



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional  
*El Pueblo, Presidente!*



Dirección General de Docencia e Investigaciones – MINSA  
Hospital Escuela De Rehabilitación Aldo Chavarría

## TRIBUNAL EVALUADOR

ACEPTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA Y POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA – LEON.

Dr.: Alexander José Uriarte Zapata.

No. cédula: 561-070885-0001N culminó la Especialidad De FISIATRIA

En el año Académico: 2019 – 2022

Realizó Defensa de Tesis:

**PERFÍL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFERICA EN EL HOSPITAL ALDO CHAVARRÍA PERÍODO DE ENERO 2020 A JUNIO 2020.**

En la ciudad de: Managua, Nicaragua

Fecha: 18 /Marzo /2022  
Día Mes Año

*[Signature]*  
Dr. José Ramón Leiva  
ESPECIALISTA EN FISIATRÍA  
Y ELECTRODIAGNÓSTICO  
COD. MINSA 8254

Dr. José Ramón Leiva.  
Nombre y apellidos

Firma del Presidente

Dr. Denis Eduardo Álvarez Mejía  
Nombre y apellidos

*[Signature]*  
Dr. Denis E. Álvarez Mejía  
MÉDICO Y CIRUJANO  
ESPECIALISTA EN  
MED. FÍSICA Y REHABILITACIÓN  
COD. MINSA: 13271

Firma del Secretario

Dra. Flor De Ly Abarca García  
Nombre y apellidos

*[Signature]*  
Dra. Flor de Ly Abarca García  
FISIATRÍA  
Cod. MINSA 13359

Firma del Vocal

*[Signature]*  
Dra. María José Moreno Avilés  
Sub-directora Médico Docente  
H.R.A.CH.



**¡CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!**

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL DE REHABILITACION "ALDO CHAVARRIA"

35 Av. Km 5½ Carretera Sur-Contiguo a ENACAL Central,  
Tel.: 22667905, MANAGUA – NICARAGUA





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
HOSPITAL DE REHABILITACIÓN ALDO CHAVARRÍA  
TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN FISIATRÍA**

**Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Hospital Aldo Chavarría, durante el período comprendido de enero a junio 2020.**

**Autor: Dr. Alexander José Uriarte Zapatas.**

**(Médico Residente, III año de Fisiatría)**

**Tutora y Asesora metodológica: Dra. Gema Meza Centeno**

**(Médico especialista en Fisiatría)**

**Managua, Nicaragua, marzo 2022.**





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
HOSPITAL DE REHABILITACIÓN ALDO CHAVARRÍA  
TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN FISIATRÍA**

**Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Hospital Aldo Chavarría, durante el período comprendido de enero a junio 2020.**

**Autor: Dr. Alexander José Uriarte Zapatas.**

**(Médico Residente, III año de Fisiatría)**

**Tutora y Asesora metodológica: Dra. Gema Meza Centeno**

**(Médico especialista en Fisiatría)**

**Managua, Nicaragua, marzo 2022**

## CARTA AVAL DEL TUTOR CIENTÍFICO

Por este medio, hago constar que la Tesis de posgrado de las especialidades Médico titulada: **“Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Hospital Aldo Chavarría durante el período comprendido de enero a junio 2020”**. elaborado por el sustentante: **Alexander José Uriarte Zapatas** cumple los criterios de coherencia metodológica de un trabajo de tesis de posgrado, guardando correctamente la correspondencia necesaria entre problema, objetivos, hipótesis de investigación, tipo de estudio, conclusiones y recomendaciones, cumple los criterios de calidad y pertinencia; abordó en profundidad un tema complejo y demostró las hipótesis propuestas para este estudio, cumple con la fundamentación bioestadística, que le dan el soporte técnico a la coherencia metodológica del presente trabajo de posgrado, cumpliendo de esta manera con los parámetros de calidad necesarios para su defensa, como requisito parcial para optar al título de **“Especialista en Fisiatría ”**, que otorga la facultad de ciencias médicas, de la UNAN-Managua.

Se extiende el presente Aval del Tutor Científico, en la ciudad de Managua, a los veintiún días del mes de marzo del año dos mil veintidós.

Atentamente:

---

**Dra: Gema Meza Centeno. (Tutora)**

**(Especialista en Fisiatría)**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS**

Por permitir cumplir un propósito más en mi vida, en donde siempre estuvo fiel brindándome sabiduría, conocimientos y fuerzas para enfrentar cada una de las adversidades encontradas en el camino y al que doy gracias por este triunfo.

### **A mi Madre, Esposa, Hijos, Hermanos.**

Por ser el pilar fundamental de mi vida, por su dedicación, perseverancia y comprensión en tantos años de ausencia para compartir como familia y que sus palabras de aliento y ánimo nunca faltaron y sin duda fortalecían mi vida para avanzar y enfocar mi meta hacia un triunfo colectivo.

### **Amigos**

Esos seres humanos que no forman parte de la consanguinidad familiar, pero que encuentras en la vida y forman parte de la tuya, que apoyan y enseñan que existe una mano solidaria con las que pueden contar siempre que se alegran de tus triunfos y que sufren y apoyan en cada adversidad de la vida.

## **AGRADECIMIENTO**

### **A DIOS:**

Por haberme permitido llegar a este momento, darme salud, sabiduría y fortaleza en los momentos difíciles de este caminar.

### **A mis maestros y tutores:**

Por el tiempo, esfuerzos y dedicación en mi aprendizaje, que me ayudaron en mi ejercicio profesional.

**Revolución popular sandinista y Revolución Cubana:** Por formular proyectos de gobiernos accesibles que contribuyan al progreso en la formación académica profesional en una labor tan humanista y solidaria de formación médica y permitir así ser integrado en las filas del ejército de batas blancas.

## **RESUMEN**

Con el objetivo de determinar el perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Hospital Aldo Chavarría, durante el período comprendido de enero a junio 2020, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo se analizaron los datos sobre aspectos demográficos, características del grado de afectación del nervio facial, discapacidad facial, grados de afectación. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos se alcanzaron las siguientes conclusiones: se observó una media de edad de 38 años, ocupación ama de casa, escolaridad primaria, de procedencia urbano, con igual comportamiento el sexo masculino y femenino, con predominio de afectación funcional y sexo fue moderada la afectación funcional, versus edad, predominó de 31-40años con afectación severa de parálisis facial derecha, con una correlación significativa en el nivel 0,01 (bilateral) de Pearson entre escala House-Brackman según el sexo.

**Palabras claves: Epidemiológico, Parálisis Facial, afectación, discapacidad**



## ABSTRACT

Whith the objetive of determine the clinical and epidemiological profile of facial paralysis at the Aldo Chavarria Hospital, during the period from January to June 2020, a descriptive, cross-sectional study,retrospective, was carried out, data on demographic aspects, characteristics of the degree of involvement of the facial nerve, facial disability, degrees of involvement. From the analysis and discussion of the results obtained, the following conclusions were reached: a mean age of 38 years, housewife occupation, primary education, urban origin, with equal behavior of male and female sex, with predominance of functional involvement and gender, functional involvement was moderate, versus age, 31-40 years prevailed with severe involvement of right facial paralysis, with a significant correlation at the 0.01 level (bilateral) of Pearson between the House-Brackman scale according to gender.

Keywords: Epidemiological, Facial Paralysis, affectation, disability.

Keyword: **Facial paralysis, Epidemiology, affectation, disability**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>1-INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2-ANTECEDENTES</b> .....	2
<b>3-JUSTIFICACIÓN</b> .....	5
<b>4-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	6
<b>5-OBJETIVOS</b> .....	7
<b>6-MARCO TEÓRICO</b> .....	8
<b>6.1 Definición</b> .....	8
<b>6.2 Epidemiología</b> .....	8
<b>6.3 Etiopatogenia</b> .....	9
<b>6.4 Anatomía</b> .....	10
<b>6.5 Bases Neurofisiológicas</b> .....	10
<b>6.6 Diagnóstico Topográfico</b> .....	11
<b>6.7 Clasificación</b> .....	13
<b>6.8 Discapacidad física-Social, facial</b> .....	14
<b>6.9 Secuelas de la Parálisis Facial.</b> .....	15
<b>7-HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	17
<b>8-DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	18
<b>8.1 Tipo de estudio</b> .....	18
<b>8.2 Área y período de estudio</b> .....	18
<b>8.3 Universo y Muestra</b> .....	18
<b>8.4 Criterios de Inclusión y Exclusión</b> .....	19
<b>8.5 Definición y Operacionalización de variables (MOVI):</b> .....	19
<b>9-PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS</b> .....	21
<b>10-MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN</b> .....	26
<b>11-RESULTADOS</b> .....	27
<b>12-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	39
<b>13- LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b> .....	40

**14-RELACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS CONCLUSIONES DE OTRAS INVESTIGACIONES ..... 40**

**15-APLICACIONES E IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS. .... 40**

**16-CONCLUSIONES..... 43**

**17-RECOMENDACIONES..... 44**

**18-BIBLIOGRAFÍA..... 45**

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>N°</b>	<b>Nombre de la Tabla</b>	<b>N° Página</b>
<b>1</b>	Clasificación de House Brackmann y Sistema Convencional de Clasificación de la parálisis facial.	<b>13</b>
<b>2</b>	Operacionalización de Variables.	<b>22</b>
<b>3</b>	Sexo del Paciente que asistió con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.	<b>28</b>
<b>4</b>	Edad de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.	<b>28</b>
<b>5</b>	Ocupación de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.	<b>29</b>
<b>6</b>	Escolaridad de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.	<b>30</b>
<b>7</b>	Procedencia de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.	<b>30</b>
<b>8</b>	Estado Civil de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.	<b>31</b>
<b>9</b>	Contingencia entre House Brackmann *Sexo para ver grado de afectación de los pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.	<b>31</b>
<b>10</b>	Contingencia entre House Brackmann*grupo etario para ver grado de afectación de los pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.	<b>33</b>
<b>11</b>	Contingencia entre House Brackmann*grupo etario para ver grado de	<b>35</b>

afectación de los pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.

