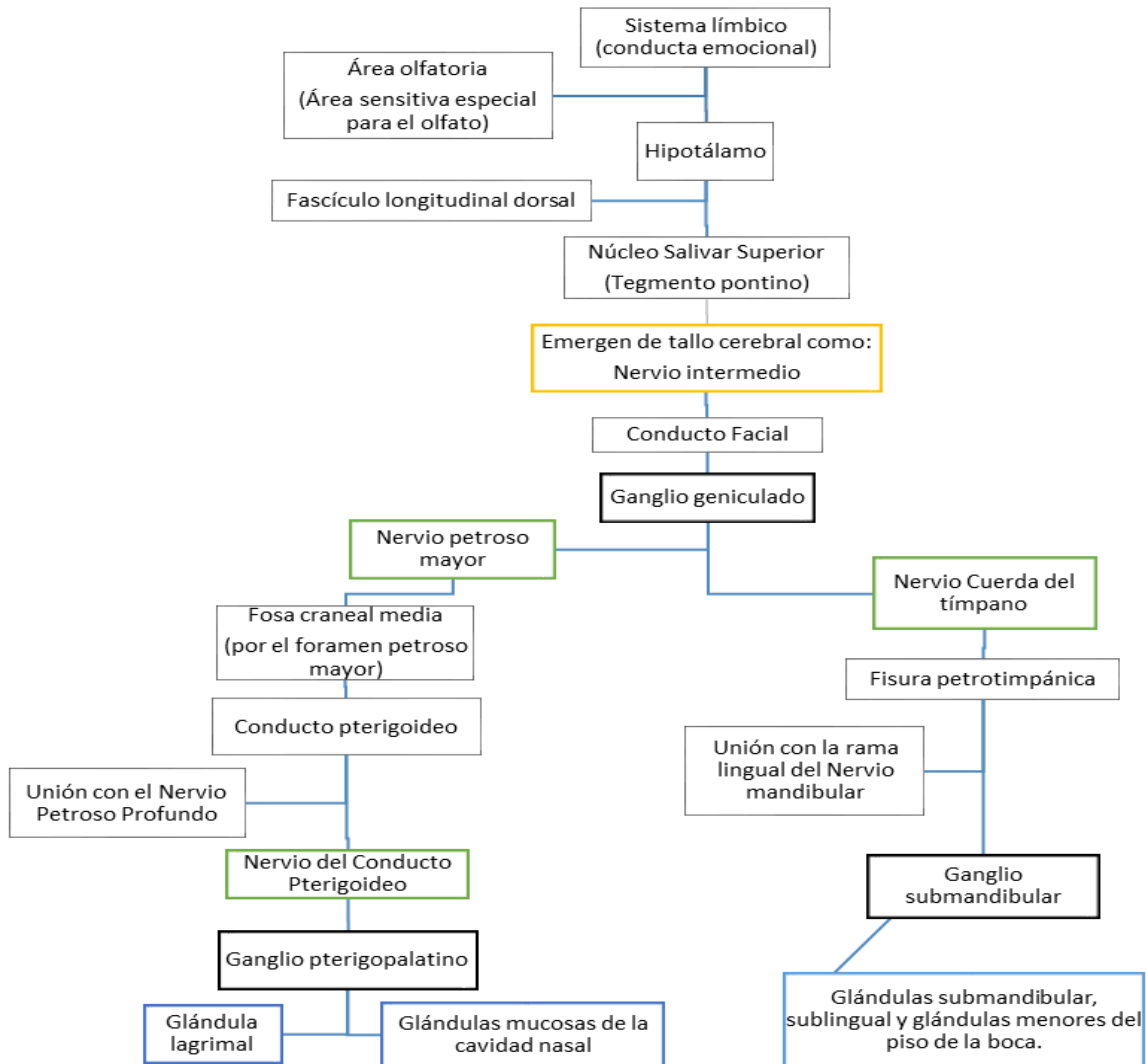


|   |  |
|---|--|
| <b>Risorio de Santorini</b>                                     | Retracción del ángulo de la boca.  |
| <b>Depresor del ángulo de la boca o triangular</b>              | Depresión del ángulo de la boca  |
| <b>Depresor del labio inferior o cuadrado del mentón</b>        | Depresión, movimiento lateral y eversión del labio inferior.   |
| <b>Borla de la barba o mentoniano</b>                           | Tira la piel del mentón hacia arriba. Provoca la protrusión del labio inferior.  |
| <b>Cutáneo del cuello o platisma</b>                            | Descenso del ángulo de la boca y labio inferior; depresión de la mandíbula, músculo accesorio de la inspiración; tensa la piel del cuello. |
| <b>Estilohioideo y vientre posterior del músculo digástrico</b> | Llevar al hioides hacia arriba y atrás.<br>Intervienen en la deglución y la masticación.   |
| <b>Estapedio (Estribo)</b>                                      | Disminuye la presión intravestibular tirando del estribo hacia afuera. Adapta la cadena de huesecillos al ruido débil o lejano.            |

Elaboración propia del autor

## ☞ COMPONENTE MOTOR VISCERAL (EFERENTE)

El componente parasimpático es el responsable de controlar la secreción de las glándulas lagrimales, submandibulares y sublinguales, así como las glándulas mucosas de la nariz, los senos paranasales y la mucosa de los paladares blando y duro. Su trayectoria se muestra en el siguiente esquema (figura 3)(25,26,28,29,33).



Elaboración propia del autor

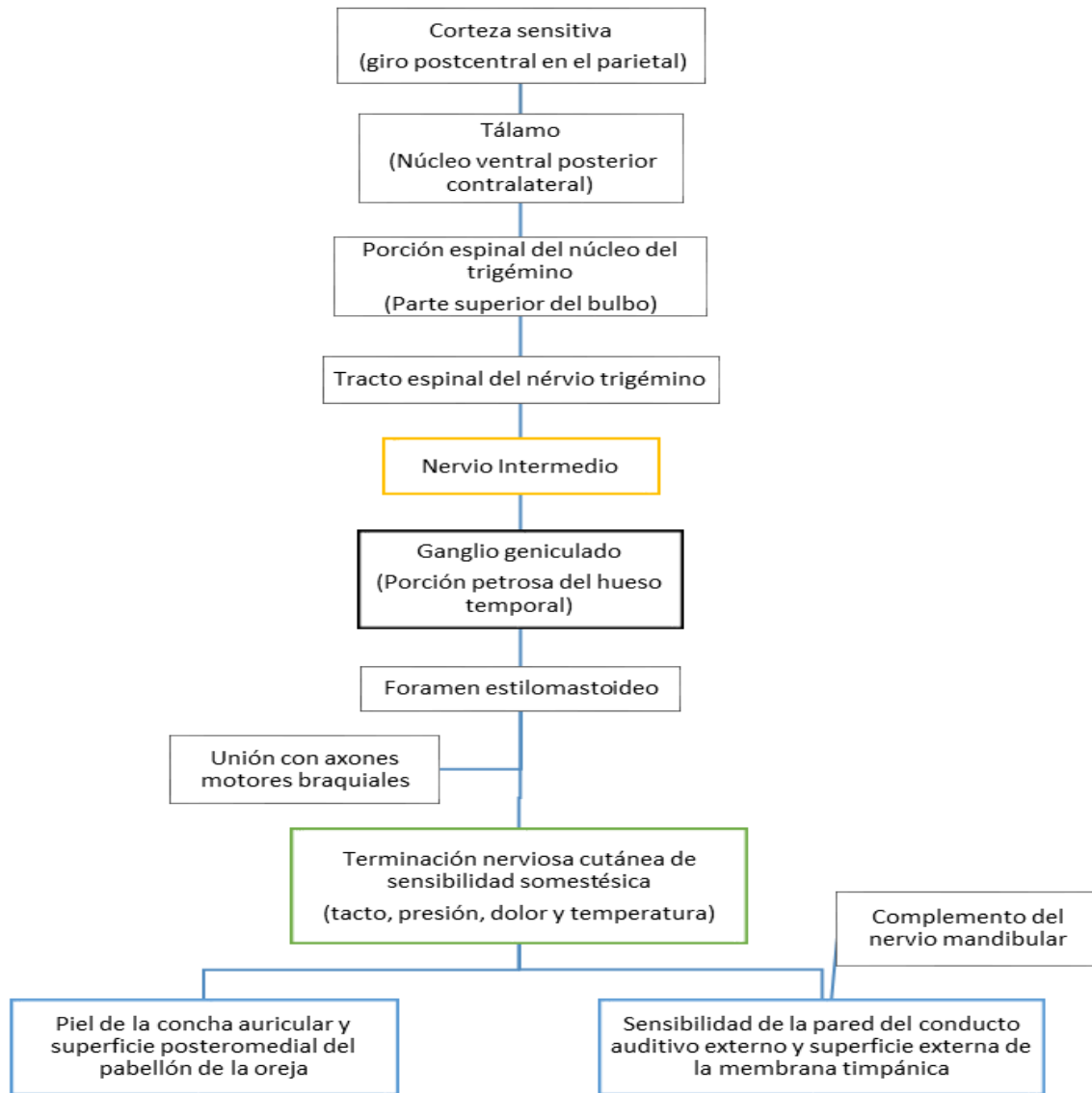
**Figura 3. Trayecto del componente parasimpático**

Esta vía interviene también en reflejos viscerales, como la salivación en respuesta a olores o llanto en respuesta a estados emocionales. Su núcleo es asimismo influenciado por otras áreas del encéfalo, por ejemplo: del núcleo espinal del trigémino, el cual obtiene información sensitiva del ojo y estimula al núcleo salivar superior para producir secreción de la glándula lagrimal cuando lo

necesita (p. ej. al estar irritado). También es influenciado por el núcleo solitario, pues al activarse las fibras especiales del gusto en la boca, estimula al núcleo salivar superior para producir la secreción de las glándulas orales(28,29).

### ☞ COMPONENTE SENSITIVO GENERAL (AFERENTE).

Las terminaciones nerviosas cutáneas de sensibilidad somestésica (información de tacto, presión, dolor, temperatura) pueden hallarse alrededor de la piel de la concha auricular, la superficie posteromedial del pabellón de la oreja y el conducto auditivo externo. Su trayectoria es expuesta en la figura 4(25,26,28,29,33).

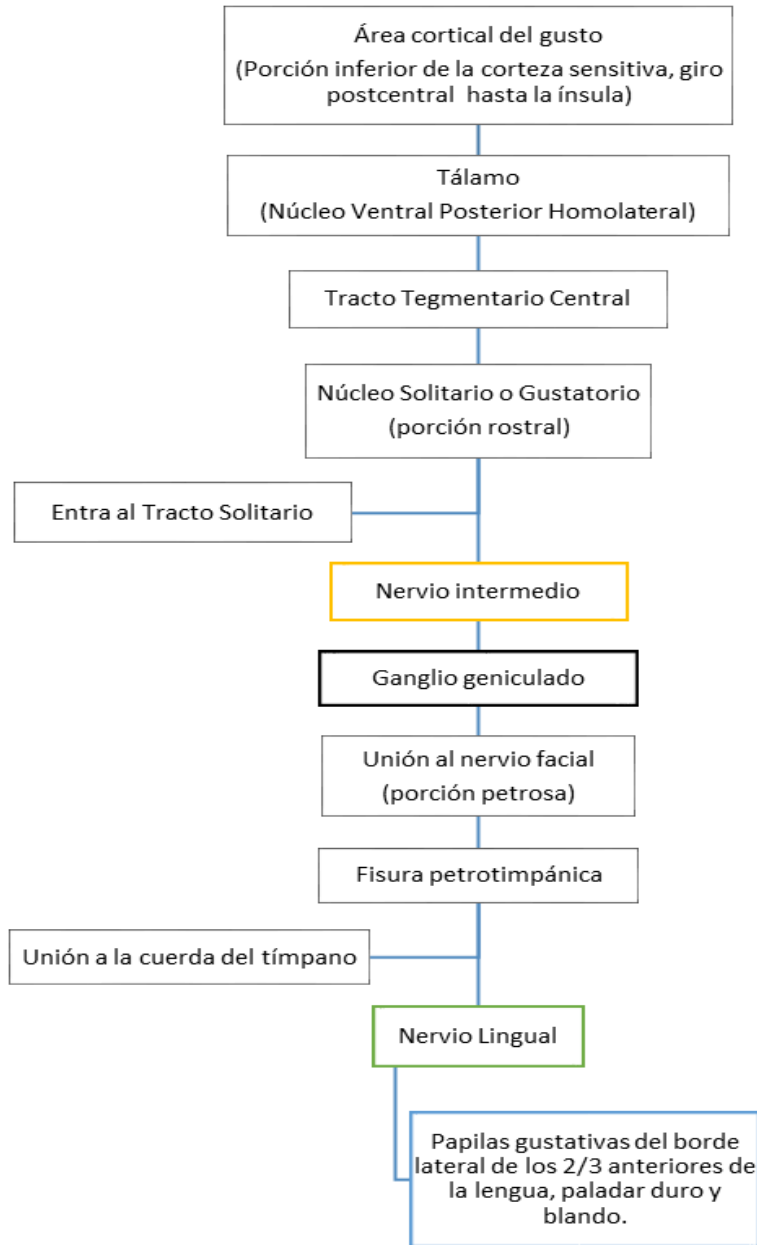


Elaboración propia del autor

**Figura 4. Trayectoria del componente sensitivo**

## ☞ COMPONENTE SENSITIVO ESPECIAL (AFERENTE).

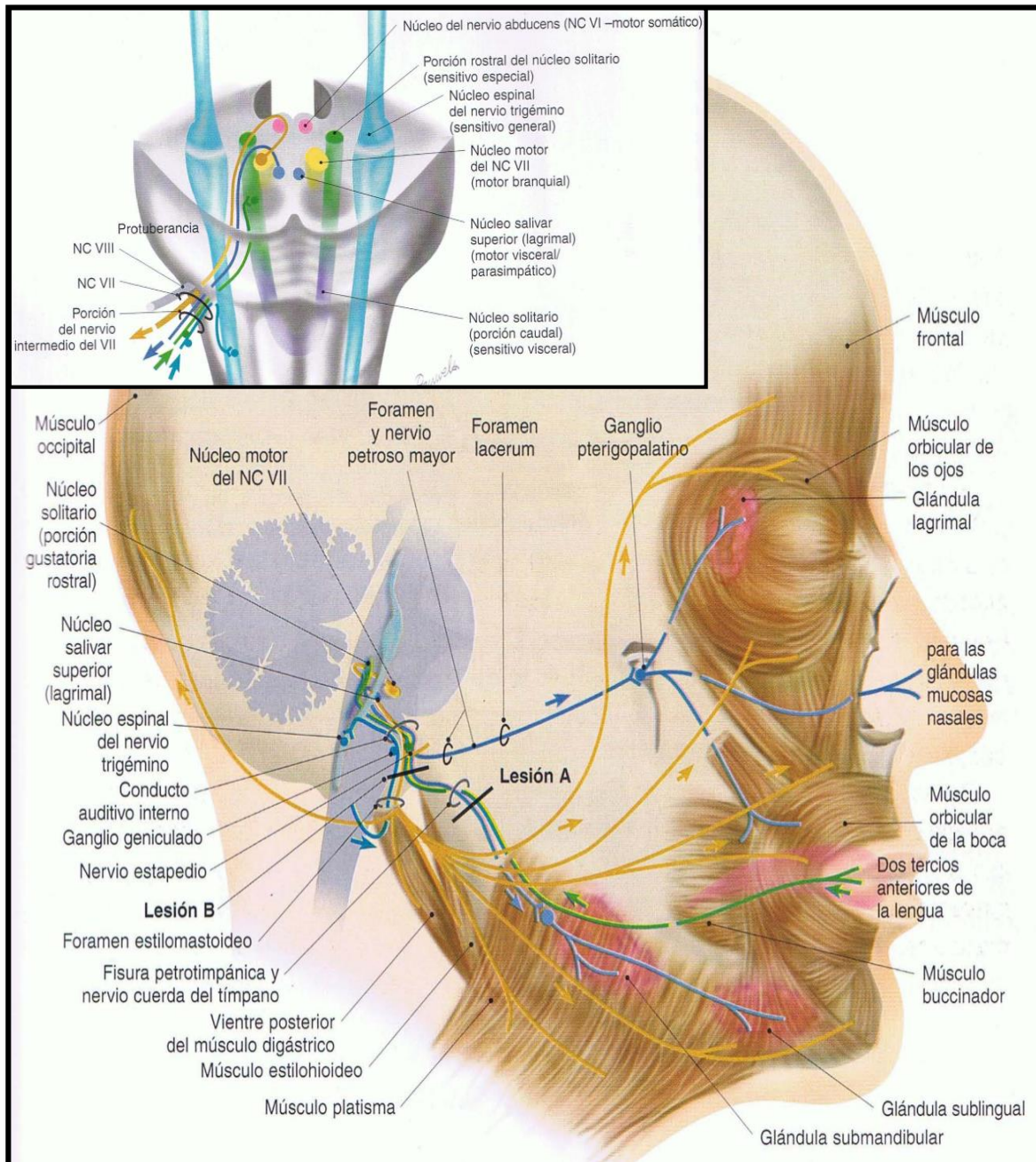
Transporta información de las papilas gustativas sobre el borde lateral de los dos tercios anteriores de la lengua, y los paladares duro y blando. El siguiente esquema (figura 5)(25,26,28,29,33) presenta su trayectoria.



Elaboración propia del autor

**Figura 5. Trayectoria del componente gustatorio**

En la siguiente imagen (figura 6. *Trayectoria de las fibras del nervio facial*) se observa, en el borde inferior de la protuberancia, la disposición de los 4 núcleos propios de cada componente dispuestos de manera bilateral a la línea media del tronco encefálico. Se representa también el recorrido conjunto que realizan las fibras del nervio facial y sus ramificaciones.