- |           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>12</b> | Contingencia entre Sexo *Diagnóstico para ver grado de afectación de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría.                            | <b>36</b> |
| <b>13</b> | Contingencia entre escala House Brackmann*Diagnóstico para ver grado de afectación funcional de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica al Hospital Aldo Chavarría. | <b>37</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>N°</b>	<b>Nombre de la Figura</b>	<b>N° Página</b>
<b>1</b>	Características demográficas en pacientes con parálisis facial Periférica.	<b>27</b>
<b>2</b>	Grupo etario de los pacientes que asistieron con parálisis facial periférica.	<b>56</b>
<b>3</b>	Sexo de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.	<b>57</b>
<b>4</b>	Ocupación de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.	<b>57</b>
<b>5</b>	Procedencia de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.	<b>58</b>
<b>6</b>	Estado civil de las personas que asistieron con parálisis facial periférica.	<b>58</b>
<b>7</b>	Escolaridad de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.	<b>59</b>
<b>8</b>	Diagnósticos de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.	<b>59</b>
<b>9</b>	Valoración de la escala de House Brackman a los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.	<b>60</b>
<b>10</b>	Frecuencia de resultados en los grados de afectación del nervio facial usando la escala de House Brackmann según el sexo y la edad en pacientes con parálisis facial periférica en el Hospital Aldo Chavarría.	<b>60</b>

## 1-INTRODUCCIÓN

El nervio facial, también conocido como VII par craneal, presenta aproximadamente 7000 fibras, en su gran mayoría motoras; una lesión en cualquier parte de su recorrido, genera una parálisis facial, definida como pérdida total o parcial del movimiento muscular voluntario en la cara, inervada por este nervio. Se clasifica en parálisis facial central y periférica. (Lozada, 2020)

En la parálisis facial de Bell (PB) es más frecuente (85% de los casos) de parálisis facial periférica, aparece de forma brusca y aguda, caracterizándose por una debilidad muscular facial unilateral, afectando al movimiento voluntario y reactivo a emociones, de todos los músculos de ese lado del rostro. (Lozada, 2020)

En parálisis facial periférica la expresión del rostro queda visiblemente dañada: desaparecen arrugas de la frente, el cierre del ojo del lado afectado se dificulta o impide y se altera el movimiento de la boca, actividades tan básicas para el individuo como la articulación del habla o la ingestión de líquidos, pueden verse seriamente perturbadas. Dentro de su pronóstico hay una recuperación en el 85% de los afectados, habiendo un 15% de casos con presencia de secuelas y un 10% con recurrencia en el lado homolateral o contralateral de la lesión. (Lozada, 2020)

El Hospital Aldo Chavarría, entidad principal de rehabilitación del país, presenta alta tasa de pacientes que ingresan por Parálisis facial periférica ya que esta es una de las mono neuropatías más comunes que afectan a la región cráneo facial. (Caldera, 2007)

Actualmente consideramos la afectación nerviosa facial en sus diferentes grados como primera causa de complicaciones y secuela, así mismo artífice de la discapacidad física y social generada en los pacientes atendidos en el Hospital Aldo Chavarría. (Caldera, 2007)

## 2-ANTECEDENTES

### Estudios Internacionales

**En un Hospital de Perú se realizó un estudio de características clínicas epidemiológicas de la parálisis facial,** Es un estudio descriptivo, observacional del total de pacientes, la parálisis facial periférica fue del 91,7%, con localización izquierda, 58,3%, del sexo masculino el 54,16%.,con edad promedio 43 y 68 años y los de parálisis derecha 56 y 45 años, los principales signos y síntomas fueron: parálisis homolateral 61,3%, cefalea 16,1% y visión borrosa 9,7%; .Las principales causas registradas fueron: parálisis idiopática o de Bell 32,69 % seguido de infecciones 23,08% .El tratamiento fisioterapéutico que recibieron fue terapia Kinésica 100%, Tens 50%, compresas húmedas calientes y láser 16% cada una. (Aibby lisijon, 2015)

**En la Universidad de Nordeste en la universidad de Kinesiología se realizó del 2012-2018 un estudio experimental donde se estudió el perfil clínico de las parálisis faciales,** todos los pacientes presentaron Parálisis Facial Periférica (PFP), de las cuales el 50% fueron del lado derecho y 42,3% lado izquierdo. Al ingreso al Servicio de Kinesiología el 57,7% de los pacientes presentaron parálisis agudas; no se encontraron datos en el porcentaje restante. Respecto a la edad, la mínima fue 16 y la máxima 62; la media fue de 42,06 sobre los datos encontrados. Respecto al género el 61,5% fue masculino y 38,5% femenino. El lugar de procedencia resultó en 76,9% para Corrientes Capital. ( Martínez , 2012-2018. )

**En el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas de Perú en el 2016 se realizó un estudio características de los grados de afectación del nervio facial y su relación con la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial.** Este estudio es de tipo observacional, correlacional, transversal así mismo el Índice de discapacidad facial sub escala física mostró mayor media  $79,8 \pm 13,9$ ; que el Índice de Discapacidad facial sub escala social  $76,5 \pm 15,9$ . Para el grado de afectación del nervio facial el grado II presentó mayor porcentaje 19%, en comparación al resto de grados. No se encontraron participantes con grado V o VI. (Cruz, 2016)



**En el Hospital de Ecuador en el 2016 se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte trasversal, Sobre la evaluación realizada de acuerdo al sistema de graduación clínica de House-Brackmann en los pacientes con PB se encontró que; 20(4.7%) pertenecían al grado II Disfunción leve; 78(18,5%) al grado III-Disfunción moderada; 26 103(24,4%) a grado IV-Disfunción moderadamente severa; 122(28,9%) al grado V-Disfunción severa; y finalmente 99(23,5%) al grado VI Parálisis total. En este estudio solo el 56.63% recibió tratamiento con corticoesteroides. Se concluyó que la corticoterapia durante la primera semana de evolución está asociada a un menor compromiso neurofisiológico (menor proporción de Axonotmesis y menor severidad de la axonotmesis). Además la DM y la edad mayor de 60 años están asociados a mayor compromiso neurofisiológico (mayor severidad de la axonotmesis). (Molina G, 2016)**

### **Estudios latinoamericanos.**

En el hospital de España Barcelona se realizó un estudio para **Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con parálisis facial periférica aguda (PFPA) que acudieron al Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango con diagnóstico de parálisis facial periférica aguda valorados por primera vez durante 2010 y 2011**, con análisis estadístico mediante descriptiva con Epi-info para Windows y estadística inferencial.

Resultados: Se analizaron 203 expedientes. La edad media fue 40 años (DE 19.7; [IC95% = 39.81, 40.19]); 123 (61%; [IC95% = 54%; 67%]) eran mujeres. Las características clínicas son similares a las reportadas en otros estudios. Más del 50% acudió al Centro dentro de las primeras dos semanas de evolución y el 84% ([IC95% = 79,89]) había recibido tratamiento previo a su ingreso. (lopez d, 2010)

## Estudios Nacionales

**En el Hospital Aldo Chavarría, Se realizó un estudio sobre Clasificación de la parálisis facial Idiopática según la escala de House Brackmann.** Los principales hallazgos en este estudio son que la prevalencia del sexo femenino fue el más afectado en comparación con el sexo masculino, en edades entre los 20 y 40 años, siendo las amas de casas las más afectadas, seguidos de los trabajadores de seguridad. La hemicara con mayor frecuencia afectada fue la derecha y los grados con mayor afectación fueron el III Y el IV según la escala de **House Brackmann**. Caldera, M. C. (2007).

### 3-JUSTIFICACIÓN

**Originalidad:** El generar información propia de nuestra población, permite el desarrollar medidas de acción y pronóstico, a su vez de implementación de protocolos actualizados y personalizados según las condiciones propias de cada paciente.

**Conveniencia institucional:** Dado que no existe una referencia realizada en nuestra institución con nuestros pacientes, es importante que se realice el estudio y nos aporte información epidemiológica, clínica y así poder aplicar el método basado en una evidencia, permitiendo a la institución protocolizar el actuar diagnóstico como terapéutico.

**Relevancia Social:** El evaluar las secuelas que deja la parálisis facial, permite generar un abanico de alternativas de conocimiento hacia la población que se enfrenta a esta problemática.

**Valor Teórico:** El aporte científico de este estudio permitirá obtener estadísticas propias, así como el propósito de este estudio sirva de base para mejorar y actualizar los protocolos nacionales de atención a pacientes con parálisis facial.

**Relevancia Metodológica:** la realización de este estudio permitirá determinar estadísticas, frecuencias e impactos gracias a escalas estudiadas internacionalmente para compararlas con la población nacional.

**Importancia e implicaciones prácticas económico, social y productiva;** La importancia radica en el conocimiento de las secuelas de la parálisis facial para poder implementar protocolos útiles y una intervención terapéutica temprana.

## **4-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **Caracterización**

En Nicaragua cada día es más frecuente el diagnóstico de parálisis facial, sin embargo, es un tema poco estudiado y la población busca respuesta a la problemática, sobre todo por tratarse de un tema de estética y funcionalidad. (Álvarez CA, 2015)

### **Delimitación**

El Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, principal institución nacional que posee un ingreso y atención por consulta externa a pacientes con parálisis facial periférica, constituida la segunda causa de atención estadísticamente registrada de nuestra institución, por ello es necesario dar respuesta a la población, la cual se enfrenta a una problemática cada vez más frecuente en nuestro país.

### **Formulación**

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Hospital Aldo Chavarría durante el período comprendido de enero a junio 2020?

### **Sistematización**

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes con parálisis facial en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, durante el período comprendido de enero a junio 2020?

¿Cuáles son las características de los grados de afectación del nervio facial usando la escala de House- Brackmann, según el sexo y la edad, en pacientes con parálisis facial periférica en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, durante el período comprendido de enero a junio 2020?

¿Cuál es el grado de afectación y el Índice de Discapacidad facial en pacientes con parálisis facial en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, durante el período comprendido de enero a junio 2020?

## 5-OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de pacientes con parálisis facial periférica en el hospital Aldo Chavarría durante el período comprendido de enero a junio 2020.

### **Objetivos específicos:**

- 1-Describir las características demográficas en pacientes con parálisis facial periférica.
- 2-Determinar las características de los grados de afectación del nervio facial usando la escala House-Brackman según el sexo y la edad en pacientes con parálisis facial periférica.
- 3-Establecer los grados de afectación y el Índice de Discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica.

## 6-MARCO TEÓRICO

### 6.1 Definición

La parálisis facial periférica es un síndrome clínico neuromuscular habitual con afectación parcial o total del nervio facial también conocido como séptimo par craneal, se manifiesta como una parálisis facial periférica unilateral súbita. (Álvarez CA, 2015)

De manera frecuente se denomina parálisis de Bell a la enfermedad caracterizada por una parálisis facial periférica aguda unilateral idiopática siendo un enigma su etiología específica. Aun así, existe un gran número de estudios científicos que involucran mecanismos inmunitarios, infecciosos e isquémicos del nervio facial como causas potenciales para desarrollar la parálisis de Bell. (Mendoza A, 2015)

Una de las posibles causas se encuentra en la infección por el virus del herpes simple reactivado (VHS-1), la cual constituye la etiología generalmente más aceptada, su fisiopatología está centrada alrededor de la afectación del ganglio geniculado y su capacidad neurotrópica para los nervios periféricos. Dicha capacidad también se comparte por parte de otros virus como lo son el virus herpes simple tipo 2 (HSV-2) y el virus varicela zóster (VZV) los cuales entran en el cuerpo a través de la exposición mucocutánea, con afinidad por los nervios periféricos y establecen su presencia en forma latente. (Álvarez C, 2015)

### 6.2 Epidemiología

La parálisis facial periférica es de origen idiopático, sin embargo, estudios científicos han identificado diversas causas con posible relación como lo es la reactivación del virus herpes simple y varicela zóster. (Cervantes, 2019)

Esta afectación facial puede ser izquierda o derecha con el mismo porcentaje de incidencia. Elementos externos, por ejemplo, la época climática fría llegaría a ejercer una influencia en el incremento de más casos de esta patología, específicamente aquí corresponde a los cambios bruscos de temperatura. (Cervantes, 2019)

Es una patología común con una incidencia global de 15 a 40 casos por cada 100.000 habitantes por año, con una afectación mundial anual de 40.000 individuos. Su aparición es más frecuente en edades de los 20 a 29 años y 50 a 59 años, siendo inusual antes de los 6 años y después de los 60 años. (Ferrera T, 2015)

Las mujeres en edad reproductiva presentan un leve aumento de casos en comparación con los varones, sin diferencia en los demás rangos de edad. Además, existe un riesgo triplicado que se manifieste durante el período gestacional principalmente en el tercer trimestre de embarazo y en el postparto inmediato y mediato. Adicionalmente, los pacientes diabéticos, hipertensos e inmuno deficientes tienen un riesgo mayor de sufrir esta patología y al padecerla el 10% sufren recidivas. (Sánchez M, 2016)

### **6.3 Etiopatogenia**

Tomando como referencia (Crovetto L, 1999) Podemos agrupar las parálisis faciales en:

#### **1. Parálisis faciales idiopáticas:**

- a) Parálisis facial de Bell
- b) Síndrome de Melkersson-Rosenthal

#### **2. Parálisis faciales primarias:**

- a) Síndrome de Ramsay-Hunt y otras infecciones virales
- b) Tumores del nervio facial

#### **3. Parálisis faciales secundarias:**

- a) Procesos óticos:
  - ❖ Otitis externa maligna
  - ❖ Otitis medias inespecíficas
  - ❖ Otitis tuberculosa
- b) Traumáticas y iatrogénicas
- c) Tumores extra faciales:

- ❖ Ángulo pontocerebeloso
- ❖ Intratemporales
- ❖ Extra temporales

d) Enfermedades infecciosas no víricas y sistémicas.

#### **6.4 Anatomía**

El nervio facial o VII par craneal es un nervio mixto con origen aparente en el surco bulboprotuberancial del tronco del encéfalo mediante dos raíces: la raíz motora principal y el nervio intermedio con fibras sensitivas y vegetativas parasimpáticas. Juntas, perforan las meninges y entran por el conducto auditivo interno al nerviducto del facial en el peñasco del temporal que recorre en tres tramos, hasta alcanzar el agujero estilomastoideo que le permite salir del cráneo. (Archiles, 2018-2019)

Entre el primer y segundo trayecto del nervio facial hay una acodadura con el ganglio sensitivo o geniculado, atravesado por el nervio intermedio y del que sale el nervio petroso mayor, destinado al ganglio parasimpático pterigopalatino y a las glándulas lacrimal y salivatorias sublingual y submaxilar. (Archiles, 2018-2019)

Del segundo segmento del facial se origina el nervio estapedial destinado al músculo del estribo en el oído medio (Archiles, 2018-2019)

El tercer y último segmento del facial recibe al nervio de la cuerda del tímpano, que entró en la cavidad timpánica por la fisura petrotimpánica procedente del nervio mandibular del trigémino con información gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua. (palacios i. d., 2012)

#### **6.5 Bases Neurofisiológicas**

La exploración neurofisiológica nos permite evaluar en todo momento el estado funcional del nervio, el tipo de lesión, su intensidad, su localización e incluso predecir su evolución. La lesión correspondiente a una neuroapraxia, desmielinización focal o ambas provoca una debilidad facial ipsilateral que suele remitir en algunas semanas o meses. La axonotmesis, pura o mixta (asociada a alguna de las anteriores), es de presentación infrecuente y entraña un pronóstico más sombrío,



bien por falta de una regeneración nerviosa o por ser ésta aberrante y provocar sin cinesias. Destaca una característica electro clínica común a todas las lesiones nerviosas: la capacidad que todo nervio motor tiene de seguir siendo estimulado a pesar de su sección física o funcional durante los primeros 8-10 días. A partir del 5.º o el 6.º día comienzan a alterarse paulatinamente ciertos parámetros del nervio y se refleja la degeneración walleriana del cabo distal. Establecer el mecanismo fisiopatológico implicado y la intensidad de la lesión permiten conocer su pronóstico (Ponce, 2009)

### **6.6 Diagnóstico Topográfico**

El nervio facial es fundamentalmente un nervio motor con un pequeño componente sensitivo (nervio intermediario de Wrisberg), que conduce la información sensitiva del gusto desde los dos tercios anteriores de la lengua a través del nervio lingual y la cuerda del tímpano. El núcleo motor del nervio facial se sitúa anterior y lateral al núcleo del IV par y las fibras infraprotuberanciales rodean a dicho núcleo (rodillas del facial) antes de emerger de la protuberancia. Posteriormente, el nervio facial recorre el conducto auditivo interno junto con el nervio acústico. Los datos anatomofisiológicos permiten localizar con precisión el lugar donde ocurren las lesiones del nervio facial.

La parálisis facial central, supra nuclear o de neurona motora superior, frecuentemente acompañada de hemiplejía del mismo lado, afecta al movimiento voluntario de la parte inferior de la cara, pero a los músculos frontal y orbicular de los párpados, por su control bilateral. Además, suelen ser normales los movimientos faciales reactivos e emociones. La parálisis facial nuclear frecuentemente se asocia a déficit de vías largas y afectación del IV par. La neurona motora inferior, origina la pérdida del movimiento voluntario y emocional en todos los músculos faciales del lado afectado, tanto superior como inferior.

La cara es asimétrica tanto en reposo como en los intentos de movimiento voluntario; las arrugas de la frente están borradas, la hendidura palpebral está ampliada, el cierre de los ojos es imposible en el lado afectado y, al intentar cerrar los párpados, la contracción sinérgica fisiológica del recto superior hace girar hacia arriba el globo ocular y se descubre la esclerótica (fenómeno de Bell); la posición descendida del párpado inferior. (Archiles, 2018-2019)

En parálisis ligeras, al cerrar los ojos con fuerza, se aprecian mejor las pestañas en el lado afectado (signo de Souques). La respuesta motora del reflejo corneal y el reflejo de oclusión de los párpados a la amenaza están disminuidos o abolidos, aunque es normal la sensibilidad corneal. La parálisis de la parte inferior de la cara se reconoce por el borrado del pliegue nasogeniano, la caída de la comisura labial, la retracción de la boca hacia el lado sano, la incapacidad para sonreír, hinchar la mejilla del lado paralizado o para silbar; se dificulta la articulación de la palabra y los alimentos se retienen entre las mejillas y las encías. La asimetría de la boca hace que la lengua parezca desviada al ser protruida, pero se aprecia que está en la línea media si se compara su situación con la de los dientes. Si la lesión es proximal al nervio petroso superficial mayor, se afecta la secreción lagrimal. Si la lesión es proximal al nervio estapedio, se producirá hiperacusia o intensificación molesta de la percepción de ruidos; se pierde el reflejo audiométrico del estapedio. Si la lesión es proximal a la cuerda del tímpano (fractura de peñasco, infecciones del oído medio), se pierde el gusto en los dos tercios anteriores de la hemilengua.

Estos síntomas acompañantes de la parálisis facial no existen en las lesiones del agujero estileomastoideo o de la glándula parótida. Debe señalarse que las valideces del diagnóstico topográfico basado en estos criterios tienen limitaciones.

## 6.7 Clasificación

**Tabla 1** Clasificación de House Brackmann y Sistema Convencional de Clasificación de la parálisis facial

Sistema de House Brackman		Sistema convencional de calificación	
Grado	Descripción	Calificación	Descripción
<b>I</b>	Función facial normal en todas sus áreas	<b>3</b>	Normal
<b>II</b>	<p><b>Disfunción leve Global:</b>                      Debilidad superficial notable a la inspección cercana.                      Puede haber mínima sincinesias.                      Al reposo, tono y simetría normal.                      Movimiento frente: movimientos moderados a ligeros.                      Ojo: cierre completo con mínimo esfuerzo.                      Boca: asimetría mínima al movimiento</p>	<b>2</b>	<p><b>Paresia leve:</b>                      Asimetría al movimiento,                      simetría en reposo</p>
<b>III</b>	<p><b>Disfunción leve a moderada:</b>                      Global: obvia, pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad.                      Existencia de sincinesias y/o aumento del tono de músculos faciales.                      Movimiento frente: movimientos moderados.                      Ojo: cierre completo con esfuerzo                      Boca: ligera debilidad con el máximo esfuerzo.</p>		
<b>IV</b>	<p><b>Disfunción moderada a severa:</b>                      Global: obvia y/o asimetría desfigurativa.                      Al reposo asimetría.                      Movimiento frente: ninguno.                      Ojo: cierre incompleto.                      Boca: asimetría al esfuerzo.</p>	<b>1</b>	<p><b>Paresia moderada:</b>                      Asimetría al reposo y en actividad</p>

Sistema de House Brackman		Sistema convencional de calificación	
Grado	Descripción	Calificación	Descripción
V	<b>Disfunción severa:</b> Global: solamente movimientos apenas perceptibles. Asimetría al reposo. Movimiento frente: ninguno. Ojo: cierre incompleto. Boca: movimientos ligeros.	0	<b>Parálisis total:</b> Asimetría al reposo y al movimiento
VI	<b>Parálisis total:</b> Ningún movimiento		