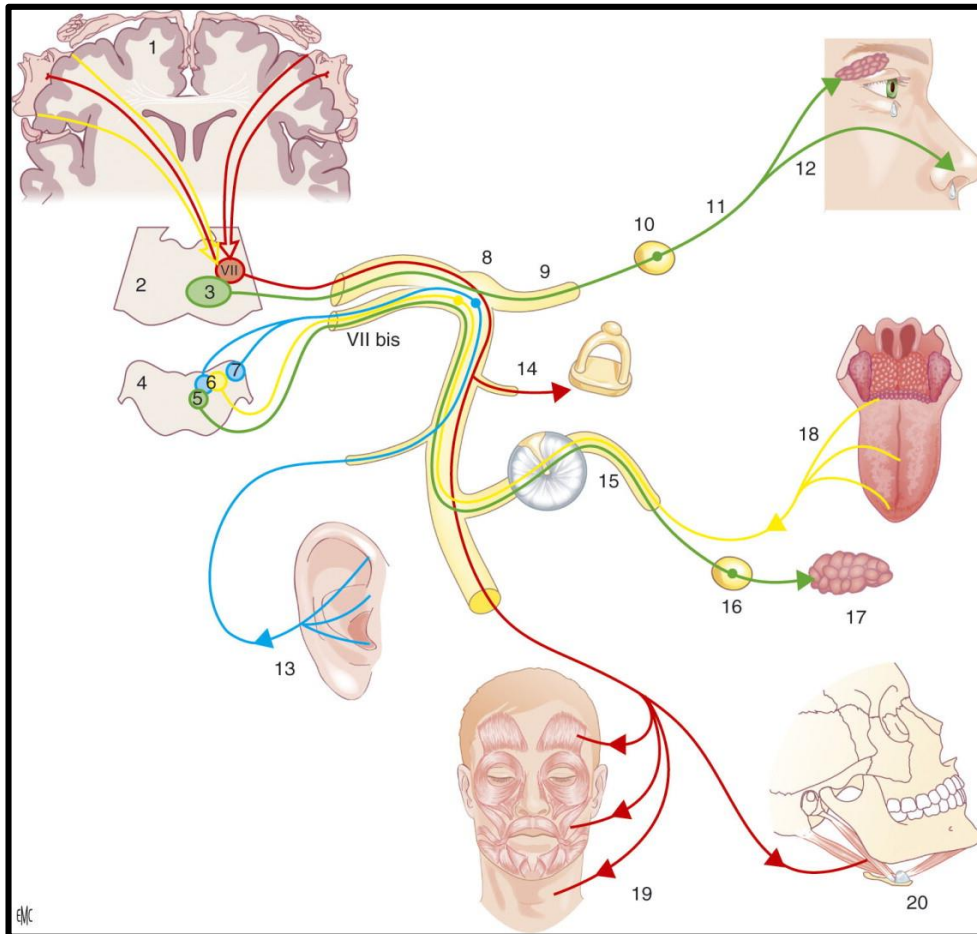


**Figura 6. Trayectoria de las fibras del nervio facial(25)**

**Glándula parótida eliminada; Componente Motor braquiales-eferente (amarillo), Componente Motor Visceral-eferente (azul fuerte), Componente Sensitivo General-aférente (azul claro), Componente Sensitivo Especial-aférente (verde).**

Obsérvese como las fibras motoras braquiales emergen de la protuberancia medialmente, por separado del resto de las fibras del nervio facial, pues las fibras que transportan la información motora visceral y sensitiva (general y especial), discurren unidas en una vaina distinta de fascia denominándose entonces, *nervio intermedio de Wrisberg*(25).

En la siguiente imagen (figura 7), llamada *Efectores del nervio facial*, se muestra el trayecto del nervio facial y la distribución nerviosa hacia sus efectores finales.



**Figura 7. Efectores del nervio facial(34)**

## 2.1.4 PATOLOGÍA DEL NERVI0 FACIAL

La parálisis del nervio facial o VII par craneal es una de las neuropatías más frecuentes que existen(30). Debido a que es un nervio principalmente motor, su lesión supone la pérdida de la motilidad facial homolateral al nervio lesionado, comúnmente denominada "Parálisis Facial".

La valoración inicial de cualquier paciente con PF debe incluir una historia clínica completa(34).

### 2.1.4.1 Primera exclusión del origen lesivo del nervio facial; periférico o central

La lesión o disfunción del nervio facial, puede ocurrir en cualquier zona de su extenso trayecto(28). La literatura distingue dos formas clínicas principales entre las cuales diferenciar primordialmente una parálisis facial; la parálisis facial supranuclear o central y, la parálisis facial nuclear e infranuclear o periférica. Es importante en toda exploración identificar este patrón de daño que orienta hacia una localización general y da dirección a la consecuente valoración.

Ambas formas clínicas y sus causas comunes son abordadas en el siguiente cuadro (tabla 4, *Lesión central y periférica del nervio facial*), elaborado en base a la bibliografía citada(20,22,25,35,36).

**Tabla 4. Lesión central y periférica del nervio facial**

| <b>Supranuclear o central</b><br><i>(Neurona motora superior en corteza cerebral y fibras corticonucleares)</i>   |   |
|---|---|
| ⊗ Alteración contralateral de la mitad inferior facial.   |   |
| ⊗ Preservación de los movimientos emocionales y tono muscular normal.   | Infartos vasculares de la corteza motora o capsula interna, abscesos o tumores corticales.                            |
| ⊗ Parálisis hemifacial espástica.   |   |
| ⊗ Lagrimeo, Salivación y gusto respetados.  |   |
| ⊗ Raramente como único hallazgo, comúnmente con parestesia, espasticidad e hiperreflexia del hemicuerpo ipsilateral a la parálisis (contralateral a la lesión). |   |
|   |   |
| <b>Nucleares e infranucleares o periféricas</b><br><i>(núcleo motor y fibras periféricas)</i>   |   |
| ⊗ Afección superior e inferior de la hemicara ipsilateral del nervio lesionado. Completa o parcial.   | Idiopática, congénita, traumática, tóxica, neoplásica, Infecciosa, neurológica, metabólica, iatrogénica, entre otras. |
| ⊗ Afectación de los movimientos emocionales.  |   |
| ⊗ Signos y síntomas dependientes del nivel de lesión y ramas nerviosas afectadas.   |   |
| ⊗ Parálisis de tipo flácido.  |   |

Elaboración propia del autor

#### 2.1.4.2 Diagnóstico topográfico

Este diagnóstico consiste en localizar el sitio de lesión del nervio al estudiar la función de sus diferentes ramas(34). Escajadillo(34) señala ser útil tal diagnóstico en parálisis faciales completas. Ciertamente, es responsabilidad del médico de primer nivel realizar un diagnóstico diferencial que propicie la correcta prescripción y/o referencia al segundo nivel de atención del paciente con PFP que lo requiera(37).

Sin embargo, es significativo que el Fisioterapeuta se familiarice con algunas de las pruebas complemento (mencionadas a continuación) de que se vale en médico para su diagnóstico, de igual manera que debe tener presente los sitios más comunes de lesión del nervio facial, con el sentido de que ante cualquier hecho en la valoración que no concuerde con el presunto diagnóstico, sea mérito de referencia, en bien del paciente.

Pruebas funcionales topográficas (11,20,22,34,38):

1. Prueba de Schirmer. Cuantía la secreción lagrimal tras cuantificar de forma comparativa la longitud del papel filtro humedecido en el lado afectado y sano.
2. Prueba del reflejo estapedial. Del músculo del estribo. Impedanciometría, en caso de lesión por arriba de su rama nerviosa. Uso de diapason para revelar lesión de rama estapedial o proximal a ella (Hiperacusia).
3. Prueba del gusto. Electrogustometría. Valora los umbrales a la sensación de sabor en diferentes lados de la lengua. En otro de los casos, se prueba en las dos terceras partes anteriores de la lengua, pincelando una sustancia gustativa (solución azucarada al 20%, solución salina al 10%, solución de ácido cítrico al 5% o café al 1%), esperando que el paciente lo reconozca manteniendo la lengua fuera de la boca.
4. Prueba de salivación. Gammagrafía ofreciendo ácido ascórbico para estimular la secreción salival. En otro caso, con un abatelenguas se retrae la lengua hacia el lado contrario a examinar, y con jeringa sin aguja se aplican unas gotas de limón y se observa si existe secreción de glándulas sublinguales. Existe también la saliometría.

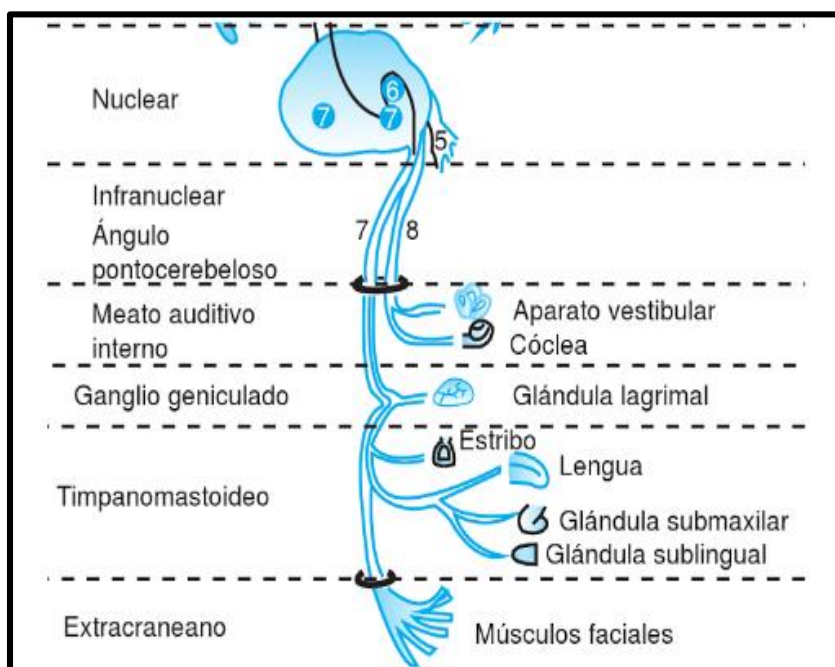
A estas pruebas de complemento se le suman otros estudios electrodiagnósticos útiles para comprobar de manera objetiva aspectos como: la degeneración nerviosa, la pérdida total o parcial de la función muscular, el grado de preservación de la excitabilidad del mismo y el pronóstico de la parálisis.



Ejemplo de ellos son: los estudios de neuroconducción, la prueba de reflejo de parpadeo, prueba de excitabilidad del nervio (Test de Hilger), prueba de excitabilidad máxima, electroneuronografía (ENoG) y la electromiografía (EMG). Aunque es bien reconocido actualmente que el alcance de estos aparatos en la clínica es limitado y son de manejo médico, no excluye la importancia de conocerlos como fisioterapeutas y tomarlos en cuenta como realidad pronostica(22).

### 2.1.4.3 Lesiones periféricas

Los sitios más comunes de lesión han sido generalmente bien determinados gracias al conocimiento de la anatomía y fisiología del nervio facial(36). La Figura 8, llamada *Niveles de lesión periférica del nervio facial* representa estos niveles de lesión encontrados más frecuentemente en el trayecto periférico de dicho nervio.



**Figura 8. Niveles de lesión periférica del nervio facial(22)**

Cada una de las zonas anatómicas del trayecto nervioso presenta diferencias clínicas comprobables que permiten la intuición de la zona en cuestión. En el siguiente recuadro (tabla 5, *Niveles de lesión periférica del nervio facial, su hallazgos y etiología*) elaborado conforme a la bibliografía citada, se desarrollan estos sitios anatómicos de lesión periférica mencionando los hallazgos comúnmente encontrados, otras manifestaciones en caso de lesión conjunta de estructuras cercanas y las posibles causas(18,25,27,39-41).

**Tabla 5. Niveles de lesión periférica del nervio facial, hallazgos y etiología**

| COMPROMISO DEL VII NC  | HALLAZGOS CONJUNTOS  | ETIOLOGÍA   |
|--|--|---|
| <b>Protuberancia</b>   |  |   |
| Lesión por debajo de la decusación del facial y por encima de la decusación cortico espinal.   |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Parálisis Facial Homolateral</li> <li>⊗ Lagrimeo, secreción nasal, salivación y gusto respetados.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Parálisis del músculo recto lateral del ojo ipsilateral (N.C. VI; Nervio abducens).</li> <li>⊗ Hemiparesia corporal contralateral.</li> <li>⊗ Congénita, puede verse con oreja o mandíbula anómala.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Infartos, tumores, hematomas, esclerosis múltiple, poliomielitis anterior aguda, toxicidad por talidomida y Síndrome de Mobius.</li> </ul> |
| <p><b>Síndrome de Millard–Gubler</b>; compromiso de las fibras faciales asociado a la debilidad motora de extremidades del lado contralateral del cuerpo (debido al daño colateral de fibras corticoespinales descendentes a cruzar en el bulbo raquídeo)(18).</p> |  |   |
| <b>Ángulo cerebelopontino (intracraneal)</b>   |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Parálisis facial homolateral (*Incluyendo al músculo del estribo, que provoca la hiperacusia).</li> <li>⊗ Lagrimeo, secreción nasal, salivación y gusto pueden ser alterados.</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Deterioro vestibular (Alt. de la posición y movimiento de la cabeza), y alt. de la audición (hipoacusia o aumento del tinnitus) (N.C. VIII).</li> <li>⊗ Parestesias músculos masticatorios (N.C. V).</li> <li>⊗ Ataxia, incoordinación (Cerebelo).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Neuromas del acústico, meningioma del nervio facial y colesteatoma.</li> </ul>   |
| <b>Meato auditivo interno</b>  |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Parálisis facial homolateral (*).</li> <li>⊗ Lagrimeo, secreción nasal, salivación y gusto pueden ser alterados.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Deterioro vestibular (Alt. de la posición y movimiento de la cabeza), y alt. de la audición (hipoacusia o aumento del tinnitus) (N.C. VIII).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Neuroma intracanalicular (acústico o facial)</li> </ul>  |

Continuación de la tabla en la siguiente página...

### Conducto facial o canal de Falopio

|  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Parálisis homolateral de los músculos inervados por el nervio lesionado (*).</li> <li>⊗ Compromiso del resto de las ramas dependientes del segmento del conducto afectado:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Deterioro vestibular (Alt. de la posición y movimiento de la cabeza), y alt. de la audición (hipoacusia o aumento del tinitus), cuando se involucra la cóclea o el vestíbulo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Traumatismos (fracturas del peñasco), propagación de infección desde oído medio, infección de Herpes zoster e inflamación idiopática (de causa desconocida).</li> </ul> |
|--|---|--|

**Laberintico:** Lagrimeo, secreción nasal, salivación y gusto afectado. Hiperacusia o algiacusia.

**Timpánico:** Salivación y gusto afectado. Hiperacusia o algiacusia.

Lagrimeo y secreción nasal respetado.

**Mastoideo:** Salivación y gusto afectado.

Lagrimeo y secreción nasal respetado, posiblemente sin hiperacusia o algiacusia.

**Síndrome de Ramsay-Hunt;** afección del ganglio geniculado por virus del herpes zoster, asociado con la presencia de vesículas herpéticas en el conducto auditivo externo que pueden llegar a comprometer la cara y cuello, con dolor local y, ocasionalmente, vértigo e hipoacusia por afección del VIII par craneal(18,41).

### Foramen estilomastoideo (Extracraneo)

|   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Parálisis flácida de los músculos de la expresión facial (voluntarios y emocionales) homolateral al lado afectado.</li> <li>⊗ Sensibilidad exteroceptiva puede o no estar alterada.</li> <li>⊗ Músculo del estribo, lagrimeo, secreción nasal, salivación y gusto respetados.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Pueden observarse ramas periféricas respetadas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Herida punzocortante, hinchazón de la glándula parótida (p. ej. En paperas), uso de fórceps en recién nacidos, fractura, cirugía y sarcoidosis.</li> </ul> |
|---|---|---|

Elaboración propia del autor

#### 2.1.4.4 Diagnóstico diferencial

En la Tabla 6, *Singularidades de las causas más frecuentes de parálisis facial periférica*, basada en la bibliografía citada, se presenta una recopilación de peculiaridades de las etiologías más frecuentemente presentes en una lesión periférica del nervio facial, así como su evolución típica(19,22,30).

Otras causas han sido relacionadas también con enfermedades como: Esclerosis múltiple, miastenia gravis, síndrome de Guillén-Barré, poliomieltis, encefalitis, porfiria aguda o intoxicaciones por plomo, etilenglicol, alcohol o monóxido de carbono(30).

**Tabla 6. Singularidades de las causas más frecuentes de parálisis facial periférica**

| ETIOLOGÍA DE LA PFP   | CARACTERÍSTICAS   |
|---|---|
| <p><b>Idiopática o a frigore</b></p> <hr/> <p>No bien definida</p>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ PFP más frecuente.</li> <li>⊗ Parálisis unilateral</li> <li>⊗ Aparición brusca o repentina</li> <li>⊗ Proceso no progresivo, evolución en días o meses</li> <li>⊗ Ausencia de signos de enfermedad del SNC, oído medio o ángulo pontocerebeloso.</li> <li>⊗ Otras posibles características son: pródromos de infección viral, dolor (oído, cara o cuello), disgeusia e hiperacusia.</li> </ul> |
| <p><b>Otitis media</b></p> <hr/> <p>Bacteriana</p>  | <p>Otitis aguda-infrecuente, crónica-frecuente<br/>           Inicio Gradual, otalgia, fiebre e hipoacusia.<br/>           Evolución favorable tratando causa</p>   |
| <p><b>Tumor</b></p> <hr/> <p>Neurinoma, hemangiomas, colesteatoma, neoplasia de glándula parótida</p> | <p>Inicio gradual y progresivo<br/>           Frecuente la PF por compresión extrínseca</p>   |
| <p><b>Enfermedad de Lyme</b></p> <hr/> <p>Espiroqueta <i>Borrelia burgdorferi</i></p>                 | <p>Rash, artralgias, picadura por garrapata</p>   |
| <p><b>Síndrome de Ramsay Hunt</b></p> <hr/> <p>Virus Herpes zóster</p>                                | <p>Tríada: PF, Otagia (dolor prodrómico prolongado) y erupción vesicular en conducto auditivo externo, concha y trago.<br/>           Pronóstico no tan favorable.</p>  |

Continuación de la tabla en la siguiente página...

|  |   |
|--|---|
| <b>Traumática</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Parálisis Yatrogénicas por procedimientos quirúrgicos como: cirugía de oído, base de cráneo, del ángulo pontocerebeloso, de las glándulas salivares, etc.</li> <li>⊗ Fracturas del temporal o heridas penetrantes.</li> <li>⊗ De origen obstétrico por compresión de la región mastoidea durante el parto.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Paresia posquirúrgicas por edema, mejor pronóstico.</li> <li>⊗ Paresias completas e inmediatas, pronóstico malo por encontrarse el nervio seriamente lesionado.</li> </ul> |
| <b>Síndrome de Melkersson-Rosenthal</b>  |   |
| Causa desconocida  | PF recurrente, edema facial y lengua fisurada   |

Elaboración propia del autor

Escajadillo(34) cita a Spector, quien propuso en 1985 una clasificación práctica de las lesiones del nervio facial, y que puede ser en ciertos puntos relevante para fines del presente trabajo. Esta clasificación considera los siguientes parámetros:

1) Localización anatómica:

- a. Intracraneal
- b. Intratemporal
- c. Extracraneal

2) Causas: \*Desarrolladas en Anexo 1

- a. Traumáticas
- b. Neoplásicas
- c. Infecciosas
- d. Congénitas
- e. Neurológicas
- f. Metabólicas
- g. Vasculares
- h. Idiopáticas
- i. Enfermedades del colágeno

3) Duración de la parálisis:

- a. Aguda (de 1-15 días)
- b. Sudaguda (2-4 sem)
- c. Crónica (+ de 4 sem)

4) Función fisiológica:

- a. Lesiones patéticas
- b. Hipercinéticas

5) Estado de la parálisis:

a. Completa

b. Incompleta

6) Sitio:

a. Derecho

b. Izquierdo

c. Bilateral

Es relevante mencionar en dicho apartado, la existencia de la presentación bilateral de la PFP, una rara entidad clínica que surge generalmente como manifestación de enfermedades de carácter sistémico. Suele denominársele *Parálisis Facial Bilateral Simultánea* (PFBS), y entre las causas más comunes que la pueden provocar están: los traumatismos craneoencefálicos, parálisis de Bell, enfermedad de Lyme, síndrome de Guillain-Barré, sarcoidosis, meningitis bacteriana, entre algunos más(34,42).