**Fuente:** Extraído de House Brackman, 1949.

### 6.8 Discapacidad física-Social, facial

En el informe Mundial sobre la Discapacidad la OMS menciona que esta forma parte de la condición humana: casi todas las personas en algún punto de su vida experimentarán la discapacidad sea de manera transitoria o permanente. (Moraes M, 2001)

Aunque en la mayoría de los casos la aparición de una parálisis facial periférica no altera ninguna capacidad relevante para el desarrollo de la vida cotidiana, la experiencia es siempre traumática; incluso en ciertos casos se requiere un proceso de redefinición de las relaciones sociales y profesionales, así como de la propia identidad. El fundamento principal del padecimiento tras una parálisis facial periférica radica en que el rostro es una de las partes del cuerpo más relevantes en la esfera social; por un lado, es la parte que más nos identifica como individuos y, por otro lado, es una entidad fundamental en relación con la imagen que tenemos de nosotros mismos y que la tienen los demás; finalmente, es un elemento primordial en el proceso de interacción social. (Cervantes, 2019)

No obstante, a pesar de que se acepta que la parálisis facial periférica puede provocar una discapacidad, una afectación psicológica y una disminución en la calidad de vida, en la práctica clínica habitual se utilizan generalmente instrumentos de medida que solamente valoran la

deficiencia, restando importancia al grado de discapacidad que provoca, el impacto en la calidad de vida y en la percepción subjetiva del paciente. Diversos autores demuestran una afectación psicológica y, sobre todo, una disminución en la calidad de vida de estos pacientes, aunque otros no observan tales asociaciones. (Chiarion S, 2014)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada como marco conceptual para el Informe de Discapacidad, “define la discapacidad de manera genérica que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación” (De Diego J, 2001).

La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social) por ello la discapacidad es un proceso mayor que engloba la interacción física de una persona con alteración de la salud y el medio en el que se desenvuelve incluyendo factores personales y ambientales. (P & López D, Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas., 2010)

### **6.9 Secuelas de la Parálisis Facial.**

La frecuencia de aparición de secuelas se encuentra en torno al 30%, lo que hace que la mayoría de pacientes recupere su función o presente paresias residuales; la aparición de secuelas depende de múltiples factores: la causa que ha producido la parálisis facial, la intensidad de la afectación nerviosa, el tratamiento que se realiza y el factor individual del paciente; éste último se refiere a que en condiciones similares no todos los pacientes tienen la misma respuesta. (Martínez P, 2005-2006)

El tratamiento que se realiza; mientras más temprano se utilice el corticoides habrá mayor probabilidad de recuperación, aunque es aconsejable realizarlo desde el primer día. Factor individual; Tsai menciona que los niños tienen mayor capacidad de recuperación, estudio 289 episodios de PF a un grupo le administró corticoides y a otro grupo no, obtuvo una recuperación completa en el 85,4% de los niños, sin diferencias significativas entre los que recibieron el tratamiento y los que no. (Zarrans J, 2003)

En adultos el porcentaje de recuperación está en 71%. En los pacientes con parálisis facial se presentan complicaciones y secuelas dentro de ellas: parálisis muscular, contracturas musculares, sincinesias o movimientos asociados, espasmo hemifacial, mioquimias, síndrome de hiperlagrimación gustativa (síndrome de las lágrimas de cocodrilo), manifestaciones oculares. (cols., 2015)

Si la lesión se limita a la Neuropatía, se resolverá en unas pocas semanas y generalmente sin secuelas; sin embargo cuando hay un grado mayor de lesión axonal y degeneración walleriana, existe la probabilidad de que haya una regeneración anormal en un número variable de los mismos. (P & López D, Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas, , 2010)

Los errores de regeneración en un nervio motor como el facial puede ser de dos tipos: que un axón, generado en una moto neurona, que previamente activaba a un músculo, ahora termine en otro músculo, y que un axón se divida en dos o más ramas y pase a inervar diferentes músculos con acciones antagonistas. En el caso del nervio facial la regeneración de axones puede cometer errores no solo con axones motores sino también con axones del nervio intermediario de Wrisberg, de manera que axones parasimpáticos pueden alcanzar placas motoras y axones motores entrar en los funículos parasimpáticos y alcanzar la glándula lagrimal o receptores gustativos. (P & López D, Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas., 2010)

## **7-HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

Si se aplica un registro médico validado que permita seleccionar la evidencia clínica y epidemiológica, se podrá determinar una correcta evaluación y pronóstico de los pacientes afectados con parálisis facial periférica atendidos en el Hospital Aldo Chavarría.

## **8-DISEÑO METODOLÓGICO**

### **8.1 Tipo de estudio**

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

### **8.2 Área y período de estudio**

La presente investigación se realizó en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, departamento de Managua, situado en el kilómetro 5.

El área de estudio de la presente investigación estuvo centrada en los pacientes con Parálisis Facial periférica que asistieron al Hospital Aldo Chavarría durante el periodo comprendido de enero a junio 2020.

### **8.3 Universo y Muestra**

#### **Universo:**

La población objeto de estudio fue definida por todos los pacientes que asistieron con parálisis facial en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría durante el período comprendido enero a junio 2020.

#### **Muestra:**

El tamaño de la muestra en el presente estudio, se corresponde con el criterio de censo de todos los pacientes disponibles para la población de estudio que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El total de pacientes seleccionado en este estudio fue de 56 pacientes.



## **8.4 Criterios de Inclusión y Exclusión**

### **Criterios de inclusión**

- Parálisis facial periférica ocurrida durante el periodo de estudio.
- Terapia física realizada en el hospital Aldo Chavarría.
- Afectación neurológica limitada al VII par craneal.

### **Criterios de exclusión**

- Parálisis Facial Periférica recidivante.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento con toxina botulínica o acupuntura.
- Abandono de terapia física.
- Pacientes con alteraciones mentales o psiquiátricas.
- Etiología traumática.
- No aceptar el consentimiento informado.

## **8.5 Definición y Operacionalización de variables (MOVI):**

VARIABLES POR OBJETIVOS:

### **1. Analizar el perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Hospital Aldo Chavarría durante el periodo comprendido de enero a junio 2020.**

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia
- Escolaridad.
- Estado civil.

### **2. Determinar las características de los grados de afectación del nervio facial usando la escala House-Brackman.**

- Normal
- Paresia leve.
- Paresia moderada.
- Paresia total.

- 3. Determinar las características de los grados de afectación del nervio facial usando la escala House-Brackman según el sexo y la edad en pacientes con parálisis facial periférica en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría durante el periodo comprendido de enero a junio 2020.**
  
- 4. Establecer los grados de afectación y el Índice de Discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, durante el período comprendido de enero a junio 2020.**
  - I Función normal.
  - II Disfunción leve.
  - III Disfunción leve a moderada.
  - IV Disfunción moderada a severa.
  - V Disfunción severa.
  - VI Parálisis total.

## 9-PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS

### Plan de Tabulación

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos de **tipo descriptivo**, se limitó solamente a especificar los cuadros de salida que se presentarán según el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables a destacarse.

Para este plan de tabulación se determinaron primero aquellas variables que ameritan ser analizadas individualmente o presentadas en cuadros y gráficos.

### Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (*cuantitativas o cualitativas*) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos. Se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a: (a) para las variables nominales transformadas en categorías: El análisis de frecuencia, (b) para las variables numéricas (continuas o discretas) se realizaron las estadísticas descriptivas, enfatizando en el Intervalo de Confianza para variables numéricas.

Además, se realizaron gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano, (c) gráfico de cajas y bigotes, que describan en forma clara y sintética, la respuesta de variables numéricas, discretas o continuas.

**Tabla 2***Operacionalización de Variables*

<b>N°</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariable o Dimensión</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
1	Describir las características demográficas en pacientes con parálisis facial periférica.	<b>Características demográficas</b>	<b>Edad</b>	Periodo en que transcurre, desde su nacimiento hasta el momento actual.	-Análisis del expediente clínico -Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa distreta	Años cumplidos
			<b>Sexo</b>	Condición orgánica del individuo para fecundar.	-Análisis del expediente clínico -Ficha de recolección de datos.	Cualitativa nominal	1. Femenino 2. Masculino

*Operacionalización de Variables*

N°	Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariable o Dimensión	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
1	Describir las características demográficas en pacientes con parálisis facial periférica.	<b>Características demográficas</b>	<b>Escolaridad</b>	Se basará en el nivel escolar de los participantes al momento del estudio.	-Análisis del expediente clínico. -Ficha de recolección de datos.	Cualitativa Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Universitario
			<b>Estado Civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones familiares.	- Análisis del expediente clínico. -Ficha de recolección de datos.	Cualitativa Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo

*Operacionalización de Variables*

<b>N°</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariable o Dimensión</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
2	Determinar las características de los grados de afectación del nervio facial usando la escala House-Brackman según el sexo y la edad en pacientes con parálisis facial periférica.	Características de los grados de afectación del nervio facial según escala House –Brackmann.	Escala de House Brackmann	Lesión del nervio facial que se manifiesta en la alteración del movimiento facial el cual es evaluado por Regiones, y clasificado en VI grados.	- Análisis del expediente clínico. -Ficha de recolección de datos.	Cualitativa Ordinal	1-Grado I 2-Grado II 3-Grado III 4-Grado IV 5-Grado V 6-Grado VI

*Operacionalización de variables*

<b>N°</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariable o Dimensión</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
3	Establecer los grados de afectación y el Índice de Discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica.	Características de la discapacidad facial.	Escala Índice de Discapacidad Facial	Resultado de la alteración de la función del nervio facial que conlleva a la alteración de las actividades Físicas y sociales, facial.	- Análisis del expediente clínico. -Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa Distreta	0-100

## **10-MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN**

La presente investigación se adhiere al **Paradigma Socio-Crítico**, de acuerdo a esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. No existe, de este modo, una teoría pura que pueda sostenerse a lo largo de la historia. Por extensión, el conocimiento sistematizado y la ciencia se desarrollan de acuerdo a los cambios de la vida social.

La praxis, de esta forma, se vincula a la organización del conocimiento científico que existe en un momento histórico determinado. A partir de estos razonamientos, la teoría crítica presta especial atención al contexto de la sociedad (Pérez Porto, 2014).

### **Procedimiento para recolección de datos e información:**

El autor elaboró una ficha de recolección de datos en el cual se especifican las variables a estudiar, esta se utilizó como instrumento para el llenado de la base de datos y el análisis de la información obtenido de la revisión en el expediente clínico a través de la historia clínica.

Una vez completada la ficha se procedió al llenado de la base de datos y al análisis de la información.

### **Consideraciones éticas**

Se realizó la investigación de acuerdo con las recomendaciones dadas para la investigación biomédica en humanos adoptadas por la 18 asamblea médica mundial en Helsinki en 1964 y revisiones posteriores y con la resolución No. 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas. Técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Se recolectó la información de expedientes clínicos y los datos obtenidos solo se utilizaron con fines académicos, no se divulgarán ni mostrarán sin la aprobación de las autoridades éticas.

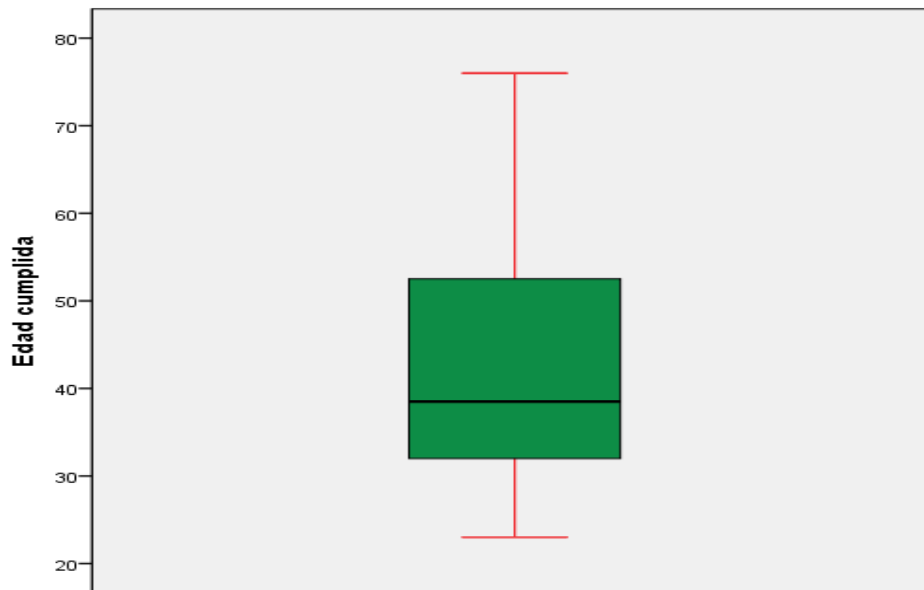


## 11-RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos en el estudio de investigación:

### Figura 1

*Características demográficas en pacientes con parálisis facial periférica.*



Fuente: Base de datos

En la figura, se presenta la edad, quienes tienen un promedio de 38 años, con un intervalo de confianza para la media al 95%, con un Límite Inferior (L.I.) de 23 y un Límite Superior (L.S.) de 76 años. En la figura, se presenta el gráfico de caja y bigotes, que permite interpretar un rango intercuartílico (Q3 - Q1) que acumula el 50 % del paciente en el servicio de fisioterapia, **entre 23-76 años.**

**Tabla 3**

*Sexo del Paciente que asistió con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	28	50.0%
Femenino	28	50.0%
Total	56	100.0%

Fuente: Base de datos

En cuanto al sexo, prevaleció en igual frecuencia el femenino con 50% (28) y masculino 50% (28).

**Tabla 4**

*Edad de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
20-30	11	19.6%
31-40	18	32.1%
41-50	8	14.3%
51-60	10	17.9%
60+	9	16.1%
Total	56	100.0%

Fuente: Base de datos

En el estudio realizado se demostró que el mayor porcentaje de pacientes estudiados oscilan en los grupos etarios de 31-40 con porcentaje de 32.1% y de 20-30 años con un 19.6%

**Tabla 5**

*Ocupación de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	6	10.7%
Agricultor	9	16.1%
Ama de casa	12	21.4%
Comerciante	11	19.6%
Albañil	8	14.3%
Operador	10	17.9%
Total	56	100.0%

Fuente: Base de datos

En términos de ocupación se encontró que el 21.4% (12) es trabajadora doméstica, 19.6% (11) son comerciantes; 17.9% (10) operadores, 16.1% (9) agricultor, 14.3% (8) albañil, 10.7% (6) estudiante

**Tabla 6**

*Escolaridad de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	27	48.2%
Secundaria	23	41.1%
Superior	6	10.7%
Total	56	100.0%

Fuente: Base de datos

El 48.2% de las pacientes del estudio cursaban la primaria, el resto (41.1%) secundaria y la minoría cursaba superior (10.7%).

**Tabla 7**

*Procedencia de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	44	78.6
Rural	12	21.4
Total	56	100.0

Fuente: Base de datos

En la procedencia, 76 % (44) son del área urbana, en cambio el 21.4% (12) fue del área rural

**Tabla 8**

*Estado Civil de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	27	48.2
Casado	23	41.1
Viudo	6	10.7
Total	56	100.0

Fuente: Base de datos

En el estado civil, se encontró que el mayor porcentaje con 41.1% (23) casado/a, 48.2 % (27) soltero/ viudo el 10.7% (6)

**Tabla 9**

*Contingencia entre House Brackmann \*Sexo para ver grado de afectación de los pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría.*

Grado de Afectación	sexo		Total
	Masculino	Femenino	
I Normal	0	5	5
II Leve	0	13	13
III Leve a moderada	2	8	10
IV Modera a severa	12	2	14

V Severa	8	0	8
VI Total	6	0	6
Total	28	28	56

Fuente: Base de datos

Según el grado de afectación funcional y el sexo se encontró en igual frecuencia 28 (50%) según sexo, pero en diferentes grados funcionales donde predominó la forma leve con (13) casos, leve a moderada (8) casos, normal (5) casos, moderada a severa (2) casos, en el sexo femenino en diferente correspondencia con el sexo masculino los de más afectación son:

Moderada a severa (12) casos, severa (8), casos, total (6) casos, leve a moderada (2) casos.

### Correlaciones

		House Brackman	sexo
House Brackman	Correlación de Pearson	1	-.811**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	56	56
sexo	Correlación de Pearson	-.811**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	56	56

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Base de datos

**Tabla 10**

*Contingencia entre House Brackmann\*grupo etario para ver grado de afectación de los pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

		Grupo Etario					Total
		20-30	31-40	41-50	51-60	60+	
House Brackmann	I	1	0	0	1	3	5
	II	0	0	0	8	5	13
	III	0	3	6	1	0	10
	IV	3	11	0	0	0	14
	V	6	2	0	0	0	8
	VI	1	2	2	0	1	6
Total		11	18	8	10	9	56

Fuente: Base de datos

En el estudio realizado se demostró en cuanto al grado de afectación según grupo etario, que la mayor incidencia en frecuencia de pacientes estudiados oscilaba en los grupos de 31-40 años. Grado IV (11) casos, III (3) casos, V (2) Y VI (2) casos. De 20-30 años. Grado V (6) casos, IV (3) casos Y VI (19) caso respectivamente. De 41-50 años. Grado III (6) casos, VI (2) casos. De 51-60 años. Grado II (8) casos , I Y II(1) caso, seguido de grupos mayores de 60 años, Grado II(5)casos , I(3) casos, VI (1) .

<b>Correlaciones</b>			
		House Brackmann	grupo etario
House Brackman	Correlación de Pearson	1	-.650**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	56	56
grupo etareo	Correlación de Pearson	-.650**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	56	56
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Base de datos

La prueba de asociación de Pearson aportó las evidencias estadísticas de un Valor de  $P= 0.01$  el cual es mayor que el nivel crítico de comparación  $\alpha= 0.05$ , esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de asociación de Pearson demostró que si existe asociación significativa entre la escala de House Brackmann y el grupo etario.



**Tabla 11**

*Contingencia entre House Brackmann\*grupo etario para ver grado de afectación de los pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría.*

Diagnóstico/grupo etario	Diagnóstico		Total
	PFPD	PFPI	
20-30	6	5	11
31-40	9	9	18
41-50	3	5	8
51-60	3	7	10
60+	4	5	9
Total	25	31	56

Fuente: Base de datos

En el estudio realizado según grupo etareo y diagnóstico topográfico demostró que la mayor incidencias de pacientes estudiados oscilan en los grupos etarios de 31-40 años, con igual frecuencia para parálisis facial periférica derecha e izquierda(9)casos, de 20-30 años (6) casos parálisis facial periférica derecha, (5) casos, parálisis facial periférica izquierda, de 51-60 años(7) casos parálisis facial periférica izquierda,(3)casos parálisis facial periférica derecha, mayor de 60 años (5) casos, parálisis facial periférica izquierda,(4) casos parálisis facial periférica derecha.

### Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Phi	.173	795
Nominal V de Cramer	.173	795
N de casos válidos	56	

Fuente: Base de datos

La prueba de asociación V de Cramer aportó las evidencias estadísticas de un Valor de  $P= 795$  el cual es mayor que el nivel crítico de comparación  $\alpha= 0.05$ , esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de asociación de V de Cramer demostró que si existe asociación significativa entre el grupo etario y diagnóstico.

**Tabla 12**

*Contingencia entre Sexo \*Diagnóstico para ver grado de afectación de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

Sexo	Diagnóstico		Total
	PFPD	PFPI	
Masculino	12	16	28
Femenino	13	15	28
Total	25	31	56

Fuente: Base de datos

En el estudio realizado se demostró igual frecuencia de afectación según sexo, masculino y femenino, pero diferencia en la incidencia diagnóstica topográfica. (16) casos de parálisis facial periférica izquierda, sexo masculino, (15) casos en sexo femenino. (13) casos de parálisis facial periférica derecha sexo femenino, (12) casos en sexo masculino.

**Tabla 13**

*Contingencia entre escala House Brackmann\*Diagnóstico para ver grado de afectación funcional de los Pacientes que asistieron con diagnóstico de Parálisis Facial periférica al Hospital Aldo Chavarría*

**House Brackmann \* diagnóstico**

		Diagnóstico		Total
		PFPD	PFPI	
House Brackmann	I	3	2	5
	II	4	9	13
	III	5	5	10
	IV	7	7	14
	V	4	4	8
	VI	2	4	6
Total		25	31	56

Fuente: Base de datos

Según el grado de afectación funcional y el diagnóstico topográfico mayor incidencia de frecuencia de parálisis facial periférica izquierda (31), grado II (9), casos, IV(7) casos, IV(7) casos, III(5) casos, V(4) casos, VI(4) casos. Parálisis facial periférica derecha (25), Grado IV (7) casos, III (5)casos, II(4) casos(4)casos,(3) casos, VI(2) casos.

### Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Phi	.197	.825
Nominal V de Cramer	.197	.825
N de casos válidos	56	

Fuente: Base de datos

La prueba de asociación V de Cramer aportó las evidencias estadísticas de un Valor de  $P = .825$  el cual es mayor que el nivel crítico de comparación  $\alpha = 0.05$ , esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de asociación de V de Cramer demostró que si existe asociación significativa entre la escala House Brackmann y diagnóstico

## 12-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se estudiaron un total de 56 pacientes que se le realizaron terapias y grado de afectación de parálisis facial en pacientes que asistieron al Hospital Aldo Chavarría durante el período comprendido de enero a junio 2020.

### **Principales Hallazgos a partir de los Resultados obtenidos.**

El presente estudio evaluó el comportamiento clínico y epidemiológico en pacientes con parálisis facial periférica atendidos en consulta externa del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría durante el período comprendido de enero a junio de 2020. Los resultados del estudio se contrastaron con investigaciones similares a nivel internacional y nacional para permitir el análisis adecuado de los resultados obtenidos.

Como se puede observar en relación a las características sociodemográfica de los pacientes estudiados en lo concerniente a la edad, predominó una media de 31 años , y respecto al sexo, con resultados similares 50% para el sexo masculino y 50% sexo femenino, de ocupación ama de casa, escolaridad primaria , área urbana y estado civil soltero lo cual se correlaciona con el estudio realizado por( Molina G, 2016), quienes encontraron la mayor población de sus estudios en estos rangos de edades y con igual frecuencia en sexo, sin embargo, cabe señalar que no se relaciona con la escolaridad en este estudio, ya que predomina la educación superior universitaria 40.6% y en términos de ocupación se encontró que el 31.25% es trabajador/a formal, 25% es ama/a de casa; los trabajadores informales se agrupan en 15.6%, estos resultados difieren de los obtenidos por Alegre y Vidal (2006) en donde se encontró que la mayoría de las pacientes en su estudio eran amas de casa y con nivel escolar básico.

Al evaluar la afectación funcional Según el grado de afectación predominó la forma moderado severo con (14) casos, (25%), leve 13 casos (23.21%), moderado 10 casos (17.86%), severa 8 casos (14.29%), total 6 casos (10.71%) y normal 5 casos (8.93%). Estos resultados se relacionan con otros estudios (Estefany Cáceres 2018). Que estable frecuencia similar según afectaciones funcionales de predominio moderado a severo en pacientes de estudio con parálisis facial periférica.

### **13- LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Dentro de las limitaciones que se encontraron una de ellas fue el acceso de los expediente en tiempo y forma, ya que el personal de estadística estaba de subsidio.

### **14-RELACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS CONCLUSIONES DE OTRAS INVESTIGACIONES**

El presente estudio realizado sobre el perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial sus principales resultados fueron, que se logró determinar en relación a las características demográficas de los pacientes estudiados en lo concerniente a la edad, predominó una media de 38 años, con una edad en grupo etario 31-40 años con 32.1 % y respecto al sexo, predominó a igual frecuencia con 50% igualmente para el masculino y femenino estos datos se relacionan con el estudio realizado en Guatemala por (Morales Lopez, 2014) describe en el estudio realizado donde predomina el sexo masculino y con una media de 42 años.

### **15-APLICACIONES E IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.**

En la presente investigación con el objetivo de analizar los resultados del perfil clínico y epidemiológico en parálisis facial con pacientes del servicio de consulta externa en el hospital de Rehabilitación Nacional Aldo Chavarría, durante el periodo comprendido de enero a junio 2020. Con una muestra de 56 pacientes, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, se analizaron los datos sobre aspectos demográficos, y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones:

Al evaluar el grado de afectación funcional y sexo en la población de estudio, se encontró en igual frecuencia 28 (50%) según sexo femenino y masculino, pero en diferente grados funcionales donde predominó la forma leve con (13) casos, leve a moderada (8) casos, normal (5) casos, moderada a severa (2) casos, en el sexo femenino en diferente correspondencia con el sexo masculino las de más afectación son Moderada a severa (12) casos, severa (8),casos, total (6)casos, leve a moderada(2) casos. Relacionado con otros estudios internacionales (Estefany

Cáceres 2018) en donde la frecuencia según el sexo es en igual proporción pero varía el nivel de funcionalidad con predominio moderado en el sexo femenino y severo en masculino.

Al evaluar el grado de afectación y grupo etario, en la población de estudio las mayores incidencias en frecuencia de pacientes estudiados oscilaban en los grupos de 31-40 años. Grado IV (11) casos, III (3) casos, V (2) Y VI (2) casos. De 20-30 años. Grado V (6) casos, IV (3) casos Y VI (19) caso respectivamente. De 41-50 años. Grado III (6) casos, VI (2) casos de 51-60 años Grado II (8) casos, I Y II (1) caso, seguido de grupos mayores de 60 años años. Grado II (5) casos, I (3) casos, VI (1), no correlacionado con el estudio de (Estefaniy Cáceres 2018) el cual refleja que el grupo etario más afectado está entre los 20-40 años y el grado de afectación funcional es grado III de leve a moderada.

En relación al diagnóstico topográfico y grupos etarios demostró que las mayores incidencias de pacientes estudiados oscilan en los grupos etarios de 31-40 años, con igual frecuencia para parálisis facial periférica derecha e izquierda (9) casos, de 20-30 años (6) casos parálisis facial periférica derecha, (5) casos parálisis facial periférica izquierda, de 51-60 años (7) casos parálisis facial periférica izquierda, (3) casos parálisis facial periférica derecha, mayor de 60 años (5) casos parálisis facial periférica izquierda, (4) casos parálisis facial periférica derecha no correlacionado con el estudio de (Estefaniy Cáceres 2018) (Martínez 2018) el cual refleja que el grupo etario más afectado está entre los 20-40 años pero si correlacionado con el nivel de diagnóstico topográfico en donde predomina de igual forma que en este estudio la parálisis facial periférica izquierda.

Al evaluar frecuencia de afectación según sexo, masculino y femenino se observa igual frecuencia, pero diferencia en la incidencia diagnóstica topográfica. (16) casos de parálisis facial periférica izquierda sexo masculino, (15) casos en sexo femenino. (13) casos de parálisis facial periférica derecha sexo femenino, (12) casos en sexo masculino.

No relacionado con otros estudios internacionales (Carmen Alicia 2016), en el que refleja resultados en donde la mayor afectación de parálisis facial predominó el sexo masculino y topográficamente mayor incidencia en parálisis facial periférica derecha.

En correspondencia Según el grado de afectación funcional y el diagnóstico topográfico mayor incidencia de frecuencia de parálisis facial periférica izquierda (31), grado II (9) casos, grado IV

(7) casos, grado III (5) casos, grado V(4) casos, grado VI(4) casos grado, grado I(2). Parálisis facial periférica derecha (25), grado IV (7) casos, grado III (5) casos, grado II (4) grado V (4) casos, grado I (3) casos, VI (2) casos. Estos resultados están Relacionados con estudios (Aibby lisijon, 2015) , (Molina G, 2016) el cual concluye reflejando que topográficamente la mayor afectación es la parálisis facial periférica izquierda con mayor grado de afectación funcional de severidad grado IV, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro estudio.



## 16-CONCLUSIONES

1. El rango de edad más frecuente fue entre los 31 y 40 años con un total de 18 pacientes (32.1%), sin predominando por sexo masculino o femenino, la ocupación ama de casa con 12 casos (21.43%), escolaridad primaria 27 casos (48.21%), estado civil soltero en la misma proporción (48.21%), y se destacó la procedencia urbana 44 pacientes (78.57%).
2. En cuanto al diagnóstico topográfico, predominó la parálisis facial periférica izquierda en 31 casos (55.36%). La forma grave fue más frecuente en varones, y edades menores de 35 años
3. Según el grado de afectación funcional predominó la forma moderado severo con (14) casos, (25% %).

## 17-RECOMENDACIONES

### **A la Institución: Hospital Aldo Chavarría**

1. Realizar nuevos estudios analíticos prospectivos extensos que determinen el grado de severidad, pronóstico y consideraciones de riesgo en afectaciones de parálisis facial periférica.
2. Realizar estudios comparativos de las clasificaciones disponibles escala House brackmann en relación a los resultados clínicos de los pacientes.
3. Fomentar la importancia de realizar más trabajos investigativos en nuestra unidad de salud, sobre este tema lo que permitirá obtener pautas significativas y de gran utilidad para el abordaje de la parálisis facial periférica
4. Garantizar la elaboración e incorporación de protocolos de evaluación, diagnóstico en la parálisis facial periférica utilizando rutinaria y cotidianamente la escala de House brackmann, para dar un mejor abordaje individualizado y establecer un pronóstico previo a la prescripción de su tratamiento médico y rehabilitador con objetivos bien definidos y contribuir con la capacidad laboral activa.
5. Propiciar la utilización de cuestionarios validados y test de evaluación con el fin de poder medir la percepción de los síntomas y como repercuten en su vida laboral y actividades de la vida cotidiana.
6. Incorporar protocolos complementarios de electro diagnóstico en relación con la evolución clínica Para determinar el grado de afectación topográfico y pronóstico de secuelas en correspondencia del tiempo de evolución en pacientes con parálisis facial periférica.

## 18-BIBLIOGRAFÍA

- Martínez , P. p. (2012-2018. ). PERFIL CLÍNICO Y DEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL INCLUIDOS EN UN ESTUDIO EXPERIMENTAL. SERVICIO UNIVERSITARIO de kinesiología , Nordeste .
- A, M. (2014). Electrodiagnostico y electroestimulación de musculos denervados. Madrid, España.
- Aibby lisijon, I. A. (2015). CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICAS DE LA PARÁLISIS FACIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA PARÁLISIS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICAS DE LAMBAYEQUE – 2015. LAMBAYEQUE, Peru.
- Allende-Valenzuela, T. (2019). PERFIL PSICOMOTOR DE NIÑOS/AS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL) MIXTO DE ENTRE 5 AÑOS Y 7 AÑOS 11 MESES DE EDAD Y SU APORTE EN LA ELABORACIÓN DE INTERVENCIONES FONOAUDIOLÓGICAS INTEGRALES. *UNIVERSIDAD FINIS TERRAE: Chile*, 22-34, 42-50.
- Aludi, R. (2018). Autismo y coeficiente intelectual. Chile.
- Álvarez C, M. N. (2015). Parálisis facial periférica: Enfoque desde la medicina Física y Rehabilitación en Costa Rica. Costa Rica.
- Álvarez CA, M. N. (2015). Parálisis periférica: enfoque desde la. Costa Rica.
- Archiles, E. Á. (2018-2019). *REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN LA PARÁLISIS FACIAL. VALORACIÓN DE SU EFICACIA.*
- Becerra, C., & Ulloa, B. (2016). Perfil Psicomotor en niños, adolescentes y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista que realizan Actividad Física de la Agrupación AGANAT de Talcahuano. *Universidad Católica de la Santísima Concepción*, 11-23, 35-46.