## **2.1.5 PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA (PFP)**

### **2.1.5.1 Definición**

López et al.(22) definen a la PFP como:

‘Proceso de disfunción mononeuropática del séptimo par craneal (facial) en su trayecto periférico; de etiología variable; con manifestaciones motoras, sensitivas y autonómicas características de las diferentes fibras que viajan a través de esta estructura anatómica’.

### **2.1.5.2 Fisiopatología**

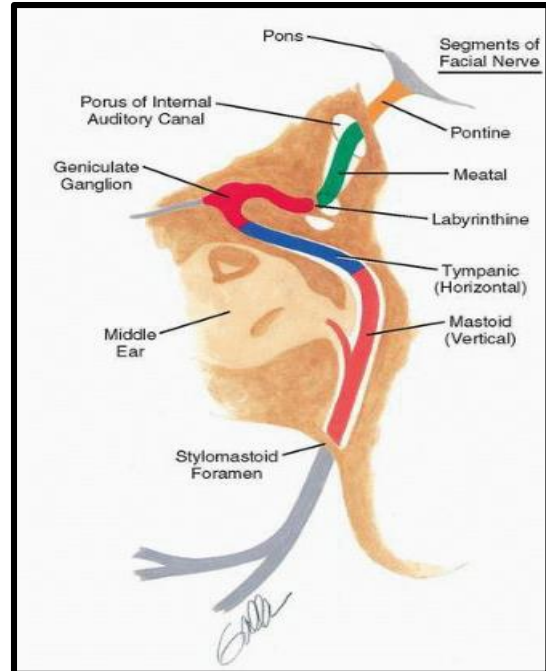
La inflamación y el edema del nervio es una de las condiciones fisiológicas principales en los casos de mononeuropatía periférica del nervio facial(19).

Una característica del canal de Falopio que juega un papel determinante para el círculo vicioso de la infección, inflamación, compromiso vascular e isquemia, y que es uno de los mecanismos que forjan y hacen persistir el proceso de lesión, es la dimensión en su trayecto(19), el cual se muestra en la figura 9.

Este tiene una medida aproximada de 30 a 33mm de largo, y se divide en las 3 porciones mencionadas en el cuadro 5: porción laberíntica, timpánica y mastoidea(19).

**Figura 9. Porciones interóseas del nervio facial(44)**

De estas, es la porción laberíntica la de mayor problema, pues es de todas la más angosta y contiene en su interior al ganglio geniculado (0,68 mm de diámetro) que ocupa el 83% de la superficie disponible, en comparación con la porción mastoidea donde solo es ocupado un 23%(27).



Conesa et al.(19) presenta las siguientes dos teorías etiopatogénicas, de las cuales la primera, según López et al.(22), ya ha sido valorada con estudios de resonancia magnética nuclear:

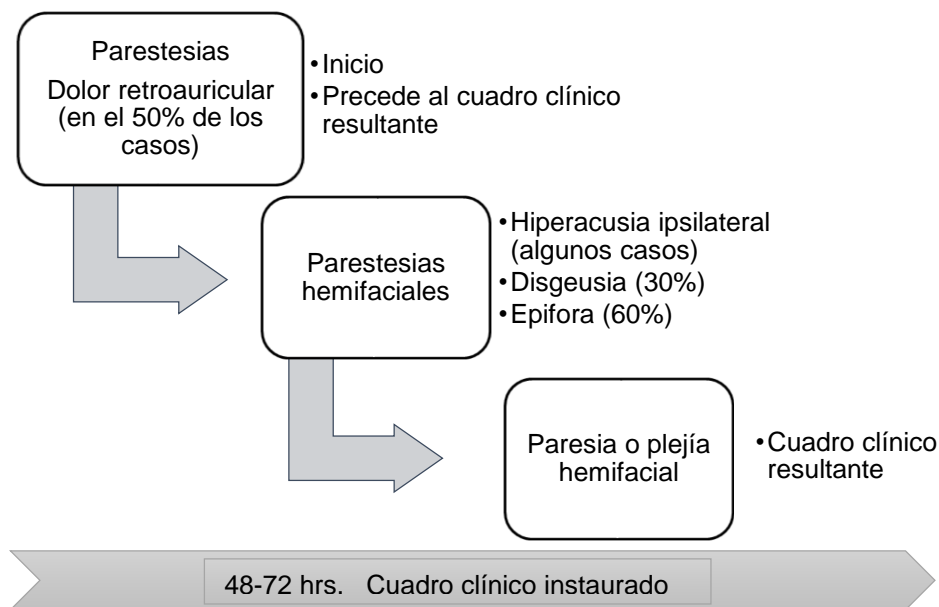
Teoría Vascolar:

- ⊗ Alteración de la microcirculación por un vaso espasmo, que provoca una isquemia primaria y un edema, y a consecuencia una isquemia secundaria por la compresión del nervio debido a la inflamación en un espacio inextensible (el ya mencionado, acueducto de Falopio del hueso temporal).
- ⊗ Esto establece un ciclo vicioso que puede llegar hasta una degeneración axonal.
- ⊗ Principalmente en casos generados por traumatismos, hipertensión arterial, lesiones vasculares, tumores y diabetes mellitus.

Teoría viral o infecciosa (Teoría aceptada para una promoinfección, una infección vírica aguda o una reactivación de virus: herpes simple y herpes zoster):

- ⊗ Provocación directa de la inflamación del nervio o secundaria a una reacción inmunológica contra el nervio.
- ⊗ Esta teoría responde al comportamiento estacional en meses de climas fríos

### 2.1.5.3 Cuadro clínico



Elaboración propia del autor

**Figura 10. Evolución habitual de la parálisis facial periférica**

La rapidez de aparición, curso y evolución de la PFP en general, dependen de factores como el lugar de la lesión del nervio facial, y de las causas que provocan el trastorno(43). Para la información de esta sección, sucede en cierta parte del mismo modo que en el apartado de epidemiología, la información encontrada para lesiones periféricas, es en su mayoría referente a la PF de origen idiopático.

Esta entidad generalmente se presenta con un inicio insidioso, variante y agudo. El cuadro clínico puede evolucionar en el transcurso de 2 a 3 días aproximadamente, para llegar a instalarse en forma definitiva en la primera semana y tener una duración promedio de 4 a 6 semanas (22). En el siguiente esquema (Figura 10, *Evolución habitual de la parálisis facial periférica*), basado en una recapitulación de la bibliografía citada, se describe la instauración de la parálisis facial periférica(21,22,25).

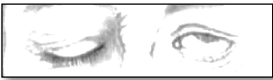
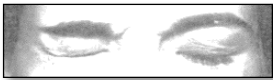
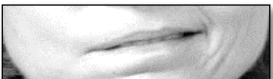


A continuación se desarrollan los datos clínicos que pueden encontrarse en las diferentes parálisis faciales de tipo periférico. La tabla 7, *Datos clínicos en reposo*, comienza encuadrando conforme a las referencias, las manifestaciones encontradas en estado de reposo (22,44).





Otras manifestaciones de la PFP se evidencian en los siguientes signos: Signo de Bell, Signo de las pestañas o de Souques, entre otros consensados de la literatura en la tabla 8, *Signos de Parálisis Facial Periférica*(22,36).

**Tabla 8. Signos de Parálisis Facial Periférica**

| SIGNO   | RESPUESTA   |
|---|---|
| <p>Signo de Bell</p>                   | <p>Apreciación de la esclerótica y desviación sincinética del globo ocular hacia arriba o arriba y afuera, al cierre del ojo.</p>   |
| <p>Signo de la pestaña de Souques</p>  | <p>Positivo al apreciarse mejor la línea de pestañas del lado parético al cierre palpebral forzado</p>  |
| <p>Signo de Pitres</p>                 | <p>            La comisura bucal está desviada hacia el lado sano, al pretender abrir la boca, esta toma una forma oval         </p>   |
| <p>Signo de fumador de pipa</p>      | <p>Dada la hipotonía muscular, el ala de la nariz del lado afectado cae o la mejilla se hincha cada vez que el paciente expira suave por la boca (se le escapa el aire por el lado hipotónico al tratar de sostenerlo en la boca o tratar de soltarlo suave).</p> |

Elaboración propia del autor  
Imágenes tomadas de la web

La literatura(21) también señala, además de la afectación del componente motor braquial, la posibilidad de manifestaciones clínicas por alteración del resto de funciones del nervio facial dependientes del nivel de lesión periférica del nervio facial, como; alteraciones de las funciones gustativas (pérdida del gusto unilateral en 2/3 anteriores de la lengua en 25% de los casos), funciones glandulares-secretoras (sequedad en los ojos o excesivo lagrime, y sequedad en la boca; en un 10%); y funciones del músculo estribo o estapedio (Hiperacusia; sensibilidad al sonido en el lado afectado), entre otras sensoriales (las cuales no se reportan generalmente en los datos clínicos de la literatura).

En cuanto a la recuperación, se habla de una mejoría completa en el 70% de los casos, tomando como signo favorable la recuperación de ciertas funciones motoras en los 5 a 7 primeros días. Mientras que contrariamente, un 16% manifiesta secuelas moderadas a severas como: re

inervación aberrante del nervio facial, movimientos en masa, diversos grupos de paresia y afectación en actividades como comer, tomar líquidos y hablar(19).

Es por ello que durante el proceso de recuperación algunos autores señalan como manifestaciones clínicas negativas las secuelas que ocurren por la recuperación supernumeraria de fibras nerviosas con defectos en la transmisión axonal o hiperexcitabilidad nuclear, de las cuales se hace mención en la Tabla 9, *Manifestaciones Clínicas Negativas*, realizado bajo la bibliografía citada(2,10,11,45–47).

Es importante considerar que la PFP, además de causar un trastorno físico evidente, también tiene gran impacto en diferentes aspectos psicosociales, necesarios a tener en cuenta en la aproximación y manejo adecuado del paciente, en el desarrollo de la exploración clínica, así como en la ejecución del tratamiento fisioterapéutico. Algunos de estos aspectos son de tipo: psicológico, social, estético o funcional (como la deglución, la fonación, la mímica o la protección del globo ocular)(10,38,45).

**Tabla 9. Manifestaciones clínicas negativas**

| <b>MANIFESTACIONES CLÍNICAS NEGATIVAS</b>                       |  |
|---|--|
| Sinquinesis<br>(sincinesia)                                     | Movimiento involuntario asociado a un movimiento voluntario de distintos e independientes grupos musculares.<br>*Fenómeno de Salus-Gunn (cierre del párpado ipsilateral al masticar).  |
| Contractura<br>(contracción<br>muscular sostenida)              | Rigidez en la hemicara afectada, habiendo ausencia de líneas de expresión, estrechamiento de ojos, pronunciación de línea nasolabial y desviación de la comisura hacia el lado afectado.   |
| Otros signos<br>irritativos o positivos<br>de lesiones crónicas | <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Espasmos (trastorno motor caracterizado por la contracción incontrolada, intermitente y espasmódica o tónica de los músculos de una hemicara).</li> <li>⊗ Mioquimias (descargas agrupadas involuntarias de unidades motoras).</li> <li>⊗ Lágrimas de cocodrilo, lagrimación gustatoria o síndrome de Bogorad (reflejo salivo-lacrimal por regeneración aberrante de las fibras parasimpáticas que van a inervar las glándulas lacrimales en vez de las salivales provocando secreción lagrimal unilateral al comer).</li> </ul> |

Elaboración propia del autor

## 2.1.6 VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE LA PFP EN LA LITERATURA

Respecto a Fisioterapia, existen escasos libros que aborden una evaluación clínica fisioterapéutica para PF; y en general, nulos autores que expongan alguna para su origen periférico. Lo que se presenta a continuación se ha encontrado generalizado para PF.

Gatón et al.(38) escriben en su apartado *Manejo Fisioterapéutico*, la importancia que tiene realizar en una evaluación inicial y seguimiento de la evolución, la valoración general del tono y la fuerza de los músculos faciales(22,38). Recomiendan como registro gráfico, usar la fotografía o la grabación en video de la región facial del enfermo, con previa autorización y consideración del impacto emocional en pacientes psicológicamente susceptibles(38).

Estos autores(38) consideran 9 ítems característicos para la valoración del tono muscular en su fase flácida, presente en estadios agudos de la PF (específicamente parálisis de Bell) o secciones completas del nervio. Ya que los músculos afectados tienden a la atonía según el grado de afectación. Dichos ítems se muestran en la siguiente figura (figura 11, *Valoración del tono muscular en la parálisis facial flácida*, con 3 opciones para su valoración: -2(atonía), -1 (hipotonía) y 0 (normalidad).

**Figura 11. Valoración del tono muscular en la parálisis facial flácida(39)**

|  | -2 | -1 | 0 |
|--|----|----|---|
| <i>Aplanamiento de arrugas frontales</i>   |    |    |   |
| <i>Descenso de la cabeza de la ceja</i>    |    |    |   |
| <i>Aplanamiento de surcos palpebrales</i>  |    |    |   |
| <i>Aplanamiento del surco naso-geniano</i> |    |    |   |
| <i>Desviación de la nariz al lado sano</i> |    |    |   |
| <i>Depresión de la comisura labial</i>     |    |    |   |
| <i>Labio superior aplanado</i>             |    |    |   |
| <i>Labio inferior aplanado</i>             |    |    |   |
| <i>Mejilla descolgada</i>                  |    |    |   |

Presentan también lo que consideran la fase hipertónica de la PF, que señalan suele presentarse en la fase de recuperación (generalmente en músculos dilatadores por ser más fuertes) a veces propiciada por un retraso en el inicio del tratamiento, una reeducación mal dirigida o un exceso de celo por parte del paciente(38).

Mencionan además, que toda lesión que permanece durante más de 25 días sin signos de recuperación en el balance muscular puede provocar hipertonía y complicaciones como las señaladas anteriormente en el recuadro *Manifestaciones clínicas negativas*, hemiespasmos (poco frecuente y también presente a la irritación del nervio) y sincinesias (ojo-boca, boca-ojo o guiño mandibular y lágrimas de cocodrilo)(38).

En cuanto a las parálisis flácidas, recomiendan realizar la corrección de la desviación existente hacia el lado sano al solicitar la acción de los músculos afectados, pues de otra manera estos son colocados en sobrestiramiento, dificultando su sollicitación. Presentan también una tabla muscular (figura 12, *Valoración del balance muscular en la parálisis facial flácida*(38)) con la escala siguiente para la graduación del déficit(38):

- ⊗ 0= Ninguna contracción muscular.
- ⊗ 1= Movilidad ligera de la piel (en la terminación hipodérmica del músculo).
- ⊗ 2= Esbozo de contracción muscular; el movimiento puede lograrse 5 veces con lentitud, en amplitud incompleta y asincrónicamente con respecto al lado sano.
- ⊗ 3= El movimiento se realiza en toda la amplitud y puede repetirse aproximadamente diez veces, pero presenta cierta asincronía con respecto al lado sano.
- ⊗ 4= El movimiento es amplio, sincrónico y simétrico con respecto al lado sano. Se realiza sin fatigabilidad.

**Figura 12. Valoración del balance muscular en la parálisis facial flácida(39)**

|                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <i>Occipito-frontal</i>            |   |   |   |   |   |
| <i>Superciliar</i>                 |   |   |   |   |   |
| <i>Orbicular de los párpados</i>   |   |   |   |   |   |
| <i>Triangular de la nariz</i>      |   |   |   |   |   |
| <i>Nasal</i>                       |   |   |   |   |   |
| <i>Depresor del tabique nasal</i>  |   |   |   |   |   |
| <i>Elevador del labio superior</i> |   |   |   |   |   |
| <i>Cigomático mayor</i>            |   |   |   |   |   |
| <i>Cigomático menor</i>            |   |   |   |   |   |
| <i>Buccinador</i>                  |   |   |   |   |   |
| <i>Risorio</i>                     |   |   |   |   |   |
| <i>Orbicular de los labios</i>     |   |   |   |   |   |
| <i>Canino</i>                      |   |   |   |   |   |
| <i>Borla de la barba</i>           |   |   |   |   |   |
| <i>Triangular de los labios</i>    |   |   |   |   |   |
| <i>Cutáneo del cuello</i>          |   |   |   |   |   |

Generalmente es en la función motriz donde se prueba la pérdida de fuerza, la cual se evidencia en las expresiones y el control de los músculos de las cejas, el parpado, la nariz y la boca(32). En su libro, aunque no específico de fisioterapia, Clarkson(32) presenta los siguientes movimientos para valoración de la función motriz del nervio facial:

- ⊗ Cejas: elevación, aducción y depresión
- ⊗ Párpados: Cierre
- ⊗ Nariz: dilatación y contracción de la apertura de narinas
- ⊗ Boca: Cierre y protrusión de labios; compresión de mejillas; elevación, retracción y depresión del ángulo de la boca; elevación del labio superior, y elevación y protrusión del labio inferior.

En la literatura además, se reconoce el trabajo multidisciplinario que al igual con otras enfermedades es de importancia buscar para un máximo beneficio del paciente que sufre una PFP.

### **2.1.7 COMPETENCIAS DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN Y UNA HISTORIA CLÍNICA**

La recaudación de los datos relevantes y su medición, siempre es una tarea esencial en el ámbito de salud, de gran importancia para la evaluación en la práctica y la investigación. Para esto, frecuentemente se necesita la utilización de escalas o instrumentos de medición que evalúen variables de interés, así como desenlaces(48). Pero es muy importante conocer los alcances de esta herramienta.

Una escala puede definirse, en términos generales, como: ‘un instrumento de medición que consiste en un conjunto de preguntas encaminadas a revelar determinados niveles de una categoría (o variable a medirse) que no podemos observar directamente’(48). Es también ‘un continuo de valores ordenados correlativamente que puedan admitir un punto inicial y otro final’(49).

Las escalas son un instrumento de evaluación en términos cuantitativos y cualitativos. Se dice que para hacer un buen uso de estas, hay que tener en cuenta que(50):

- 1) Son instrumentos que permiten conocer mejor las alteraciones presentes en el individuo.
- 2) La puntuación total que dan al aplicarlas no debe confundirse con el juicio clínico.
- 3) La elección de la escala depende de la finalidad de la medida.
- 4) Deben utilizarse únicamente escalas validadas científicamente.

Por otro lado, la historia clínica es(51):

*‘un documento médico de aplicaciones numerosas, imprescindible para la asistencia, básico para la investigación, fundamental en epidemiología, útil para la divulgación, de importancia médico-legal, benéfico como instrumento didáctico en el que se cultivan habilidades de razonamiento clínico y de autoaprendizaje’.*

Además de ser el punto de partida del razonamiento en el área de la salud, pues cada dato obtenido da lugar a inferencias que generan hipótesis, con modalidad de ratificación o rectificación(51).

La norma que rige en la actualidad al expediente clínico, del cual forma parte esencial la historia clínica y en la cual debe ser basada, es la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO expedida el 15 de octubre del 2012 en el Diario Oficial de la Federación (DOF). En el siguiente apartado se presenta las partes de interés de dicha norma para el logro de los objetivos de la presente investigación.

### **2.1.8 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO**

Esta norma es en su mayoría dirigida al sector médico, sin embargo establece (en su apartado 5.16), para el caso de expedientes de atención psicológica, nutriología o similares que se integren en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado al servicio hospitalario, que tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajusten a la naturaleza del servicio prestado, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica(4).