- Campostrini, Y. (2015). Diseño gráfico como instrumento para la detección temprana y educación de niños con autismo. *Universidad Abierta Interamericana*, 2-14, 34-43.
- Carrasco, O., & Vera, F. (2014). PSICOMOTRICIDAD: EXPERIENCIAS VIVIDAS POR LOS CUIDADORES INFORMALES, PROFESORES Y KINESIÓLOGOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE JÓVENES CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA. *UNIVERSIDAD ANDRES BELLO: Chile*, 22-34.
- Cervantes, D. I. (2019). Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. Costa Rica.
- Chametla, R., & De-León, G. (2015). CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS ANTE EL TRATAMIENTO DE TERAPIA FÍSICA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON AUTISMO QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INFANTIL DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL 2013. *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO*, 22-35, 36-46.
- Chavez, V. y. (2015). *Habilidades motrices en niños con TEA*. Ecuador.
- Chiarion S, N. P. (2014). Correlacion entre eletromiografia e índice de inabilidade facial em pacientes com paralisia facial de longa duração: implicações para o resultado de tratamentos. Brasil.
- cols., B. y. (2015). Secuelas de Parálisis faciales periféricas. España.
- Concha, J. M. (2011). *tratamiento y complicaciones de fracturas diafisarias*. colombia .
- Cotrim, C. S.-a. (2017). Perfil Psicomotor de Crianças com Transtorno do Espectro Autista em Maceió. *Revista Portuguesa: Saud y sociedad, Artículo Original*, 395-410.
- Crissien, E., Fonseca, R., & et-al. (2017). características sensoriomotoras en niños con trastorno del espectro autista. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 119-125.
- Crovetto L. (1999). Parálisis idiopática, aspectos neurofisiológicos y cambios en su incidencia con relación al fenómeno El Niño. México.

- Cruz, R. L. (Marzo - junio de 2016). Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: Rev Hered Rehabilitacion .
- De Diego J, P. M. (2001). Etiopatogenia de la parálisis facial periférica idiopática o de Bell. Costa Rica.
- Dr.J.I.De Diego Sastre, D. G. (2012.). Calidad de vida, bienestar psicológico corporal en las parálisis de Bell. Madrid, España.
- Fernández J. (1993). Evaluación neurofisiológica de la Parálisis facia periférica. Barcelona, España.
- Ferrera T, H. M. (2015). Evaluación clínica y funcional de pacientes con parálisis de Bell tratados con láser. México.
- Fuentes. (2006). Guía práctica para el tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista.
- García-Hortal, C. (2017). Calidad de vida en las personas con Trastornos del Espectro del Autismo. Barcelona.
- Gomez. (2013). Perfiles Neurocognitivos del paciente autista.
- Gonzales E. (2012). 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”, tesis doctoral, Universidad de Sevilla . Sevilla, España.
- Gracia., M. J. (2019). Habilidades de Autocuidados para el desarrollo de la autonomía en el Trastorno del Espectro Autista. Montevideo.
- Jana. (2011). Lo esencial es invisible para los ojos. argentina.
- Jenaro. (2006). Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situacion de independencia. Barcelona.
- José Luis Cuesta Gómez, C. G. (2018). Calida de vida: Evaluación y Trastornos del Espectro del Autismo. Barcelona.
- Kanner, L. (2014). *Autismo Europa. Autism and work*. España.

- lopez d, q. (2010). parálisis facial periférica complicaciones y secuela barcelona. *Carmen Alicia Aboytes-Meléndez,\* Alejandro Torres-Valenzuela\*\**.
- Lopez-Alarcon, Y. (2019). ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA INTERVENCIÓN, EVALUACIÓN DEL TEA – TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA UNA MIRADA DESDE LA INTERDISCIPLINARIEDAD – REVISIÓN DOCUMENTAL. *Universidad Santiago de Cali*, 44-65, 88-90.
- Lozada, P. A. (2020). Evolución del grado de afectación del nervio facial con fisioterapia en un instituto especializado en Lima. Lima, Perú.
- Martínez P. (2005-2006). Características epidemiológicas, clínicas y electrofisiológicas. Lima, Perú.
- Mejias-Suares, R. (2019). RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y EL TONO MUSCULAR EN NIÑOS DE 3 A 8 AÑOS DEL CENTRO TERAPÉUTICO INTEGRAL FLORECIENDO DE LA CIUDAD DE TACNA, ABRIL – MAYO, 2019. *UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA: PERU*, 11-21, 33-40.
- Mendoza A, P. M. (2015). Tratamiento con acupuntura en pacientes afectados por parálisis facial periférica. *Correo Científico Médico*. México.
- Merchan, A. M. (2010). *fracturas diafisiarias del*. España.
- Molina G, O. A. (2016). Ejercicios Fisioterapéuticos Faciales Para La Recuperación. Ecuador.
- Molina L, J. (2012). *Fundamentos de medicina*. Lima: Corporación de investigadores biológicas.
- Moraes M, M. M. (2001). Parálisis facial periférica idiopática de Bell. Panamá.
- Morales Lopez, H. E. (Marzo de 2014). EVOLUCION CLINICA Y RADIOLOGICA DE FRACTURAS DE LA DIAFISIS DE HUMERO . Guatemala , Guatemala .
- P, Q., & López D, Q. J. (2010). Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas . Barcelona, España.
- P, Q., & López D, Q. J. (2010). Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas, . Barcelona, España.

- P, Q., & López D, Q. J. (2010). Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas. Barceloena, España.
- P, Q., & López D, Q. J. (2010). Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas. Barcelona, España.
- palacios, i. d. (2011). *correlacion del tratamiennto de TENS-Masoterapia en la paralisis facial periferica atendido en consulta externa del hospital aldo chavarria .*
- palacios, I. d. (2011). *correlacion del tratamiento de TENS-Masoterapia en la paralisis facial periferica atendido en la consulta externa del hospital Aldo chavarria.Managua .nicaragua.*
- palacios, i. d. (2012). *Corelacion del tratamiento TENS-Masoterapia en la paralisis facial pperiferica atendido en la consulta externa.*
- Ponce, R. P. (2009). *Correlación entre los hallazgos clínicos y la magnitud de dano del nervio facial en pacientes con paralisis de BELL en el servicio de electrodiagnostico del servicio de electrodiagnostico.*
- Puglisevich, J. (2014). Trastornos del espectro autista: Consideraciones evolutivas y lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales de intervención. *Universidad de Chile*, 15-44, 66-79.
- Rabadan, M., & Serrabona, J. (2017). EL ABORDAJE PSICOMOTRIZ EN NIÑOS CON AUTISMO. *Revsta EIPEA*, 30-37.
- Rendon, J., & Diaz, R. (2019). Perfil psicomotor de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista –TEA– del programa Habilitación Integral de la Fundación Integrar. *Universidad de Antioquia: Instituto Universtario de Educación Fisica*, 14-33.
- Ruth Vidrales Fernández. Cristina Hernández Layna, M. P. (2007). Calidad de vida y Trastorno del Espectro Autista. España.
- RUTTER, M. (1911). "*Diagnóstico y definición*", en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*. Madrid.
- Saborío IE, V. D. (2019). Abordaje de la parálisis de Bell. Málaga.

Sánchez M, C. J. (2016). Evaluación del índice clínico de función del nervio facial en pacientes con parálisi de Bell. México.

Sánchez, P. R. (2001). *Psicomotricidad en la escuela; una práctica preventiva y educativa*. Málaga.

Santos S, P. L. (2006). Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento, Rev. Neurol. Belice.

Sepúlveda-Villegas, C., & Umaña-López, L. (2018). Trastorno del espectro autista y psicomotricidad. *Pontificia Universidad Javeriana: Colombia*, 61-72.

Torrijos, J., & Quintanilla, H. (2015). ALTERACIONES TEMPRANAS DEL DESARROLLO EN NIÑOS CON AUTISMO Y RETRASO MENTAL EN EL CENTRO DE INVALIDECES MÚLTIPLES. *UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO: EL SALVADOR*, 11-14, 23-30.

VE, P. (2015). Efectividad del tratamiento rehabilitador e pacientes con parálisis del. Sevilla, España.

(2007). Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual. En S. y. Verdugo. Colombia.

Zarrans J, F. M. (2003). Parálisis y otros trastornos del nervio facial en Neurología. España: Elsevier.

Caldera, M. C. (2007). Clasificación de la parálisis facial idiopática según la escala de House Brakmann. Managua, Nicaragua.



## **19-ANEXOS**

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**Nombres y apellidos:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **sexo:** \_\_\_\_\_ **procedencia:** \_\_\_\_\_

**Fecha de ingreso:** \_\_\_\_\_

**Tiempo de enfermedad:** \_\_\_\_\_

**Fecha de evaluación:** \_\_\_\_\_

**Lado afectado:** \_\_\_\_\_

<b>ESCALA HOUSE-BRACKMANN</b>				
Puntuación	Regiones			
	Frente	Ojo	Pliegue Nasal	Comisura Labial
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.

ESCALA HOUSE-BRACKMANN				
Puntuación	Regiones			
	Frente	Ojo	Pliegue Nasal	Comisura Labial
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.