Es decir, debe ser elaborada por personal médico u otros profesionales de la salud de acuerdo a las necesidades específicas de información de cada área en particular, siempre y cuando contenga el orden señalado de los siguientes apartados (correspondientes a los puntos 6.1.1 a 6.1.6 de la NOM-004-SSA3-2012)(4):

- ⊗ Interrogatorio.- Teniendo como mínimo: ficha de identificación (en su caso, grupo étnico), antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- ⊗ Exploración física.- Teniendo como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud.
- ⊗ Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- ⊗ Diagnósticos o problemas clínicos
- ⊗ Pronóstico
- ⊗ Indicación terapéutica

Dicho orden es presentado en el apartado D2 del APENDICE A (Informativo) de dicha norma(4), como lo muestra la siguiente imagen (figura 13, *Modelo de integración de la Historia clínica, según la NOM-004-SSA3-2012*).

| D2  | HISTORIA CLINICA   |
|-----|--|
| 1.  | Ficha de Identificación  |
| 2.  | Antecedentes heredo familiares   |
| 3.  | Antecedentes personales no patológicos   |
| 4.  | Antecedentes personales patológicos  |
| 5.  | Padecimiento actual  |
| 6.  | Interrogatorio por aparatos y sistemas   |
| 7.  | Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales) |
| 8.  | Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros   |
| 9.  | Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)                                      |
| 10. | Diagnóstico(s) o problemas clínicos  |
| 11. | Nombre completo, cédula profesional y firma del médico   |

**Figura 13. Modelo de integración de la Historia clínica según la NOM-004-SSA3-2012(4)**

Para esta elaboración de dicho instrumento, Cortina et al.(51) menciona en su obra la necesidad de ajustar y elaborar las historias clínicas dentro del método científico, con la exigencia de que siempre sea: completa, veraz, precisa, sencilla y con cierta flexibilidad. Para que de esta manera, se obtenga un documento que permita una superación académica y contribuya eficazmente a lograr la mejoría del paciente, e inclusive repercuta en los índices de costo-beneficio con prescripciones más adecuadas, evaluaciones constantes y referencias convenientes.

Así mismo, agrega ser importante utilizar escalas que hayan demostrado su utilidad en otras investigaciones. Y alude ser este un proceso siempre meticuloso, que puede llevar tiempo antes de conseguir una versión definitiva(51).



## 2.2 APROXIMACIÓN AL ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

En el siguiente apartado se desglosa la información a la que se pudo acceder en la literatura científica referente a las escalas de valoración para PF en general, con una profundización mayor en la escala House Brackmann y el Índice de Discapacidad Facial; y lo relativo al diagnóstico fisioterapéutico.

Este conocimiento es basado en los contenidos de 1 trabajo de metaanálisis y 3 trabajos de grado: Pereira et al.(9), Cardero(52), Aramburu(53) y Ausejo(54). Se resalta, que no se han logrado encontrar considerables investigaciones en Fisioterapia concernientes al tema a tratar.

### 2.2.1 ESCALAS DE VALORACIÓN PARA PARÁLISIS FACIAL

Es significativo y objetivo en una valoración fisioterapéutica hacer uso de alguna escala de valoración que nos permita puntuar uno o varios de los aspectos del estado del paciente. En la literatura científica se encuentra una diversidad de escalas de valoración para puntuar a la PF, las cuales difieren en el enfoque para calificar (global, regional o específico) y en el método para puntuar.

Las más encontradas son(9):

- ∅ *House–Brackmann Scale* (Escala House-Brackmann)
- ∅ *Linear Measurement Index* (Índice de Medición Lineal)
- ∅ *Facial Disability Index* (Índice de Discapacidad Facial)
- ∅ *Lip-length (LL) and Snout (S) Indices* (Índices de la Distancia labios-nariz)
- ∅ *Five-Point Scale* (Escala de Cinco Puntos)
- ∅ *Sunnybrook Facial Grading System* (Sistema de Calificaciones Faciales de Sunnybrook).

A continuación se despliega lo encontrado en la literatura sobre algunas de estas escalas (tabla 10, titulada *Breve descripción de las escalas para parálisis facial*, elaborada conforme a la referencia bibliográfica, con base en la siguiente cita(9)); se pone en claro que de la mayoría no se ha encontrado información que amplíe lo presentado a continuación.

**Tabla 10. Breve descripción de las escalas para parálisis facial**

|   |
|---|
| <b><i>Linear Measurement Index (Índice de Medición Lineal)</i></b>  |
| Desarrollada por Burres y Fisch. Analiza la simetría y la función global de la cara de una forma objetiva y cuantitativa. Utiliza una escala de 100 puntos. Las puntuaciones más altas indican una menor afectación y discapacidad.   |
| <b><i>Facial Disability Index (Índice de Discapacidad Facial)</i></b>   |
| Desarrollado por Van Swearingen y Brack. Cuestionario de diez apartados que evalúan los aspectos físicos y sociales de los pacientes (masticación, deglución, comunicación, movilidad labial, alteraciones emocionales e integración social). Se utiliza una escala de 100 puntos, cuya puntuación más alta indica menos deterioro y discapacidad.                              |
| <b><i>Lip-length (LL) and Snout (S) Indices (Índices de la Distancia labios-nariz)</i></b>  |
| Utilizan la relación entre la distancia intercomisural (ICD) para evaluar el funcionamiento de los músculos periorales en la movilidad de la boca. La longitud de los labios puede medirse tirando de las esquinas de la boca en la medida de lo posible o juntándolas. La movilidad labial se evalúa por la distancia entre las comisuras labiales en varios movimientos.      |
| <b><i>Five-Point Scale (Escala de Cinco Puntos)</i></b>   |
| Escala subjetiva que evalúa las sincinesias y las rigideces. Los pacientes indican la rigidez que experimentan en una escala de 5 puntos, donde 5 es muy rígido.  |
| <b><i>Sunnybrook Facial Grading System (Sistema de Calificación Facial de Sunnybrook)</i></b>   |
| Este sistema mide los tres componentes de la asimetría facial: asimetría en reposo (puntuación de 0-4, siendo 4 la puntuación más asimétrica), la simetría de los movimientos voluntarios (puntuación de 0 a 5, siendo 5 el más simétrico) y la sincinesia (puntuación de 0 a 3, siendo 3 el peor). Una puntuación perfecta de 100 puntos representa la simetría facial normal. |

Como se puede observar, existe una miscelánea de sistemas para evaluar la PF. De estas, las escalas *House Brackmann Score* y *Sunnybrook Facial Grading System* son señaladas por Benítez et al.(55), en su trabajo *Manejo integral de la parálisis facial*, como las escalas más usadas interdisciplinariamente; e incluyen además, dos sistemas de gradación más no mencionados

anteriormente: *Sydney Facial Grading System* y *Facial Cima*(56). Sin embargo en los servicios de rehabilitación, la escala House-Brackmann es sin duda la más utilizada(24).

## 2.2.2 ESCALA DE GRADUACIÓN DE HOUSE BRACKMANN

La escala de graduación de House Brackmann (*House Brackmann Grading Scale-HBGS*) fue propuesta en 1985 por sus autores, House y Brackmann. Es una escala de evaluación global de la función motora facial, que asigna un grado reflejo de la severidad de la parálisis y sus efectos secundarios simultáneamente(19).

Ayuda a disminuir la subjetividad y variabilidad de la valoración, por lo que es considerada con alta confiabilidad interobservador y reproducibilidad. Además de que tiene un valor estadístico significativo en comparación con otras cuando valora los movimientos voluntarios y sincinesias(19).

Esta escala hace referencia al grado de compromiso del nervio facial, de la evaluación de la velocidad de recuperación, así como de un posible tanteo del pronóstico. Define el grado de lesión de acuerdo con la presentación clínica dando rangos del I al VI; valorando la postura facial en reposo y durante el movimiento voluntario, así como la presencia de movimientos anormales (sincinesias y contracturas) en caso de regeneración anómala y que acompañan al movimiento intencional(19,27).

Gaete et al.(27) describen en su libro (*Tratado de neurología*), la correspondencia de las etapas del daño neural (descritas por Seddon, 1943) con la recuperación espontánea del nervio facial de esta escala. La gradación del daño se realiza del II al VI grado de la escala House Brackmann, correspondiendo normalmente a neuropraxia, axonotmesis, neurotmesis, transección parcial y transección completa(27):

- ∅ Neuropraxia: bloqueo reversible de la conducción por un incremento de la presión intraneural, con una desmielinización resultante y daño axoplásmico local. Su recuperación habitualmente es completa y corresponde al grado 2 de la escala.
- ∅ En la axonotmesis existe la interrupción del flujo del exoplasma con degeneración valeriana y pérdida parcial axonal, su recuperación es parcial y pertenece al grado 3.
- ∅ La neuronotmesis en cambio, se relaciona con una pérdida permanente de axones y mielina, siendo su recuperación con debilidad moderada a severa, y corresponde a los grados 4 y 5.
- ∅ Y por último, la sección parcial o completa del nervio, que puede dar una acción mínima perceptible grado 5 o ausencia de función, grado 6 de House y Brackmann.

La escala de gradación House Brackmann ha sido la adoptada como estándar universal para la PF por la Academia Americana de Otorrinolaringología(53); y ha sido hasta ahora la más encontrada dentro de la divulgación científica de las áreas de la salud que rodea a la parálisis facial, entre las que se encuentra la Fisioterapia. En el Anexo 3 se expone el cuadro correspondiente a la versión original de dicha escala.

Es relevante comentar el asombro del autor del presente trabajo ante la popular propagación de dicha escala en esta última profesión y el hecho de no haber localizado hasta ahora un trabajo que evidencie la utilidad, eficacia o adecuación de su uso en tal profesión. Por lo que a causa de y en bien de tener un panorama en juicio de la escala adoptada, se tomará en cuenta uno de los pocos comentarios encontrados sobre observaciones en su uso, como ejemplificación de que no basta para una completa valoración de la PFP en Fisioterapia.

Este es Aramburu(53) que cita en su revisión bibliográfica a Beurskens et al., autores que utilizan esta puntuación como medida general de deficiencia facial y que son de los pocos que señalan alguna insuficiencia de sensibilidad detectada en dicha escala. Exponen en su argumento, que al medir la mejoría durante el tratamiento mediante ejercicios en los casos de cronicidad; es decir, pacientes que además de la asimetría en el rostro en reposo, asimetría durante los movimientos faciales voluntarios y sincinesias, padecían también quejas sobre dolor, contracciones involuntarias, dificultades funcionales y deficiente calidad de vida; dicha escala era poco ideal, por no tener consideración de los aspectos agregados.

A causa de inconsistencias como estas, Ausejo(54) menciona en su trabajo a Vrabcic et al., quienes en el 2009 mencionan la actualización de esta herramienta proponiendo el *House-Brackmann Facial Nerve Grading System, 2.0 (H-B FNGS 2.0)*, en español, *Escala de evaluación House-Brackmann 2.0 FNGS*. La cual muestra un acuerdo moderado con la versión original, ya que incorpora al sistema original nuevas informaciones sobre la valoración regional del movimiento facial(54). Esta versión se muestra en el anexo 4, el cual ha sido recopilado del trabajo de tesis del primer autor mencionado, y será considerado en la Historia clínica propuesta.

### **2.2.3 INDICE DE DISCAPACIDAD FACIAL**

El Índice de Discapacidad Facial (IDF) es un cuestionario específico, breve, sencillo y auto aplicable sobre la discapacidad física y factores psicosociales relacionados con la función facial. Fue diseñado por Jennifer Van Swearingen y J. Brach en 1997, y recientemente adaptado y validado al castellano(52).

Está formado por 10 ítems o preguntas que evalúan dos dimensiones: física y social. La dimensión física está relacionada con la discapacidad neuromuscular facial, e indaga actividades como comer, beber, lavarse los dientes, entre otros(54). Mientras que la otra dimensión busca actitudes irregulares por el impacto psico-social del padecimiento. Su puntaje se calcula por dimensión mediante una fórmula, tomando en cuenta los puntos que el paciente asigna a cada pregunta. Este puede encontrarse en un rango de 0-100, donde a mayor puntaje obtenido mejor es la calidad de vida del paciente, y menor discapacidad representa(52).

Ausejo(54), en su estudio *Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con PFP de un año de evolución. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Marzo-junio 2015*, evidenció la correlación entre la escala House-Brackmann 2.0 y el Índice de Discapacidad Facial, demostrando que es posible la complementación entre una escala funcional y una medida de autoevaluación. Y así mismo, asevera la utilidad de este último al ser incluido en la valoración de pacientes con PFP por permitir extender el panorama de evaluación fisioterapéutica al considerar la expectativa del paciente en el tratamiento.

Este mismo autor sugiere su colocación como medida de evaluación inicial, seguimiento y final, y afirma que la inclusión de herramientas como estas permite conocer cambios no solo físicos, sino sociales que conllevan a una discapacidad producto de la lesión facial(54).

## **2.2.4 DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO**

La identidad diagnóstica de la Fisioterapia no compite con el diagnóstico médico, más bien lo complementa, pues se basa en una perspectiva del análisis de la función-disfunción del movimiento, mientras el diagnóstico médico enfatiza la etiología, el curso, la naturaleza y denominación de los trastornos orgánicos(57).

Sahrmann (1988) definió por primera vez el diagnóstico fisioterapéutico como: 'el término que describe las disfunciones esenciales, objeto de tratamiento del fisioterapeuta'(57). Posteriormente, en 1999, la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT por sus siglas en inglés) precisó el término como: 'el resultado del proceso de razonamiento clínico que puede ser expresado en términos de disfunción del movimiento o contener categorías de deterioro, limitación funcional, capacidad/discapacidad o síndromes'(57).

Tal diagnóstico fisioterapéutico es necesario del mismo modo que lo es la identificación de señales de alarma que nos hagan pensar que un paciente no es candidato a recibir tratamiento o que es necesario un abordaje multidisciplinar(58), como se insinuaba anteriormente, con el apartado de *Diagnóstico diferencial*.

En ello está la relevancia de una correcta y completa anamnesis de antecedentes y sintomatología, apoyada de una adecuada exploración física (22,38), que lleve a un diagnóstico apropiado y a la consideración de un panorama de evolución y pronóstico del trastorno(38).

# METODOLOGÍA

---

## 3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Con fundamento en Razo(59), se considera al presente estudio como *tesis de investigación documental*, entendiéndose así a 'los trabajos de tesis cuyo método de investigación se fundamenta en la recopilación de antecedentes de carácter documental, con el propósito de profundizar en sus teorías y aportaciones para complementar, refutar o derivar nuevos conocimientos.

## 3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Teórico. Información recopilada de fuentes documentales bibliográficas impresas y electrónicas, tanto de referencia, de estudio, publicaciones periódicas, así como manuscritos.

## 3.3 PROCEDIMIENTO

### 3.3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO

El instrumento "Historia clínica para Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia" se construyó por un Fisioterapeuta, siguiendo parte de los pasos propuestos por Safrit (1981), citado por Jiménez et al.(60)para el diseño de un instrumento.

De tal manera que el procedimiento constó de:

#### **A. Revisión de literatura y definición del universo de la PFP**

Se realizó una revisión de la literatura en la web, que incluyó libros, trabajos de grado y artículos científicos de las principales base de datos y bibliotecas electrónicas (Elsevier, Medigraphic, redalyc, sciencedirect, scielo, etc.), con el propósito de indagar sobre la valoración fisioterapéutica de la PFP. Se encontró diversidad de escalas y algunos cuestionarios con los que se registra el padecimiento, pero no un formato de valoración específico para PFP en Fisioterapia.

Ante esta situación y la integralidad que exige la valoración del séptimo par craneal, se apostó por la construcción de una historia clínica propia de PFP, por lo que se continuó con la revisión bibliográfica para conocer mejor el universo que envuelve a la PFP, y así ir estructurando la historia clínica prevista.

## **B. Diseño del instrumento**

El instrumento se construyó con el fin de evaluar desde la fisioterapia la PF de origen periférico en cualquiera de sus fases de recuperación, con la oportunidad de diferenciar diagnósticos certeros de los que no lo son para realización de referencias oportunas. Es dirigida a todo paciente que sea capaz de responder a indicaciones.

Enseguida se desglosará por apartados la “Historia clínica para parálisis facial periférica en Fisioterapia” propuesta, justificando en su momento la integración de cada fragmento en ella de acuerdo a la *NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico* y el libro *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*(5).

Izquierdo(5) señala que la valoración es la primera etapa del Modelo de Intervención en Fisioterapia (MIF), donde se recogen y registran todos los datos relativos al paciente para adquirir una noción lo más precisa posible sobre el estado de salud. La historia clínica en esta etapa, proporciona información sobre consultas con otros especialistas, informes, diagnósticos médicos, pruebas clínicas, etc. Y recaba información de tres tipos: datos básicos o filiación, datos subjetivos, y datos objetivos(5).

### **1. Datos básicos o de filiación.**

Conforme a la NOM-004-SSA3-2012: Ficha de identificación (nombre, sexo, fecha de nacimiento, edad, domicilio y teléfono) y, acorde a la PFP; Antecedentes heredofamiliares, Antecedentes personales patológicos y no patológicos.

Se integró además en la ficha de identificación; aspectos psicosociales de interés para la atención fisioterapéutica y el apego al tratamiento como: ocupación, nivel educativo y estado civil; datos para identificación interna como: número de expediente y fecha de elaboración; y otros datos de referencia: diagnóstico médico y motivo de visita a Fisioterapia (derivación de profesionales médicos u otros motivos).

Los antecedentes heredofamiliares fueron establecidos conforme a los factores de riesgo y causas de PFP conocidas y referidas en la literatura como de origen hereditario, entre ellas: Diabetes, hipertensión, Síndrome de Melkersson-Rosenthal y parálisis de Bell familiar; donde se busca relación de interés con los familiares de línea directa (abuelos, padres, hermanos e hijos).

Los antecedentes personales patológicos se organizaron en una lista de enfermedades correspondiendo con la clasificación de causas de PFP expuesta por Escajadillo(34), la cual se



anexa para apoyo del interrogatorio de dicho apartado (Anexo 1), buscando el origen diagnóstico por determinación médica u otro padecimiento aún no relacionado.

En antecedentes personales no patológicos, se incluyó lo determinado por la NOM-004-SSA3-2012 sobre dependencias al alcohol, tabaco y toxicomanías; con especificación de la frecuencia en el consumo de estos. Y se complementó con la indagación de: estado en embarazo, por ser un factor de riesgo para PFP ya identificado(43); alguna hipersensibilidad o alergia conocida, que pueda limitar el empleo de algún material para su tratamiento; consumo de fármacos, a tomarse en cuenta para que por su acción no lleguen a limitar la atención y desarrollo de la terapia; y finalmente, la presencia y nivel de estrés en su vida, como otro factor de riesgo significativo para PFP (24;25), con lo que se liga la pregunta sobre la regularidad de alguna actividad física, como factor atenuante del estrés y ansiedad, y por lo cual se integra para su registro, la *Escala análoga visual para evaluar el nivel de estrés*(61).

## 2. Datos Subjetivos

Aquellos datos que tienen que ver con lo que percibe el paciente. La información principal la aporta fundamentalmente él mismo(5). Lo cual, equiparado con la norma mencionada correspondería al padecimiento actual y al interrogatorio por aparatos.

En lo que respecta al padecimiento actual, se dispone el espacio para el relato por escrito del inicio, evolución cronológica, síntomas asociados, tratamiento previo o recurrencia de la enfermedad. Es en este apartado donde se agregó la *Escala Numérica del dolor (EN)*, representado con una regla numerada del 0 al 10, donde 0 es sin dolor y 10 representa el máximo dolor. Respecto a esto, se le pedirá al paciente que indique el número que mejor demuestre la intensidad de su dolor, en caso de confesar el síntoma. Se ha elegido esta escala por la practicidad de interpretación que tiene por sobre la escala analógica visual (EVA), que le confiere un punto positivo al categorizar por grupos las respuestas(5). Además de ser comúnmente usada.

Seguido de esto, el interrogatorio por aparatos y sistemas compuesto de dos secciones. Es un interrogatorio para indagar de manera más específica síntomas de la PFP y sus características de acuerdo a sus componentes.

La primera sección corresponde a señalar las particularidades de la función de los siguientes componentes del nervio facial: parasimpático, gustatorio y motor (en específico la del músculo estapedio). Es decir, el lagrimeo, la secreción nasal, salivación, hiperacusia y algias; a señalarse con los signos representativos de: más o menos de los usual (+/-), lo usual/normal (N); y para la lateralidad, derecho e izquierdo (D/I). Además de registrar incidentes comunes en cualquier nivel de

lesión de PFP, como mordeduras bucales, derrame de saliva, entre otras. Estas serán respondidas afirmando o negando su presencia con: presente o ausente, según corresponda.

Y un segundo interrogatorio con el que será posible resaltar síntomas de hallazgos conjuntos que corresponden a los diferentes niveles de lesión periférica comúnmente encontrados, para así, no dejar pasar algún otro padecimiento o complicación que merme la atención o la referencia oportuna. Los hallazgos más comunes según el nivel, para referencia de este apartado, han sido abordados en el cuadro 5 (*Niveles de lesión periférica del nervio facial, hallazgos y etiología*). En este pequeño apartado se señalará con una paloma y “P” el síntoma que esté presente, o una paloma y “AU” si el síntoma se presentó, pero actualmente no lo refiere.

### 3. Datos Objetivos

Datos que se obtienen mediante información observable y medible. Son recogidos mediante un examen físico por medios visibles, manuales, instrumentales y funcionales(5). Estos datos complementan y aclaran los datos subjetivos.

La NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, menciona para la exploración física; tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla; así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales, o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud.

Cortina et al.(51) considera como parte del habitus exterior, las observaciones sobre el sexo, edad aparente, facies, constitución, conformación, complejión, actitud, movimientos anormales (coordinación y equilibrio), estado de la conciencia y marcha. Sin embargo, de estas se han tomado a consideración del autor únicamente:

- ∅ Condición del paciente: aspecto en el que se determina si el paciente es ambulante o encamado.
- ∅ Conformación: que es el registro sobre la integridad corporal y distribución adecuada, así como el biotipo (que según Sheldon es clasificado en endomórfico, ectomórfico y mesomórfico).
- ∅ Coordinación: para el registro del equilibrio y movimientos anormales como: temblores, convulsiones, tics, movimientos coreicos, atetósicos, distónicos, fasciculaciones, carfológicos, hemibalismo y movimientos parkinsonianos.

Las fascias no fueron consideradas en este apartado, por ser parte central de toda la valoración en la historia clínica propuesta. El resto de aspectos no se consideraron relevantes para el fin de dicho instrumento o ya han sido requeridos en otro apartado y son suficientes (como sexo y edad).

Se añadió en este mismo apartado, la determinación de la actitud que muestra el paciente, para fines de manejo terapeuta-paciente. Es importante indicar, que aunque este apartado es situado entre los datos objetivos por las características de obtención y posibilidad de clasificación, es información que tiene que ser conseguida desde la llegada del paciente al lugar de consulta.

Para signos vitales, se contemplaron según la norma: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria. Además de peso y talla como medidas antropométricas.

Los datos objetivos propios de la Fisioterapia para la exploración física, se integraron de la siguiente forma: inspección, palpación, valoración postural de cabeza y cuello, tono muscular, sensibilidad, valoración de reflejos, examen clínico muscular, pruebas especiales, valoración funcional, manifestaciones clínicas negativas y clasificación escalar. A continuación se desarrollan cada uno de estos:

a) Cortina et al.(51) señala a la *inspección* como la acción de ver atentamente con el fin de reconocer o identificar datos (alteraciones o signos) que complementen a los obtenidos por el interrogatorio. La variedad y multiplicidad de las observaciones posibles en ocasiones hace imposible presentar una lista exhaustiva(5). Sin embargo en este apartado se intenta enfocar la observación a los datos considerados relevantes a identificar en la PFP, los cuales son:

- ∅ Zona de afectación, dando las opciones: mitad inferior de hemicara (PF de origen central), hemilateral (derecha-izquierda) y bilateral. Pues al enfrentarse a una PF lo primero es definir o corroborar si esta es de tipo periférico o central.
- ∅ Asimetría facial, tanto del lado sano como del afectado.

Para el lado sano, la existencia de desviación de la comisura labial hacia el lado sano y el número de parpadeo por minuto (N° de parpadeo durante 15 segundos X 4). Esta cuantificación se propone por el autor para comprobar la integridad del reflejo de parpadeo, a probarse tanto en el lado sano como en el afectado para una comparación del resultado. Se pedirá poner a la vez, la atención en la calidad de la respuesta, para concluir si es completa o incompleta, simultánea o desfasada.

Para el lado afectado se considera por regiones: la presencia de hendidura palpebral visiblemente aumentada, ectropión, epifora, erupciones herpéticas en oído, apariencia escrotal de la lengua, lesión dérmica facial, cicatriz y anomalías estructurales; además de la preservación de movimientos emocionales y el número de parpadeo por minuto (contemplando de este sus características: incompleto, simultaneo, desfasado).

- b) La *palpación* es un medio manual donde, por medio de la manipulación de estructuras blandas u óseas se siente, valora y juzga, con la mayor exactitud, el estado de las mismas(5). En la PFP, se encuentra de importancia la palpación de: la cara; resaltando la zona retroauricular y las glándulas parotídeas, y el cuello; con interés en el músculo platisma y músculos aledaños. De estas regiones se busca examinar zonas dolorosas, regiones edematosas, abultamientos y, el trofismo, tensión y anomalías musculares, como contracturas o puntos dolorosos.
- c) Le continuó la observación de la *postura corporal* en diferentes posiciones, con el fin de estudiar la disposición y alineación de los segmentos corporales e identificar las características de cada individuo(62). Se propone la valoración en posición sedente, donde sentado en una banca sin respaldo y apoyando los pies totalmente en el piso, se observe y registre modificaciones de postura y curvas fisiológicas en las tres vistas; posterior, lateral y anterior, tomando en cuenta únicamente cabeza, hombros y espalda.

En la vista posterior se observará la posición de la cabeza y el nivel de los hombros; en la vista lateral se prestará atención a la alineación de la cabeza-cuello, además de la posición de la mandíbula y espalda alta (cifosis). Finalmente en la vista anterior, se analizará nuevamente la posición de la cabeza (ojos y orejas) y la nivelación de los hombros y clavículas.

Para el registro de este apartado se integró un recuadro en el que se valoran los aspectos mencionados anteriormente con una categorización de: bueno (B), regular (R) y pobre (P); que se tendrá que registrar en la forma tipo "circulo", mientras que la lateralidad se elegirá con una "paloma" en la forma tipo "rectángulo", según corresponda.

Parte de dicho recuadro se tomó de un formato de valoración encontrado en la web como parte de un trabajo de diferente autoría(63). Del recuadro, no se localizó el autor original, pues tampoco fue citado en dicho trabajo. De ahí, fue sustraída la información de los segmentos de interés, según lo relacionado con la PFP; así se complementó y conformó la tabla resultante. En el formato de origen se puntuaba las tres categorías (bueno-10, regular-5 y pobre-0), sin embargo para fines de la historia clínica no se puntuará, únicamente se designará la letras señaladas anteriormente.

Las imágenes usadas fueron extraídas y recortadas de la figura 2.6 del libro *Aplicación clínica de las técnicas neuromusculares II. Extremidades inferiores*(64), que a su vez hace mención de ser adaptadas del *Manual del curso sobre extremidades inferiores*, NMT Center, 1994.

- d) La valoración del *tono muscular* facial en la literatura no se ha encontrado como aspecto relevante en la valoración de la PF en general, pues no se ha descubierto amplia información al respecto. Sin embargo, se ha considerado en este trabajo parte esencial de la historia clínica propuesta, por tratarse de un trastorno neurológico. Ha sido únicamente en un artículo del año 2003, donde se cita a Lacote M. et al. (2000), en que se ha localizado una sección con criterios específicos para la evaluación del tono muscular facial, criterios que son obtenidos por observación y no por alguna maniobra en específico(65). Esta información ha sido considerada en gran parte para la determinación de este apartado.

En cuestión a las alteraciones conocidas del tono muscular, este autor considera dos polos en la valoración en relación a la fisiopatología de la PF y su recuperación. Distingue 3 etapas en la evolución de esta enfermedad: fase flácida, fase pseudoflácida y fase de secuelas (donde se presentan las hipertonías, sincinesias, entre otras). Por lo que presenta dos cuadros; uno para la valoración de la parálisis facial de tipo flácido-pseudoflácido y otro para hipertonías.

En este trabajo se han integrado ambos cuadros en uno mismo, por practicidad en la valoración; aunque continúan bien distinguidos como criterios para PF flácida y PF con secuelas de hipertonías. Si bien, se cuentan estos últimos criterios en esta sección, pero siguen considerándose para fines de resultados como parte de las “Manifestaciones negativas”; pues, tratándose de una lesión periférica, al igual que de cualquier nervio, su principal afección resultante es normalmente una pérdida de tono muscular como principal manifestación.

En este artículo se propone una escala para valoración del tono que va del -2 al +2, siendo 0 la normalidad; esta se integró al comienzo del apartado en la historia clínica, para tenerse presente en el registro de los siguientes criterios:

- ∅ Para PF flácidas: abolición de las arrugas frontales, entrecejo, perioculares, línea nasogeniana y línea nasolabial (periorales); descenso de la punta de la ceja, desviación y depresión de la comisura labial, labio superior vuelto hacia el interior de la boca, labio inferior vuelto hacia el interior de la boca, mejilla deprimida que cuelga con un saco y nariz desviada en forma de coma hacia el lado sano.

La “abolición de las arrugas del entrecejo y perioculares”, se han integrado por mención de López et al. (66), quien las integra como parte de las líneas de expresión. Además se

agrega “periorales” a la “abolición del surco nasolabial” como globalidad de las líneas de expresión de la región; también señalado por el anterior autor.

- ∅ Para PF con secuelas de hipertonía: Exageración de fosa ciliar (surco del entrecejo) y surco nasogeniano; elevación anormal de la punta de la ceja; atracción de la comisura labial hacia arriba y afuera; fruncimiento del mentón; e hipertonía del músculo cutáneo del cuello (fibras anteriores y posteriores).

En dicha tabla se han integrado 4 columnas designadas para la valoración inicial y subsecuentes revaloraciones. Únicamente se han puesto cuatro, sin embargo puede integrarse las columnas necesarias según las revaloraciones suficientes en el uso en la clínica.

- e) Anteriormente se mencionó la influencia del nervio facial para la sensibilidad somestésica de la piel de la concha auricular y superficie posteromedial del pabellón de la oreja, así como del conducto auditivo externo y la membrana timpánica; según los autores utilizados en este trabajo. Para fin de la historia clínica propuesta, la *valoración de la sensibilidad* únicamente será enfocada a recabar información del tacto de las primeras dos zonas mencionadas, por la accesibilidad a ellas. Estas se representan mediante una imagen en dicho apartado del instrumento de valoración.

En esta prueba se examina la capacidad que tiene la persona para sentir un estímulo cutáneo utilizando un algodón, un pedazo de tela o una brocha suave. El estímulo percibido por el paciente será registrado como normoestésico, si se refiere sin alteración y semejante a la zona homóloga contralateral, al ser comparado. En caso contrario, se registrará de manera descriptiva como hipoestesia, hiperestesia o anestesia, como lo sugiere Lesmes(62).

- f) El siguiente apartado le corresponde a la *valoración de los reflejos*, de los que es parte el nervio facial como efector. Se han mencionado diferentes reflejos, entre ellos: el reflejo de succión, de deslumbramiento, cocleopalpebral, nasopalpebral o glabellar, superciliar, corneano y el reflejo estapedial (prueba de reflejo mencionada como del área médica). Los cuales son reflejos inducidos por estímulos sensitivos de tipo cutáneo, auditivo, visual (con luz brillante) o de irritación corneal; algunos presentes principalmente en bebés, mientras otros son igualmente valorables en adultos.

Como el presente instrumento va dirigido a pacientes que puedan entender y seguir indicaciones; se ha decidido enlistar 3 de los mencionados como propuesta de valoración, pues con cualquiera de ellos se cumple el objetivo de valorar la respuesta que compruebe la integridad y/o

recuperación de la función de dicho nervio craneal, componente de los reflejos mencionados. Estos son: el reflejo corneano, nasopalpebral y superciliar.

Lo que se busca es, valorar la presencia, fuerza y simetría contralateral de dichos reflejos. Registrando la respuesta obtenida conforme a las opciones que determina la puntuación de Pittsburgh para tronco cerebral(67): presente o ausente, señalada con la letra "P" o "A", según corresponda. Se ha agregado a estas, la asignación de respuesta "disminuida", considerando los casos de paresia o recuperación parcial de la función muscular. De igual manera se ha integrado los espacios correspondientes a la valoración inicial y 3 revaloraciones.

- g) Le sigue el apartado de *examen clínico muscular*, que inicia con una clasificación muscular facial que gradúa su función de 0 a 4; la cual se ha tomado del trabajo de Chevalier(65) quien en su artículo cita a Lacote et al.(2000) en referencia de tal clasificación.

Para el desarrollo de esta parte importante de la valoración, se formuló por el propio autor de este trabajo, un recuadro donde se engloban los movimientos específicos a tomar en cuenta para la valoración de la función muscular. Los músculos que son valorados en estos movimientos, se encuentran registrados en el anexo 2 ("*Examen clínico muscular*") del presente trabajo, realizado con base a la bibliografía citada (31,32,65).

Y de igual manera que en el apartado de valoración del tono muscular facial se integran cuatro columnas para la valoración inicial y sus subsecuentes. En estas columnas se registrará, de acuerdo a la clasificación elegida, el grado correspondiente al desempeño muscular.

- h) *Pruebas especiales*. Se ha designado este apartado a los signos o pruebas encontradas en una PFP, de las cuales se habló en el cuadro 8 del marco teórico, "*Signos de Parálisis Facial Periférica*". Hay que especificar que el signo de Pitres y el signo de fumador de pipa, pueden ser también encontrados en una parálisis facial de origen central en donde se afecta la mitad inferior de un hemicara, por esa razón los signos referidos en tal cuadro se han dividido en dos tablas con los siguientes nombres: *Signos propios de Parálisis Facial Periférica*, y *Signos presentes en Parálisis Facial de origen central o periférico*.

El autor de este trabajo ha designado los símbolos y categorías para el registro de cada signo a su consideración y concordando con la respuesta posible de cada prueba. Revítese el apartado en la historia clínica para observación de esto. Únicamente para el Signo de Bell se han elegido las categorías con las que trabajó Canales et al.(68) en su revisión del tipo de fenómeno de Bell en 1650 pacientes mexicanos. Estos fueron y serán señalados como: (+) Positivo, cuando el

globo ocular se dirige arriba o arriba y afuera; (-) Negativo, cuando no hay movimiento alguno e (l) Inverso, cuando el movimiento surge hacia abajo.

- i) La *valoración funcional* va encaminada a evaluar acciones de la vida diaria en los que pueda interferir la incapacidad de los músculos periorales. Sanchez et al.(24) toma en cuenta la maniobra de “soplar velas”, maniobra del “silbido”, la maniobra de movimientos masticadores y la evaluación del discurso con las letras b, f y m.

Para este apartado se considerará las dos primero mencionadas, integradas en este instrumento de valoración como pruebas en que se solicitará lo indicado por el nombre de cada una; soplar una vela y silbar. La maniobra de movimientos masticadores; que se muestra con el objetivo de identificar la pérdida de saliva, es remplazada por la acción de retener agua en la cavidad bucal, buscando la pérdida de esta por el lado afectado; prueba a la que se le nombró “prueba de retención de líquidos”. A estas se incluye la función de sorber, con la prueba señalada como “sorber por popote”.

Con estas pruebas se considera, quedan experimentadas las funciones de soplar, sorber, retener y silbar, que son llevadas a cabo por la cavidad oral en función de los músculos de su periferia. Los hallazgos de estas pruebas serán registrados en función al logro, categorizándolo como: no lo logra, en proceso y lo logra.

La evaluación del discurso, se ha considerado también en esta valoración fisioterapéutica, por ser los músculos periorales, elementos importantes que facilitan la emisión y articulación de los sonidos. El autor anteriormente citado planteaba el uso dos fonemas bilabiales (b y m) y un fonema labiodental (f). En este trabajo se preguntará por las 3 consonantes bilabiales (m, b y p) y las 2 consonantes labiodentales existentes (v y f), para no dejar espacio a la omisión en esta interrogante. La característica de emisión se registrará en la misma tabla según las siguientes 3 categorías, relativas a la cualidad de la emisión: mala, regular y buena.

- j) Como se mencionó anteriormente, en el apartado de valoración del tono muscular facial, existe una fase de secuelas donde se presenta la hipertonía, sincinesia, etc. Manifestaciones que, como se ha relatado en el marco teórico, algunos autores han llamado “*Manifestaciones clínicas negativas*”. Esto debido a que se ha comprobado que casos de PF que tienen mejorías tardías (comenzando a mejorar después del primer mes) o no mejoran en los 25 días siguientes a la aparición de la afección, presentan anomalías en su recuperación(65).

Para estos casos, se elaboró un recuadro para explorar la presencia o no de sincinesias (Fenómeno de Salus-Gunn, ojo-boca, boca-ojo u otra no contemplada), y de signos irritativos o positivos de lesiones crónicas; donde se considera al espasmo hemifacial, las mioquimias y las



lágrimas de cocodrilo. Su presencia será registrada con una paloma (√) en el caso positivo o una cruz (X) en caso negativo.

- k) Y para finalizar este apartado de exploración física, se añade la sección: *Clasificación escalar*, en la que se tendrá en consideración el registro de la puntuación resultante de dos escalas clínicas.

El primer registro, con base en la Escala de Evaluación House-Brackmann 2.0 FNGS(54). Esta versión presenta dos dimensiones: la evaluación regional (frente, ojo, surco nasolabial y comisura labial), donde se le pide al paciente que haga movimientos faciales en cada una de las áreas mencionadas, para puntuar la calidad de este de 1-6 según el porcentaje de afectación en cada región (mayor puntuación, mayor afectación); y, la evaluación general, el cual incluye la presencia de sincinesias y contracturas que reciben una puntuación de 0-3 (dando la mayor puntuación a la presencia de contracturas desfigurantes).

La puntuación total se obtiene de la sumatoria de ambas dimensiones, el puntaje puede oscilar entre 4-24 puntos, a lo que se le asigna un grado de afectación del I al VI (revisar anexo 4 del presente trabajo, donde se presenta la imagen del formato completo). La máxima puntuación para la evaluación general se obtiene cuando la puntuación regional está entre 3 y 4. Pues, no se asignan puntos para los movimientos secundarios si todas las regiones se puntúan en 6, y las sincinesias son raras de ver cuando las regiones tienen una puntuación de 5(69).

En el formato de *Historia clínica para parálisis facial periférica en Fisioterapia*, se ha creado un recuadro con espacios dispuestos para la valoración inicial y las consecuentes revaloraciones, para especificar el grado escalar resultante según el puntaje obtenido. En este cuadro, se ha integrado el nombre que describe en breve a cada grado, según la escala original de House-Brackmann y la clasificación de las lesiones nerviosas según Seddon(27). Se considera que la clasificación del estado neuromuscular del paciente en esta escala, se facilitará gracias a la previa valoración al paciente.

Para el segundo registro, se hará uso del Índice de Discapacidad Facial. El cual se insiste en contemplar para registro del impacto de la PFP en la calidad de vida del paciente. Este cuestionario dará al fisioterapeuta una referencia subjetiva de la influencia que el estado de salud de la función facial ejerce sobre los diferentes aspectos de la vida del paciente(52).

Es un cuestionario auto aplicable, sin embargo se propone ser guiado por el evaluador para mayor agilidad. El contenido para la aplicación se encuentra dispuesto en el anexo 6, *Formato formulado para el Índice de Discapacidad Facial*, con una presentación entendible para el

paciente. De este se podrá obtener una copia para usar con todos los pacientes, al igual que del anexo 4 para la aplicación de la Escala de Evaluación House-Brackmann 2.0 FNGS.

El registro de los valores dados por el paciente a cada pregunta del interrogatorio se deberá realizar en el apartado correspondiente de la historia clínica propuesta, donde también se llevarán a cabo las operaciones necesarias para la obtención del puntaje total de ambas dimensiones en un rango de 0-100, donde mayor puntaje obtenido significa mejor calidad de vida. La base para formular este formato, se muestra en el anexo 5, la cual fue extraída del trabajo de adaptación al castellano de dicho índice(52).

Por último, en esta historia clínica, se tendrá el espacio para los últimos 3 apartados solicitados en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que corresponden a:

- ⊗ Resultados de estudios de interés. Donde se podrá registrar los hallazgos de dichos estudios (algunos ya mencionados en el marco teórico).
- ⊗ Diagnóstico Fisioterapéutico. Requiriendo mencionar en este el impacto funcional.
- ⊗ Identificación del responsable que realizó la valoración (dando lugar al nombre completo, número de cédula profesional y/o firma).

A estos tres requeridos por la norma, se integró:

- ⊗ Posible localización anatómica, Estado de la Parálisis y duración de la parálisis. Con respuesta opcional, como lo sugirió en su clasificación Spector en 1985 (citado en Escajadillo)(34), mencionado dentro del marco teórico.
- ⊗ Y también, espacio para Pronóstico de recuperación en fisioterapia; donde se sugieren 3 opciones de respuesta: completa, parcialmente incompleta y secuelar.
- ⊗ Además de un espacio para indicaciones terapéuticas iniciales.

## RESULTADOS

---

A continuación el formato “Historia Clínica para Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia”; instrumento inspirado por la problemática encontrada durante la revisión bibliográfica, ya expuesta al inicio de este trabajo; y resultado de la investigación documental realizada durante el desarrollo del marco teórico en el periodo de Febrero a Agosto del 2017.





Tal instrumento va dirigido a la práctica clínica fisioterapéutica, pero principalmente a la investigación de dicha profesión, en pro de su desarrollo. Está sujeto a que por medio de su aplicación y puesta en práctica, sea perfeccionado o adaptado posteriormente.

## 4.1 HISTORIA CLÍNICA FISIOTERAPEUTICA PARA PFP

### ➤ FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nº de Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dx Médico: \_\_\_\_\_  
Motivo de Visita a Fisioterapia: \_\_\_\_\_

### ➤ ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES *(Línea directa: Abuelos, padres, hermanos e hijos)*

- ∅ Diabetes \_\_\_\_\_ 
- ∅ Hipertensión \_\_\_\_\_ 
- ∅ S. de Melkersson-Rosenthal (Recurrencias) \_\_\_\_\_ 
- ∅ Parálisis de Bell familiar \_\_\_\_\_ 

### ➤ ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS *(Anexo 1)*

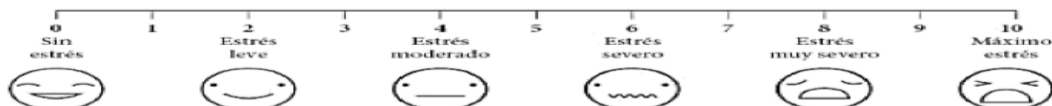
- Enf. Metabólicas: \_\_\_\_\_ Enf. Neurológicas: \_\_\_\_\_
- Enf. Traumáticas: \_\_\_\_\_ Enf. Congénitas: \_\_\_\_\_
- Enf. Infecciosas: \_\_\_\_\_ Enf. del colágeno: \_\_\_\_\_
- Enf. Vasculares: \_\_\_\_\_ Enf. Idiopáticas: \_\_\_\_\_
- Enf. Neoplásicas: \_\_\_\_\_ Otras Enfermedades: \_\_\_\_\_

### ➤ ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo \_\_\_\_\_ Alcoholismo \_\_\_\_\_ Toxicomanías \_\_\_\_\_ Embarazo \_\_\_\_\_  
(cig. /día /años) (beb /frec) (esp /día /años) (no/si (meses))  
Hipersensibilidad/Alergias \_\_\_\_\_ Actividad Física (frec.) \_\_\_\_\_  
Fármacos que toma (Efectos sec.): \_\_\_\_\_ Estrés (Si) (No)

#### **Escala en caso de estrés: Escala análoga visual para evaluar el nivel de estrés**

Elegir la mejor interpretación de su estrés y marcarlo con el número de la valoración.



Fuente: (61)

### ➤ PADECIMIENTO ACTUAL

*(Inicio, evolución cronológica (agudo-crónico), síntomas asociados, tratamiento previo y recurrencia)*

---

---

---

---

---

---

---

**Escala en caso de dolor: Escala numérica (EN)**

Elegir la mejor interpretación de su estrés y marcarlo con el número de la valoración.

|           |   |   |   |   |              |   |   |   |    |
|-----------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|----|
| 0         | 1 | 3 | 4 | 5 | 6            | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sin dolor |   |   |   |   | Máximo dolor |   |   |   |    |

➤ **INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS**

Señalar según la normalidad de la función de los componentes del nervio facial y la lateralidad de su afección.

|                            |                              |                            |                    |                      |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>(+) Más de lo usual</b> | <b>(-) Menos de lo usual</b> | <b>(N) Lo usual/Normal</b> | <b>(D) Derecho</b> | <b>(I) Izquierdo</b> |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------|

Lagrimo     Secreción Nasal     Salivación     Hiperacusia     Algiacusia

\*Se proponer la prueba con azúcar, sal, limón y café en caso de desear confirmar el gusto en los 2/3 anteriores de la lengua, comparación con lado sano.

Gusto:    Dulce     Salado     Acido     Amargo

∅ **INCIDENTES COMUNES EN CUALQUIER NIVEL DE PFP**

Señalar (**P=presente /AU=actualmente ausente/NP=no presentó**), según corresponda.

Mordeduras bucales: \_\_\_\_\_ Derrame de saliva: \_\_\_\_\_  
Dificultad para tragar: \_\_\_\_\_ Alt. Visual, desecación o abrasión ocular: \_\_\_\_\_  
Sensación de tensión o estiramiento de un lado de la cara: \_\_\_\_\_

∅ **ATENCIÓN A RASGOS DE DIFERENCIACIÓN**

Seleccionar el hallazgo conjunto presente con una √ y especificar con una P si actualmente lo presenta o con AU (actualmente ausente) si lo presentó.

- (VI N.C.) Parálisis del músculo recto lateral del ojo ipsilateral (Convergencia ocular) - - - - -
- Hemiparesia corporal contralateral - - - - -
- (VIII N.C.) Vértigo (Alt. de la posición o pérdida de equilibrio al mover la cabeza) - - - - -
- (VIII N.C.) Hipoacusia, acufenos o tinitus - - - - -
- (V N.C.) Parestesia músculos masticatorios - - - - -
- Ataxia o Incoordinación - - - - -
- (III N. C) Dificultad para levantar el parpado - - - - -

➤ **EXPLORACIÓN FÍSICA**

∅ **HABITUS EXTERIOR** (Condición del paciente; conformación; coordinación, equilibrio, movimientos anormales y actitud del paciente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

∅ **SIGNOS VITALES Y MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

Temperatura \_\_\_\_\_ T/A \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

⊗ **INSPECCIÓN**

Seleccionar con una √ según la presentación clínica del paciente o según se te pida en el apartado.

**ZONA AFECTADA**

|                                  |                   |                |                  |                 |
|----------------------------------|-------------------|----------------|------------------|-----------------|
| Mitad inferior de hemicara _____ | Hemilateral _____ | Derecha. _____ | Izquierda. _____ | Bilateral _____ |
|----------------------------------|-------------------|----------------|------------------|-----------------|

**ASIMETRÍA FACIAL**

**Lado sano:**

|  |   |
|--|---|
| Desviación de la comisura labial _____ | Nº de parpadeo x Min. (Núm. de parpadeo en 15 seg. X 4) _____ |
|--|---|

**Lado afectado:**

|   |   |
|---|---|
| Presencia de:                             | OJO: Hendidura palpebral visiblemente aumentada _____ Ectropión _____ Epifora _____       |
|   | OIDO: Erupciones herpéticas en oído _____   |
|   | LENGUA: Apariencia escrotal de la lengua _____  |
|   | PIEL FACIAL: Lesión dérmica facial _____ Cicatriz _____                                   |
| GENERAL: Anomalías Estructurales _____    |   |
| Movimientos emocionales si _____ no _____ | Nº de parpadeo x Min. _____<br>Parpadeo incompleto _____ Simultaneo _____ Desfasado _____ |

⊗ **PALPACIÓN:** (Dolor, edema, abultamiento, trofismo y tensión muscular, contracturas/puntos dolorosos musculares)

- Retroauricular \_\_\_\_\_ Sin hallazgos \_\_\_\_\_
- Glándulas parotídeas \_\_\_\_\_ Sin hallazgos \_\_\_\_\_
- Musculatura de cara y cuello \_\_\_\_\_ Sin hallazgos \_\_\_\_\_

⊗ **VALORACIÓN POSTURAL**

\* (Posición sedente)



Categoría (B, R o P)



Señalar con una palomita la lateralización

| POSTERIOR | 1v  | Bueno (B)   | Regular (R)   | Pobre (P)   | Rev.        |
|-----------|---|---|---|---|-------------|
|           | Cabeza<br>Izquierda <input type="checkbox"/><br>Derecha <input type="checkbox"/>      | Cabeza erecta, la línea de la gravedad pasa a través del centro                       | Cabeza lateralizada o rotada levemente hacia un lado  | Cabeza lateralizada o rotada marcadamente hacia un lado   | 2<br>3<br>4 |
|           | Hombros<br>Izquierdo <input type="checkbox"/><br>Derecho <input type="checkbox"/>     | Hombros nivelados (horizontalmente)   | Un hombro ligeramente por encima del otro   | Un hombro marcadamente por encima del otro  | 2<br>3<br>4 |
| LATERAL   | 1v  | Bueno (B)   | Regular (R)   | Pobre (P)   | Rev.        |
|           | Cuello <input type="checkbox"/>   | Cuello erecto, mandíbula hacia adentro, cabeza en balance por arriba de los hombros   | Cuello ligeramente adelante, mandíbula ligeramente hacia afuera   | Cuello marcadamente hacia adelante, mandíbula marcadamente hacia afuera                               | 2<br>3<br>4 |
|           | Espalda superior <input type="checkbox"/>   | Cifosis normal  | Cifosis ligeramente mayor   | Cifosis marcada   | 2 3 4       |
| ANTERIOR  |   | Bueno (B)   | Regular (R)   | Pobre (P)   | Rev.        |
|           | Cabeza<br>Izquierda <input type="checkbox"/><br>Derecha <input type="checkbox"/>      | Cabeza erecta y alineada entre ambos hombros, ojos y orejas nivelados horizontalmente | Cabeza lateralizada o rotada levemente hacia un lado, ojo y oreja ligeramente por encima de su homologo | Cabeza lateralizada o rotada marcadamente hacia un lado, ojo y oreja marcadamente por encima del otro | 2<br>3<br>4 |
|           | Hombros<br>Izquierdo/a <input type="checkbox"/><br>Derecho/a <input type="checkbox"/> | Hombros y clavículas nivelados (horizontalmente)                                      | Un hombro y clavícula ligeramente por encima del otro(a)  | Un hombro y clavícula marcadamente por encima del otro(a)   | 2<br>3<br>4 |



∅ **EXAMEN CLÍNICO MUSCULAR**

Señalar con el valor que concierne a la respuesta muscular en el espacio de la valoración correspondiente.

| GRADUACIÓN                                  | CARACTERÍSTICA MUSCULAR   |    |    |    |   |    |    |    |    |
|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|
| 0   | Ninguna movilidad de la porción de piel observada a simple vista o con luz rasante sobre la terminación cutánea profunda del músculo.         |    |    |    |   |    |    |    |    |
| 1   | Movilidad de la porción de piel una vez que se da la orden de movimiento.   |    |    |    |   |    |    |    |    |
| 2   | El paciente es capaz de realizar el movimiento cinco veces, con una amplitud incompleta y de forma asincrónica con el lado sano.              |    |    |    |   |    |    |    |    |
| 3   | El paciente es capaz de realizar el movimiento entre ocho y diez veces, con una amplitud completa pero de forma asincrónica con el lado sano. |    |    |    |   |    |    |    |    |
| 4   | El paciente es capaz de realizar el movimiento de forma sincrónica y simétrica; el movimiento está integrado en la mímica voluntaria.         |    |    |    |   |    |    |    |    |
| MOVIMIENTO VALORADO                         | 1v  | 2v | 3v | 4v | MOVIMIENTO VALORADO                       | 1v | 2v | 3v | 4v |
| Elevación de ceja                           |   |    |    |    | Elevación de labio superior               |    |    |    |    |
| Aducción de ceja                            |   |    |    |    | Protrusión del labio superior             |    |    |    |    |
| Depresión de ceja y arruga la raíz de nariz |   |    |    |    | Retracción del ángulo de la boca          |    |    |    |    |
| Cierre suave                                |   |    |    |    | Elevación del ángulo de la boca           |    |    |    |    |
| Cierre fuerte                               |   |    |    |    | Depresión del ángulo de la boca           |    |    |    |    |
| Dilatación de narinas                       |   |    |    |    | Descenso del labio inferior               |    |    |    |    |
| Contracción de narinas                      |   |    |    |    | Movimiento lateral del labio inferior     |    |    |    |    |
| Cierre y protrusión de labios.              |   |    |    |    | Elevación y protrusión del labio inferior |    |    |    |    |
| Compresión de mejillas                      |   |    |    |    | Depresión de la mandíbula                 |    |    |    |    |
| -   |   |    |    |    | Llevar al hioides hacia arriba y atrás.   |    |    |    |    |

∅ **PRUEBAS ESPECIALES**

Señalar con el signo que mejor corresponda a la presentación clínica del paciente.

| Signos propios de Parálisis Facial Periférica |  | 1v | 2v | 3v | 4v |
|---|--|----|----|----|----|
| <b>Signo de Bell</b>                          | (+)=Positivo(arriba o arriba y afuera)<br>(-)=Negativo(sin movimiento alguno)<br>(I)=Inverso (movimiento hacia abajo)  |    |    |    |    |
| <b>Signo de las pestañas de Souque</b>        | (+)=Positivo (cierre débil, se aprecia la línea de las pestañas)<br>(-)=Negativo (cierre palpebral nulo o medio)<br>(N)=Cierre palpebral normal (cierre palpebral con fuerza suficiente para no dejar ver por completo la línea de pestañas) |    |    |    |    |

| Signos presentes en Parálisis Facial de origen central o periférico |  | 1v | 2v | 3v | 4v |
|---|--|----|----|----|----|
| <b>Signo de Pitres</b>  | (++)=Doble positivo (Desviación marcada)<br>(+)=Positivo (Desviación leve)<br>(N)=Simetría normal                    |    |    |    |    |
| <b>Signo de fumador de pipa</b>                                     | (++)= Doble positivo (Notable fuga de aire)<br>(+)=Positivo (Leve fuga de aire)<br>(N)= Retiene normalmente el aire) |    |    |    |    |





➤ **RESULTADOS DE ESTUDIOS** (Si es que los tiene, o se le han solicitado por la especialidad indicada)

---

---

|  |   |
|--|---|
| <p>➤ <b>PBLE. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA</b><br/>a. Intracraneal    b. Intratemporal    c. Extracraneal</p>                  | <p>➤ <b>ESTADO DE LA PARÁLISIS</b><br/>c. Completa    b. Incompleta</p> |
| <p>➤ <b>DURACIÓN DE LA PARÁLISIS</b><br/>a. Aguda (de 1-15 días)    b. Sudaguda (2-4 sem)    c. Crónica (+ de 4 sem)</p> |   |

➤ **DX FISIOTERAPÉUTICO E IMPACTO FUNCIONAL**

---

---

➤ **PRONÓSTICO DE LA RECUPERACIÓN EN FISIOTERAPIA:** \* Circular la opción elegida

**Completa**

**Parcialmente Incompleta**

**Secular**

➤ **INDICACIÓN TERAPÉUTICA INICIAL**

---

---

---

➤ **RESPONDABLE DE LA VALORACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Ced. Prof. \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

# DISCUSIÓN

---

La discusión va encaminada a discutir los siguientes puntos de la presente investigación:

- ∅ **Breve introducción y población en la que se puede aplicar la Historia Clínica para Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia.**
- ∅ **Dificultades**
- ∅ **Limitaciones**

## **5.1 BREVE INTRODUCCIÓN Y POBLACIÓN EN LA QUE SE PUEDE APLICAR LA HISTORIA CLÍNICA PARA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN FISIOTERAPIA.**

El principal objetivo de la presente investigación fue proponer una historia clínica práctica e integral para la valoración de la Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia, dada la inconsistencia en la valoración de la PF en general. Se realiza con enfoque hacia la PF de origen periférico, en cualquier estado de recuperación y edad de presentación, siempre y cuando el paciente tenga la capacidad de seguir indicaciones.

Los resultados de este trabajo permiten afirmar que es posible constituir una valoración adecuadamente estructurada para una enfermedad en específico. En esta ocasión se ha logrado realizar una valoración en formato de historia clínica específica para PFP. Realizando el comentario de Carrillo(11) en el 2002, quien marca que una buena historia clínica tiene la posibilidad de brindar una sospecha diagnóstica al padecimiento indagado; a través de antecedentes que orienten, de sintomatología, de exploración y de la toma en cuenta de pruebas especiales que indican si la etiología de la parálisis es diferente o no a la habitual parálisis de Bell.

## **5.2 DIFICULTADES**

1. No se ha encontrado referencia de trabajos similares a este, por lo que no ha sido posible la comparación de sus resultados; pues, en la literatura no se encuentra un consenso publicado sobre la valoración de la PF en Fisioterapia, mucho menos un formato de valoración

equivalente. Lo cual fue una de las dificultades para el desarrollo del instrumento, al no tener una base de la cual guiarse.

2. Otra dificultad fue la falta de información sobre las manifestaciones clínicas de las parálisis faciales de origen periférico que no pertenecen a la etiología idiopática, pues esto dejaba una falta de conocimiento certero de las presentaciones clínicas de estos tipos de parálisis facial.

### **5.3 LIMITACIONES**

1. De entre las limitaciones, se encuentra que dentro de la Fisioterapia, no se ha localiza aún, un consenso publicado sobre la preferencia del uso de alguna escala y la evidencia de su idoneidad en dicha profesión. Existen pocos o casi nulos estudios que pongan en tela de juicio las escalas destinadas a la evaluación de la PF, o al menos las más populares, lo que deja un tanto ambiguo el uso de cualquier de ellas. Por esta razón la elección tuvo que ser basada en estudios previos que señalarán las escalas más fiables y/o usadas en la enfermedad, aunque no pertenecieran en sí a la Fisioterapia.
2. Otra limitación de la presente investigación es que se ha consultado en un 95% literatura de habla hispana, por tenerse mayor facilidad de acceso, entendimiento y gratuidad.

## CONCLUSIONES

---

- ∅ La propuesta Historia Clínica para Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia, logra constituir un instrumento integral para la valoración de la PF de origen periférico, específico del área de rehabilitación física. Instrumento que beneficiará la práctica de dicho profesional, al ser guía para la valoración y revaloración subsecuente del paciente que padece la enfermedad.
  
- ∅ Así mismo se considera que puede favorecer la práctica clínica en instituciones de alta demanda, pues a la experiencia en el manejo del formato, se adquirirá la habilidad necesaria para la agilización de su aplicación.
  
- ∅ Además se piensa que con instrumentos como este, el fisioterapeuta debe respaldar y realzar el valor de su valoración y diagnóstico fisioterapéutico. Lo que por consecuencia, contribuir al desarrollo de la Fisioterapia en México.
  
- ∅ A la vez que contribuye al avance de la investigación científica, la unificación de la valoración y revaloración de la Parálisis Facial Periférica, permitirá también, la unificación de variables; así como, la equiparación de resultados.
  
- ∅ Finalmente y respondiendo a la pregunta de este trabajo, se resaltar el vasto perfil del Fisioterapeuta, el que por su amplitud, le permite incursionar incluso en el diseño de herramientas bien estructuradas en pro de su práctica profesional.

## 6.1 RECOMENDACIONES

A partir de la presente investigación se cree, que dentro de la línea de investigación de la PF, es primordial que se apueste por la comprobación de las escalas de valoración más populares y usadas entre los profesionales de la Fisioterapia. Así como por parte del área médica, se apueste por la descripción de los diferentes tipos de PFP, fuera de la parálisis facial idiopática de Bell; para que se exponga de igual manera el curso de la enfermedad, signos y síntomas en que difieren, así como un mejor registro estadístico de estas.

Se sabe, que los instrumentos de medición presentan diversos usos en diferentes ambientes, entre los cuales se pueden mencionar: (a) motivación, (b) éxito, (c) diagnóstico, (d) para prescripción, (e) evaluación, (d) clasificación, entre otras (Safrit & Wood, 1995; Shea & Wright, 1997 citado en Jiménez et. al(60)).

Considerando las características de la Historia Clínica para Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia, se recomienda utilizar este instrumento para cualquier ambiente, ya que: en son de valoraciones periódicas, se puede utilizar como medio para motivación del paciente en alcanzar más logros en la terapia; de manera similar al ser prueba de éxito del tratamiento prescrito y registro de este; imperiosamente en la evaluación y determinación del diagnóstico fisioterapéutico y en consecuencia para la prescripción del tratamiento individualizado; y como clasificación en temas de investigación, pues al delimitar las diferentes variantes de la presentación clínica del paciente de PFP, es posible la conformación de grupos poblacionales con características similares según la variante o dimensión electa.

Bayardo(70) decía:

‘No es posible hablar de establecer de una vez por todas la validez del instrumento en cuestión, pues la validez de éste se determina siempre en función de la situación y el objetivo que se persigue con él, por lo que habrá que examinarlo cada vez que se pretenda utilizarlo en unas circunstancias, con una población y con unos objetivos determinados’.

De esta manera se incita al fisioterapeuta a integrar la Historia Clínica para Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia en su práctica clínica e investigaciones posteriores, que ayuden a evaluar su eficacia y dictaminen su aceptación en la valoración de la población que sufre PFP.

## 6.2 FUTURAS INVESTIGACIONES

A este trabajo de investigación, le continúan futuras investigaciones que determinen la validez y confiabilidad de la Historia Clínica para Parálisis Facial Periférica en Fisioterapia. Pues bien lo dijo Bayardo(70): 'El investigador no puede asumir que el instrumento diseñado por él es válido sin haber reunido evidencia de ello'.

Esto debido a que los instrumentos de evaluación deben presentar dos características importantes, ser válidos y confiables. De tal manera, que en el proceso de construcción de un instrumento, es debido establecer estos dos aspectos(60), pues la utilización de los resultados como base de acción y las consecuencias sociales que desplegarán son factores relevantes que lo justifican (Messick, 1989, citado en Jiménez et al.(60)).

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Chapul LS, Cadena SR, Cabrera JLA, Soto IAC, Hernández SRL, Pérez RP, et al. Parálisis Facial: Un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional de los factores pronósticos para la recuperación en paciente mexicanos. *Bol Méd E Inf Inst Nac Rehabil.* 2010;20(marzo-abril):10–1.
2. García RB, Pérez SC, Varela MMS, Torrella ME, Galofre JD. Secuelas de las parálisis faciales periféricas. *Acta Otorrinolaringológica Esp.* 2010;61(2):89–93.
3. Sastre JIDD, Espada MPP, García FF. Epidemiología de la parálisis facial de Bell. *Rev Neurol.* el 21 de febrero de 2005;41(05):287–90.
4. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [Internet]. [citado el 2 de junio de 2017]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)
5. Izquierdo TG. Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia. Buenos Aires; Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2007. 260 p.
6. Urrialde JAM. Diagnóstico en Fisioterapia. *Fisioterapia.* 1999;21(3):127.
7. Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León. Licenciatura en Fisioterapia [Internet]. Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León - UNAM. 2011 [citado el 17 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://enes.unam.mx/?lang=es\\_MX&pl=licenciatura-en-fisioterapia](http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&pl=licenciatura-en-fisioterapia)
8. Moraleda S. 12º Symposium de nervio facial en Boston [Internet]. 2013 [citado el 7 de junio de 2017]. Disponible en: <http://paralisis-facial.blogspot.com/2013/10/12-symposium-de-nervio-facial-en-boston.html>
9. Pereira L, Obara K, Dias J, Menacho M, Lavado E, Cardoso J. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* el 1 de julio de 2011;25(7):649–58.
10. Wenceslau LGC, Sassi FC, Magnani DM, Andrade CRFD. Paralisia facial periférica: atividade muscular em diferentes momentos da doença. *CoDAS.* febrero de 2016;28(1):3–9.
11. Carrillo LGDC. Zonas anatómicas de lesión en parálisis facial periférica y su relación etiológica. Experiencia de 780 casos. *Julio-Agosto.* 2002;70(4):239–45.
12. González JV, Pérez FJR, Moreno BP, Guerra EP, Díaz VM. Parálisis facial: ¿Siempre parálisis de Bell? *Rev Clínica Med Fam.* el 15 de octubre de 2013;6(3):169–171.
13. Secretaría de Salud. Guía de Práctica clínica, Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis Facial Idiopática) [Internet]. México: CENETEC; 2009 [citado el 9 de enero de 2018]. 38 p. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/066\\_GPC\\_ParalisisBell/1g\\_uia\\_paralisis\\_facial\\_de\\_bell\\_ER\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/066_GPC_ParalisisBell/1g_uia_paralisis_facial_de_bell_ER_CENETEC.pdf)
14. Sutton LH, Cherem JH. La «academización» del primer nivel de atención. *Gac Médica México.* 2016;152(1):5–6.



15. Centro Estatal de Rehabilitación. Lineamientos y políticas para la operatividad del Centro Estatal de Rehabilitación 2014 [Internet]. INGUDIS; 2014. Disponible en: [http://uai.guanajuato.gob.mx/biblioteca\\_digital/docart10/201410031439430.LINEAMIENTOS\\_2014.pdf](http://uai.guanajuato.gob.mx/biblioteca_digital/docart10/201410031439430.LINEAMIENTOS_2014.pdf)
16. Paniagua AB. Análisis Estadístico de Pacientes que recibieron atención fisioterapéutica en las brigadas comunitarias interdisciplinarias de la ENES UNAM 2014-2015. [Internet] [Tesis de Licenciatura]. [León, Gto.]: Escuela Nacional de Estudios Superiores UNAM Campus León; 2016. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2016/mayo/412121249/Index.html>
17. Crespo APDR. Análisis epidemiológico del área de neurología de la clínica de fisioterapia ENES Unidad León de la UNAM. [Internet] [Tesis de Licenciatura]. [León, Gto.]: Escuela Nacional de Estudios Superiores UNAM Unidad León; 2016. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2016/agosto/412069202/Index.html>
18. Federico E. Micheli, Manuel María Fernández Pardal. Neurología. 2a. ed. Ed. Médica Panamericana; 2010. 564 p.
19. Conesa AG, Hernández RMC, Belchí EA, Carrasco ÁM, Murcia U de. IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria: ponencias y comunicaciones. 1a. ed. Murcia: EDITUM; 2006. 368 p.
20. Broto JP, Carretero MP, Moreno MCI, Ayala AS, Gómez FR, García JA. Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Ed. Médica Panamericana; 2006. 412 p.
21. Küstner EC, López JL. Esquemas de medicina bucal. Edicions Universitat Barcelona; 2010. 253 p. (Textos docentes).
22. López SG, Salazar FRC. Fundamentos para el ejercicio de la medicina. Guía para el examen de residencias médicas. ERM. México: Editorial El Manual Moderno; 2012. 957 p.
23. González NC, López JAT. Manual para la exploración neurológica y las funciones cerebrales superiores. 4a Ed. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: El Manual Moderno; 2013. 158 p.
24. Sánchez CAÁ, Vargas NM, Cortés RG. Parálisis Facial Periférica: Enfoque desde la medicina física y rehabilitación en Costa Rica. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. 2015;72(615):249–255.
25. Wilson, Pauwels Linda, Akesson, J. Elizabeth, Stewart, A. Patricia, Spacey, D. Siân. Nervios Craneales - En La Salud Y La Enfermedad.PDF. 2da. Edición, 1a reimp. Buenos Aires: MÉDICA PANAMERICANA S.A.; 2006. 256 p.
26. Alfredo García-Alix, José Quero. Cap. 12 Pares craneales de la protuberancia y del bulbo raquídeo. En: Evaluación neurológica del recién nacido. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2012. p. 55. (Medicina/Ciencias de la Salud).
27. Gaete JN, S. AD, L. RJV. Tratado de Neurología Clínica. 1a Ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2005. 738 p.
28. Puellas, López LP, Pérez SM, de la Torre y Fox MM. Neuroanatomía. s/n. Buenos Aires; Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008. 436 p.

29. González NC, López JAT. Manual para la exploración neurológica y las funciones cerebrales superiores. 4a Edición. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: El Manual Moderno; 2013. 158 p.
30. Pérez CM, Algarra JM. Lecciones de Otorrinolaringología aplicada. [Internet]. 2da. ed. Barcelona: Glosa; 2006. 610 p. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=hVxrYHwMiDEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
31. Velayos JL. Anatomía de la Cabeza: para odontólogos. 4a. Ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana; 2007. 320 p.
32. Clarkson HM. Proceso evaluativo musculoesquelético: amplitud del movimiento articular y test manual de fuerza muscular. Editorial Paidotribo; 2003. 472 p.
33. Nogales-Gaete J, S. AD, L. RJV. Tratado de Neurología Clínica. 1a Ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2005. 738 p.
34. Escajadillo JR. Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. 4a ed. Editorial El Manual Moderno; 2014. 2063 p.
35. Ricard F. Tratado de osteopatía craneal, Articulación temporomandibular: análisis y tratamiento ortodóntico. 2da. Ed. Buenos Aires; Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2005. 948 p.
36. Olgún MM. Parálisis Facial [Internet]. 2014 [citado el 6 de julio de 2017]. Disponible en: <http://lftmmopf.blogspot.com/>
37. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del adulto con parálisis de Bell en el primer y segundo nivel de atención. [Internet]. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/066GER.pdf>
38. Gatón MIC, Ruiz M del AS, Sualis PP. Manual de Fisioterapia. En: Modulo II Neurología, Pediatría y Fisioterapia Respiratoria. 1a.Ed. España: MAD; 2004. p. 588.
39. Snell RS. Neuroanatomía clínica. 6a. Edición. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2007. 616 p.
40. Waxman SG. Neuroanatomía clínica. 26a. Ed. México: McGraw Hill México; 2011. 384 p.
41. Secretaría de Salud. Guía de Referencia Rápida de la GPC. Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis Facial Idiopática) [Internet]. México: CENETEC; 2009 [citado el 25 de febrero de 2017]. 7 p. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/066GER.pdf>
42. Torres GM, Barcellos AN, Santos MAR, Fonseca MT, Santos EC, Sousa RF. Parálisis facial bilateral simultánea. Acta Otorrinolaringológica Esp. :210–2.
43. Ortíz MDR, Martínez SM, Reyes MGO, Gil HSR, Hidalgo OV, González RH. Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. Arch Neurocién (Mex) INNN. 2011;16(3):148–55.
44. Sociedad Española de Oftalmología. Oftalmoseo: Lagofthalmos (parálisis facial) [Internet]. Oftalmoseo. 2015 [citado el 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.ofthalmoseo.com/lagofthalmos-paralisis-facial/>

45. Jiménez MR. Manual de urgencias. 2da. Edición. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana; 2010. 954 p.
46. Martínez F, Wajskopf S. Espasmo hemifacial. Arch Neurocién Mex. 2006;11(4):288–301.
47. NeuroWikia. Síndrome de las lágrimas de cocodrilo [Internet]. Neurowikia. El portal de contenidos en neurología. [citado el 14 de julio de 2017]. Disponible en: <http://neurowikia.es/content/s%C3%ADndrome-de-las-l%C3%A1grimas-de-cocodrilo>
48. Montealegre JA. Investigación clínica: Epidemiología clínica aplicada. 1a. Ed. Morales AR, Restrepo CG, Trujillo DL, editores. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2001. 550 p.
49. Rodríguez JAO. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. 1a. Ed. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2004. 237 p.
50. Reina MA, Palacios JMA, Velasco CRJ, Grueso PM, Bravo FM. Auxiliares de Enfermería Del Servicio Navarro de Salud-osasunbidea. 2da. Ed. Vol. 2. España: MAD-Eduforma; 2005. 409 p.
51. Cortina VBC, Herrera DA, N. RR. Historia clínica: metodología didáctica [Internet]. México, D.F: Ed. Médica Panamericana; 2003. 356 p. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=D\\_S4jqdNXBMC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=D_S4jqdNXBMC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false)
52. Cardero EG. Estudio de la parálisis del nervio facial en la cirugía del adenoma pleomorfo de la glándula parotida. Adaptación y validación del índice de discapacidad facial [Internet] [Doctoral]. [Sevilla, España]: Universidad de Sevilla; 2012. Disponible en: [http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/1888/S\\_TD\\_PROV110.pdf](http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/1888/S_TD_PROV110.pdf)
53. Aramburu CB. Ejercicios activos en la parálisis facial [Internet] [Trabajo de fin de grado en Fisioterapia]. [Navarra, España]: Universidad Pública de Navarra; 2013 [citado el 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/8078>
54. Ausejo RLC. Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica de un año de evolución. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Marzo-junio 2015 [Internet] [Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4504/1/Cruz\\_ar.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4504/1/Cruz_ar.pdf)
55. Benítez S, Stefan Danilla, Troncoso E, F. AM, A. JM. Manejo integral de la parálisis facial. Rev Médica Clínica Las Condes. 2016;27(1):22–28.
56. Benítez S, Danilla S, Troncoso E, Kinesióloga AMF, Kinesióloga JMA. MANEJO INTEGRAL DE LA PARÁLISIS FACIAL. Rev Médica Clínica Las Condes. 2016;27(1):22–28.
57. Tordoya J, Jimmy E. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. Gac Médica Bolív. junio de 2016;39(1):46–52.
58. Ochoa JR. Diagnóstico en Fisioterapia y punto [Internet]. Fisioterapia en constante movimiento.WCPT. 2016 [citado el 18 de julio de 2017]. Disponible en: <https://fisioterapiajesusrubio.com/tag/wcpt/>

59. Razo CM. Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis. México: Pearson Educación; 1998. 328 p.
60. Jiménez J, Salazar W, Morera M. Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de patrones básicos de movimiento. *Mot Eur J Hum Mov.* 2013;31(julio-diciembre):87–97.
61. Lara RMM, Ávila F de S, Chávez AP. Estrategias autoaplicables para afrontar el estrés y el hábito de fumar. 1a ed. Guadalajara, Jalisco: Editorial Universitaria - Libros UDG; 2015. 87 p.
62. Lesmes JD. Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Bogotá: Ed. Médica Panamericana; 2007. 372 p.
63. Evaluación postural [Internet]. Disponible en: <https://emmajorge.files.wordpress.com/2008/11/evaluacion-postural.pdf>
64. Chaitow L, DeLany JW. Aplicación clínica de las técnicas neuromusculares. Extremidades inferiores. 1a. Ed. Vol. 2. España: Editorial Paidotribo; 2007. 624 p.
65. Chevalier AM. Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas. *EMC-Kinesiterapia-Med Física.* 2003;24(2):1–15.
66. López SG, Salazar FRC. Fundamentos para el ejercicio de la medicina. Guía para el examen de residencias médicas. ERM. México: Manual Moderno; 2012. 978 p.
67. Custodio JAF, Marchena JRR, García AMR, Flores LLF, Dávila AP, Rodríguez MM, et al. Protocolo de atención del paciente grave. México: Ed. Médica Panamericana; 2008. 504 p.
68. Canales LB, Correa CEM, Ortega AJV. Fenómeno de Bell. Revisión de 1650 pacientes. *Rev Mex Oftalmol.* 2009;83(4):214–6.
69. Marín PQ, Aguado DL, Martínez JLQ. Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas. En: Ponencia oficial del LXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, 2010 [Internet]. España: MCD; 2010. p. 269. Disponible en: <http://seorl.net/PDF/ponencias%20oficiales/2010%20Par%C3%A1lisis%20facial%20perif%C3%A9rica.%20Complicaciones%20y%20secuelas.pdf>
70. Bayardo MGM. Introducción a la Metodología de la investigación educativa. 1a Ed. México: Editorial Progreso; 1987. 274 p.
71. Conesa AG, Hernández RMC, Belchí EA, Carrasco ÁM, Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones, 2.006. IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria: ponencias y comunicaciones [Internet]. 1a. Ed. Murcia: EDITUM; 2006. 368 p. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=PievwyJm9TQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

# PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

## 8.1 ANEXOS

### 8.1.1 ANEXO 1. CAUSAS DE PFP

Existen un gran número de causas que pueden producir PF, entre ellas se encuentran los siguientes grupos, a indagar en el interrogatorio(34).

|  |
|--|
| Traumáticas  |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Por presión del nervio, con objetos no punzocortantes</li><li>2. Heridas penetrantes (por arma de fuego, cuchillos); producen laceraciones del nervio facial</li><li>3. Fracturas del hueso temporal y mandibulofaciales</li><li>4. Lesiones quirúrgicas (otológicas, neuroquirúrgicas, por operaciones parotídeas y bucofaciales</li><li>5. Traumatismos al nacer</li><li>6. Barotrauma</li><li>7. Bloqueo anéstenico del nervio</li><li>8. Daño térmico</li></ol>   |
| Neoplásicas (Tumores)  |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Parotídeos</li><li>2. Del conducto auditivo externo y oído medio</li><li>3. Del nervio facial (neuromas, colindromas, schwannomas)</li><li>4. De origen otoneurológico (neurinomas del acústico, quistes aracnoideos, meningiomas, gliomas, colesteatomas congénitos, hemangiomas)</li><li>5. Varios (tumores metastásicos, higromas quísticos, sarcomas, tumores nasofaríngeos invasivos, teratomas, rabdomiosarcomas, osteoporosis, histiocitosis H)</li></ol>  |
| Infeciosas   |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bacterianas (otitis medias, agudas, crónicas, otitis externa maligna, petrositis, toxinas tetánicas, sífilis, enfermedad de Lyme, lepra, meningitis y encefalitis)</li><li>2. Agentes atípicos: <i>Mycoplasma pneumoniae</i></li><li>3. Virus (herpes soster ótico, cotomegalovirus, varicela, mononucleosis infecciosa, herpes simple, virus coxsackie, tubeola, influenza, poliomielititis tipo 1, encefalitis y parotiditis; es probable que en este grupo se encuentre la parálisis de tipo Bell.</li><li>4. Parásitos (paludismo, mordedura de garrapata)</li><li>5. Enfermedades granulomatosas (tuberculosis, sarcoidosis)</li></ol> |
| Congénitas   |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ausencia de la musculatura facial o distrofia miotónica</li><li>2. Falta de unidades neuromotoras</li><li>3. Osteoporosis</li><li>4. Síndrome de Mobius</li><li>5. Parálisis facial familiar genética</li><li>6. Parálisis congénita unilateral del labio inferior.</li></ol>   |

|   |
|---|
| <b>Neurológicas</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Síndrome de Guillain-Barré (parálisis ascendente)</li> <li>2. Esclerosis múltiple</li> <li>3. Miastenia grave</li> <li>4. Síndrome de opérculo (lesión cortical en la región facial motora)</li> <li>5. Enfermedad de Parkinson</li> <li>6. Síndrome de Millard-Gubles (lesión mesencefálica que afecta también al tubo corticoespinal y produce parálisis del VI par con hemiplejía contralateral).</li> <li>7. Síndrome de Bannworth (meningorradiculitis linfocítica)</li> <li>8. Hipertensión intracraneal</li> <li>9. Esclerosis lateral amiotrófica</li> <li>10. Hipercinesia facial</li> </ol> |
| <b>Metabólicas</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes mellitus B</li> <li>2. Hipertiroidismo o hipotiroidismo</li> </ol>   |
| <b>Vasculares</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accidente cerebrovasculares (PF central)</li> <li>2. Fístulas del seno cavernoso a la carótida</li> <li>3. Periodo posterior a la embolización arterial en el tratamiento de la epistaxis</li> <li>4. Seno sigmoideo anómalo</li> <li>5. Aneurismas de la arteria carótida interna</li> </ol>   |
| <b>Idiopáticas</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parálisis de tipo Bell (probable origen viral)</li> <li>2. Síndrome de Melkersson-Rosenthal</li> <li>3. Síndrome mucocutáneo ganglionar (enfermedad de Kawasaki)</li> </ol>   |
| <b>Enfermedades del colágeno (Vasculares, alérgicas o tóxicas)</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Policondritis recidivante</li> <li>2. Enfermedad mixta del tejido conectivo</li> <li>3. Polimiositis</li> <li>4. Reticulosis pleomorfa</li> <li>5. Granulomatosis de Wegener</li> <li>6. Amiloidosis</li> <li>7. Periarteritis nudosa</li> <li>8. Síndrome de Stevens-Johnson</li> <li>9. Intoxicación por plomo</li> <li>10. Tetanos de tipo cefálico</li> <li>11. Difteria</li> <li>12. Parálisis posvacunal (poliomielitis, rabia)</li> <li>13. Posterior a la aplicación del suero antitetánico</li> </ol>  |

## 8.1.2 ANEXO 2. EXAMEN CLÍNICO MUSCULAR<sup>1</sup>

| MOVIMIENTO                                  | MÚSCULO(S) INVOLUCRADO(S)   |
|---|---|
| Elevación de ceja                           | Occipitofrontal   |
| Aducción de ceja                            | Superciliar   |
| Depresión de ceja y arruga la raíz de nariz | Prócer o piramidal de la nariz  |
| Cierre suave                                | Orbicular del ojo (Porción palpebral)   |
| Cierre fuerte                               | Orbicular del ojo (Porción orbitaria)   |
| Dilatación de narinas                       | Nasal (Porción alar)<br>Depresor del Tabique<br>Elevador del labio superior y del ala de la nariz   |
| Contracción de narinas                      | Nasal (Porción transversa)  |
| Cierre y protrusión de labios.              | Músculo orbicular de la boca (Porción central y periférica)   |
| Compresión de mejillas                      | Buccinador  |
| Elevación del ángulo de la boca             | Cigomático mayor<br>Elevador del ángulo de la boca o canino   |
| Retracción del ángulo de la boca            | Buccinador<br>Cigomático mayor<br>Risorio de Santorini  |
| Elevación de labio superior                 | Elevador del ángulo de la boca o canino<br>Elevador del labio superior y del ala de la nariz<br>Elevador del labio superior<br>Cigomático menor |
| Protrusión del labio superior               | Elevador del labio superior   |
| Depresión del ángulo de la boca             | Depresor del ángulo de la boca o triangular<br>Cutáneo del cuello o Platisma  |
| Descenso del labio inferior                 | Depresor del labio inferior o cuadrado del mentón<br>Cutáneo del cuello o Platisma  |
| Movimiento lateral del labio inferior       | Depresor del labio inferior o cuadrado del mentón   |
| Elevación y protrusión del labio inferior   | Depresor del labio inferior o cuadrado del mentón<br>Borla de la barba o mentoniano   |
| Depresión de la mandíbula                   | Cutáneo del cuello o Platisma   |
| Llevar al hioides hacia arriba y atrás.     | Estilohioideo<br>Ventre posterior del músculo digástrico  |

<sup>1</sup> Tabla elaborada conforme a las bibliografía citada(31,32,65).

### 8.1.3 ANEXO 3. ESCALA DE GRADUACIÓN HOUSE BRACKMANN<sup>2</sup>

| <b>SISTEMA DE HOUSE-BRAKCMANN</b>  |             |
|--|-------------|
| Grado  | Descripción |
| <b>I Función facial normal en todas las áreas</b>  |             |
| <b>II Disfunción leve/ leve neuropraxia</b>  |             |
| <p>Global: debilidad superficial notable a la inspección cercana. Puede haber mínima sincinesias. Al reposo, tono y simetría normal.</p> <p>Movimiento frente: Función de buena a moderada.</p> <p>Ojo: cierre completo con mínimo esfuerzo.</p> <p>Boca: Asimetría mínima al movimiento</p>                           |             |
| <b>III Disfunción leve a moderada/ axonotmesis</b>   |             |
| <p>Global: obvia pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad. Existencia de sincinesia y/o aumento de tono de músculos faciales.</p> <p>Movimientos de la frente: movimientos moderados a ligeros.</p> <p>Ojo: Cierre completo con esfuerzo.</p> <p>Boca: ligera debilidad con el máximo esfuerzo.</p> |             |
| <b>IV Disfunción moderada a severa/ neuronotmesis</b>  |             |
| <p>Global: debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa. Al reposo, asimetría.</p> <p>Movimiento frente: ninguno.</p> <p>Ojo: cierre incompleto.</p> <p>Boca: movimientos asimetría al esfuerzo.</p>  |             |
| <b>V Disfunción severa/ Sección parcial</b>  |             |
| <p>Global: solamente movimientos apenas perceptibles. Asimetría al reposo.</p> <p>Movimiento frente: ninguno.</p> <p>Ojo: Cierre incompleto.</p> <p>Boca: Movimientos ligeros.</p>   |             |
| <b>VI Parálisis total/ Sección completa</b>  |             |
| Ningún movimiento  |             |

<sup>2</sup> Escala extraída y adaptada de la bibliografía citada (41,71).



### 8.1.4 ANEXO 4. ESCALA HOUSE BRACKMANN 2.0 FNGS<sup>3</sup>

| ESCALA HOUSE-BRACKMANN 2.0   |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| Puntuación   | Regiones   |  |   |   |
|  | Frente   | Ojo  | Pliegue nasolabial                                      | Comisura bucal  |
| 1  | Normal   | Normal   | Normal  | Normal  |
| 2  | Leve debilidad >75% de lo normal                         | Leve debilidad > 75% de lo normal completamente cerrada con un esfuerzo ligero | Leve debilidad >75% de lo normal                        | Leve debilidad >75% de lo normal                        |
| 3  | Evidente debilidad 50% de lo normal simetría en reposo   | Evidente debilidad >50% de lo normal. El cierre total con el máximo esfuerzo   | Evidente debilidad >50% de lo normal simetría en reposo | Evidente debilidad >50% de lo normal simetría en reposo |
| 4  | La asimetría en reposo < 50% de lo normal                | La asimetría en reposo < 50% de lo normal no se puede cerrar por completo      | La asimetría en reposo < 50% de lo normal               | La asimetría en reposo < 50% de lo normal               |
| 5  | Las huellas de movimiento                                | Las huellas de movimiento  | Las huellas de movimiento                               | Las huellas de movimiento                               |
| 6  | La ausencia de movimiento                                | La ausencia de movimiento  | La ausencia de movimiento                               | La ausencia de movimiento                               |
| Los movimientos secundarios (evaluación general)                                 |  |  |   |   |
| Puntuación   | Grado de movimiento                                      |  |   |   |
| 0  | Ninguno  |  |   |   |
| 1  | Sincinesias , contracturas mínimas                       |  |   |   |
| 2  | Sincinesias evidentes, contracturas de leves a moderadas |  |   |   |
| 3  | Sincinesias de la desfiguración, contracturas graves     |  |   |   |
| Informes : suma de las puntuaciones de cada región y los movimientos secundarios |  |  |   |   |
| Grado  | Puntaje total  |  |   |   |
| I  | 4  |  |   |   |
| II   | 5-9  |  |   |   |
| III  | 10-14  |  |   |   |
| IV   | 15-19  |  |   |   |
| V  | 20-23  |  |   |   |
| VI   | 24   |  |   |   |

*Pedro Quesada Marín, Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas 2010 ed.*

*E.U.R.O.M.E.D.I.C.E. ediciones Medicas SL.*

3 Imagen tomada y referenciada en: Ausejo RLC. Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica de un año de evolución. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Marzo-junio 2015 [Internet] [Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4504/1/Cruz\\_ar.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4504/1/Cruz_ar.pdf)

## 8.1.5 ANEXO 5. INDICE DE DISCAPACIDAD FACIAL<sup>4</sup>

### INDICE DE DISCAPACIDAD FACIAL

#### SUBESCALA FUNCIONAMIENTO FÍSICO

1. ¿Cuánta dificultad ha tenido para guardar la comida en la boca, mover la comida centro de la boca o mantener comida a nivel de los carrillos mientras come?

Habitualmente:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

Habitualmente no lo hace:

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

2. ¿Cuánta dificultad ha tenido en beber de un vaso?

Habitualmente:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

Habitualmente no lo hace:

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

3. ¿Cuánta dificultad ha tenido en decir sonidos específicos mientras habla?

Habitualmente:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

Habitualmente no lo hace:

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

4. ¿Cuánta dificultad ha tenido respecto al lagrimeo excesivo o sequedad en sus ojos?

Habitualmente:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

Habitualmente no lo hace:

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

5. ¿Cuánta dificultad ha tenido en lavarse los dientes o enjuagarse la boca?

Habitualmente:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

Habitualmente no lo hace:

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

---

4 Imagen tomada y referenciada en: Ausejo RLC. Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica de un año de evolución. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Marzo-junio 2015 [Internet] [Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4504/1/Cruz\\_ar.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4504/1/Cruz_ar.pdf)

## SUBESCALA FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y BIENESTAR

6. ¿Cuánto tiempo se siente tranquilo o calmado

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| 6) Siempre      | 5) La mayor parte del tiempo |
| 4) Muchas veces | 3) Algunas veces             |
| 2) Pocas veces  | 1) Nunca                     |

7. ¿Cuánto tiempo se aísla de la gente que le rodea?

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| 1) Siempre      | 2) la mayor parte del tiempo |
| 3) Muchas veces | 4) Algunas veces             |
| 5) Pocas veces  | 6) Nunca                     |

8. ¿Cuánto tiempo se ha notado irritado hacia la gente que está a su alrededor?

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| 1) Siempre      | 2) la mayor parte del tiempo |
| 3) Muchas veces | 4) Algunas veces             |
| 5) Pocas veces  | 6) Nunca                     |

9. ¿Con qué frecuencia se levanta pronto o se despierta varias veces durante el sueño?

- |                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| 1) Todas las noches | 2) La mayoría de las noches |
| 3) Muchas noches    | 4) Algunas noches           |
| 5) Pocas noches     | 6) Ninguna noche            |

10. ¿En cuántas ocasiones se función facial evita que salga a comer, de tiendas, o le impide su participación en actividades familiares o sociales?

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| 1) Siempre      | 2) la mayor parte del tiempo |
| 3) Muchas veces | 4) Algunas veces             |
| 5) Pocas veces  | 6) Nunca                     |

PUNTAJE:

Dimensión física:

$$\frac{\text{Pt.Total (preguntas del 1-5)} - N}{N} \times \frac{100}{4}$$

Dimensión Social:

$$\frac{\text{pt.Total (preguntas del 6-10)} - N}{N} \times \frac{100}{5}$$

N: número de respuestas contestadas.

*Gonzales C, "Estudio de la parálisis del nervio facial en la cirugía del adenoma pleomorfo de la glándula parótida. Adaptación y validación del Índice de discapacidad Facial", Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla-2012*

---

4 Imagen tomada y referenciada en: Ausejo RLC. Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica de un año de evolución. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Marzo-junio 2015 [Internet] [Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4504/1/Cruz\\_ar.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4504/1/Cruz_ar.pdf)

## 8.1.6 ANEXO 6. FORMATO FORMULADO PARA EL ÍNDICE DE DISCAPACIDAD FACIAL<sup>5</sup>

### IMPACTO PSICOSOCIAL

#### • SUBESCALA FÍSICA

| Puntos       | 5                | 4                         | 3                      | 2                    | 1                    | 0                         | NA           |
|--------------|------------------|---------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|--------------|
| <b>R=</b>    | Habitualmente... |                           |                        |                      |                      |                           | No aplicable |
| <b>(1-5)</b> | Sin dificultad   | Con un poco de dificultad | Con algo de dificultad | Con mucha dificultad | No lo hace por salud | No lo hace por otra razón |              |

**Ítem 1** ¿Cuánta dificultad ha tenido para guardar la comida en la boca, mover la comida dentro de la boca o mantener comida a nivel de los carrillos mientras come?

**Ítem 2** ¿Cuánta dificultad ha tenido en beber de un vaso?

**Ítem 3** ¿Cuánta dificultad ha tenido en decir sonidos específicos mientras habla?

**Ítem 4** ¿Cuánta dificultad ha tenido respecto al lagrimeo excesivo o sequedad en sus ojos?

**Ítem 5** ¿Cuánta dificultad ha tenido en lavarse los dientes o en enjuagarse la boca?

#### • SUBESCALA PSICO-SOCIAL

| Puntos    | 1     | 2           | 3             | 4            | 5                         | 6       | NA           |
|-----------|-------|-------------|---------------|--------------|---------------------------|---------|--------------|
| <b>R=</b> | Nunca | Pocas veces | Algunas veces | Muchas veces | La mayor parte del tiempo | Siempre | No aplicable |

**Ítem 6** ¿Cuánto tiempo se siente tranquilo o calmado?

| Puntos      | 6             | 5            | 4              | 3             | 2                         | 1                | NA           |
|-------------|---------------|--------------|----------------|---------------|---------------------------|------------------|--------------|
| <b>R=</b>   | Nunca         | Pocas veces  | Algunas veces  | Muchas veces  | La mayor parte del tiempo | Siempre          | No aplicable |
| <b>R= 9</b> | Ninguna noche | Pocas noches | Algunas noches | Muchas noches | La mayoría de las noches  | Todas las noches | No aplicable |

**Ítem 7** ¿Cuánto tiempo se aísla de la gente que le rodea?

**Ítem 8** ¿Cuánto tiempo se ha notado irritado hacia la gente que está a su alrededor?

**Ítem 9** ¿Con qué frecuencia se levanta pronto o se despierta varias veces durante el sueño?

**Ítem 10** ¿En cuántas ocasiones su función facial evita que salga a comer, de tiendas, o le impide su participación en actividades familiares o sociales?

<sup>5</sup>información recolectada de: Cardero EG. Estudio de la parálisis del nervio facial en la cirugía del adenoma pleomorfo de la glándula parotida. Adaptación y validación del índice de discapacidad facial [Internet] [Doctoral]. [Sevilla, España]: Universidad de Sevilla; 2012. Disponible en: [http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/1888/S\\_TD\\_PROV110.pdf](http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/1888/S_TD_PROV110.pdf)

## 8.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PROYECTO DE TESIS:

REBECA MORALES VÁZQUEZ

| ACTIVIDAD/<br>MES                                | SEP<br>2016 | OCT<br>2016 | NOV<br>2016 | DIC<br>2016 | EN<br>2017 | FEB<br>2017 | MAR<br>2017 | ABR<br>2017 | MAY<br>2017 | JUN<br>2017 | JUL<br>2017 | AGO<br>2017 | SEP<br>2017 | OCT<br>2017 | NOV<br>2017 | DIC<br>2017 | ENE<br>2018 | FEB<br>2018 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Planteamiento del Problema                       | *           | *           |             |             |            |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Revisión bibliográfica                           |             | *           | *           | *           | *          | *           |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Determinación de la metodología de investigación |             |             |             |             | *          | *           | *           |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Desarrollo del marco teórico                     |             |             |             |             |            | *           | *           | *           | *           | *           | *           | *           | *           |             |             |             |             |             |
| Diseño del instrumento                           |             |             |             |             |            |             |             |             |             |             | *           | *           |             |             |             |             |             |             |
| Desarrollo de la Historia Clínica para PFP       |             |             |             |             |            |             |             |             |             |             |             | *           | *           | *           | *           |             |             |             |
| Desarrollo de conclusiones                       |             |             |             |             |            |             |             |             |             |             |             |             | *           |             |             | *           |             |             |
| Correcciones                                     |             |             |             |             |            |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             | *           | *           |