## ÍNDICE DE DISCAPACIDAD FACIAL

### SUBESCALA DE FUNCIONAMIENTO FÍSICO

**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?**

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?**

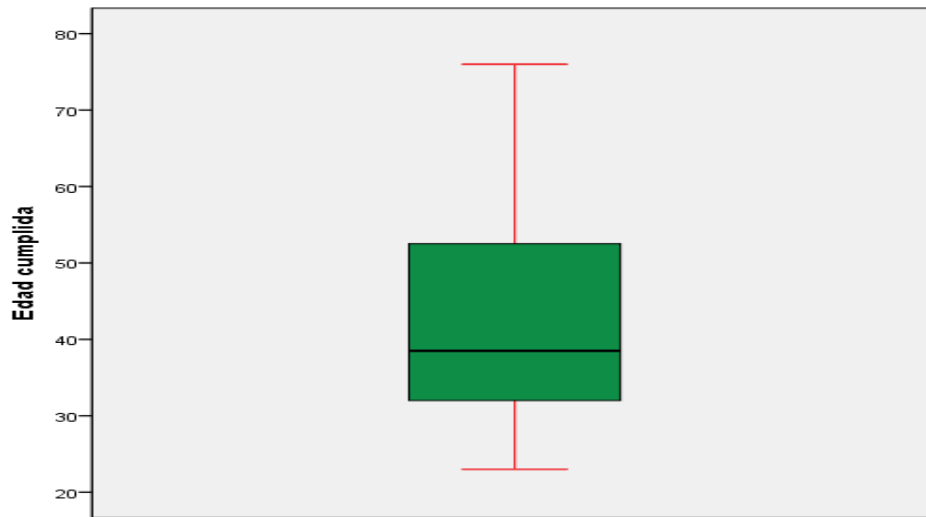
Habitualmente: 5) Sin dificultad 4) Con un poco de dificultad 3) Con algo de dificultad 2) Con mucha dificultad	Habitualmente no lo hace: 1) Por salud 0) por otra razón
---	--

**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
---	--

**Figura 1**

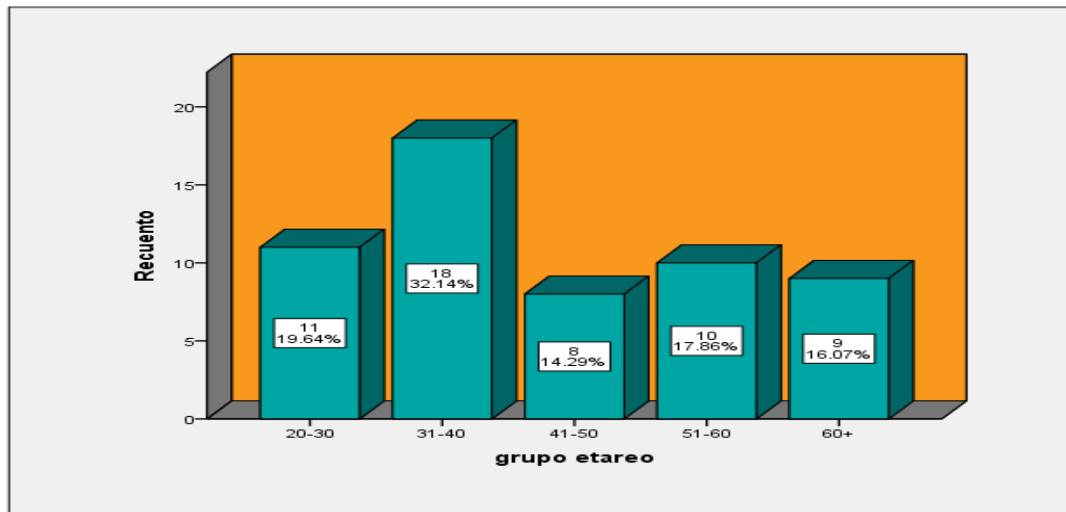
*Características demográficas en pacientes con parálisis facial periférica.*



Fuente: Base de datos

**Figura 2:**

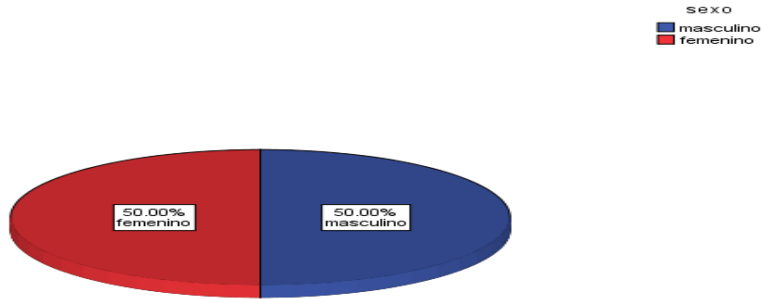
*Grupo etario de los pacientes que asistieron con parálisis facial periférica*



Fuente: Base de datos

**Figura 3**

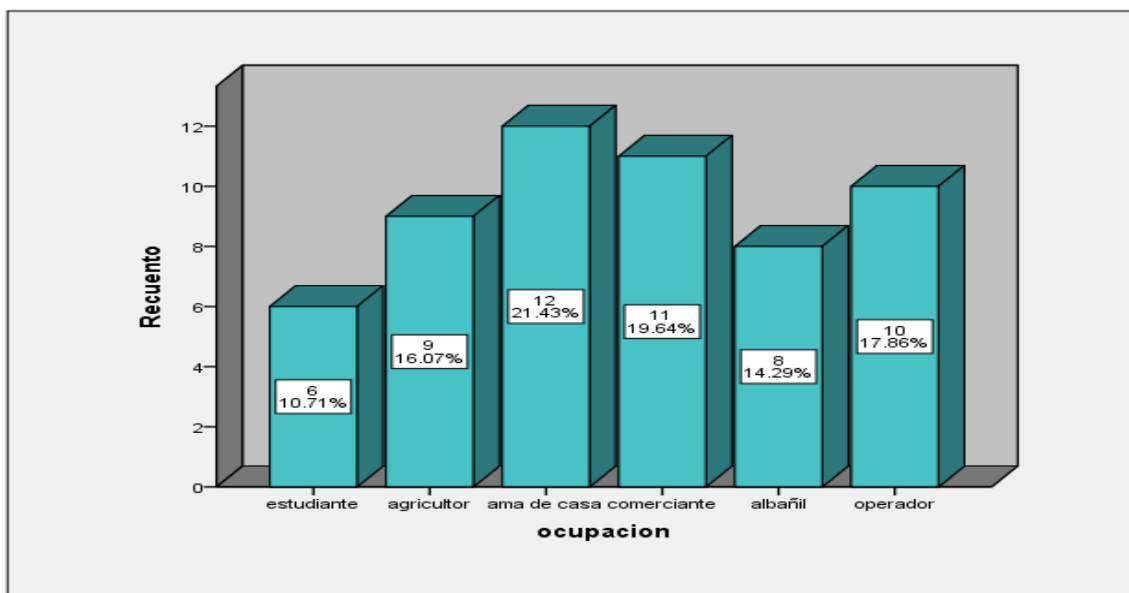
*Sexo de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica*



Fuente: Base de datos

**Figura 4**

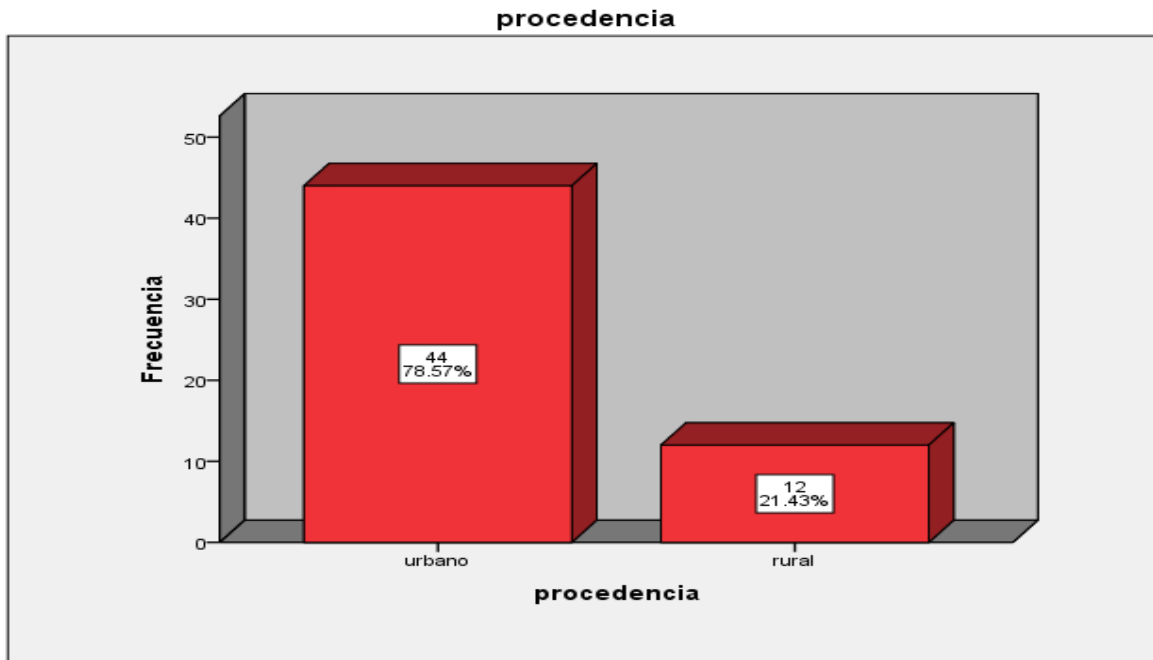
*Ocupación de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.*



Fuente: Base de datos

**Figura 5**

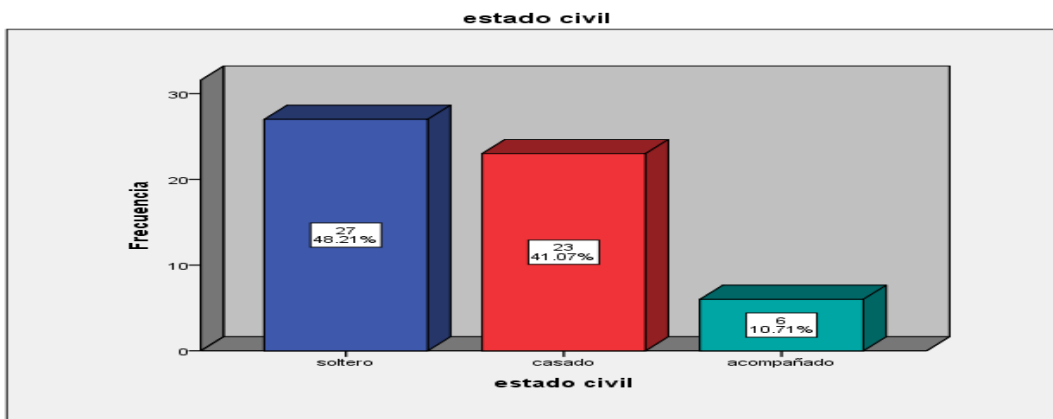
*Procedencia de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.*



Fuente: Base de datos

**Figura 6**

*Estado civil de las personas que asistieron con parálisis facial periférica.*

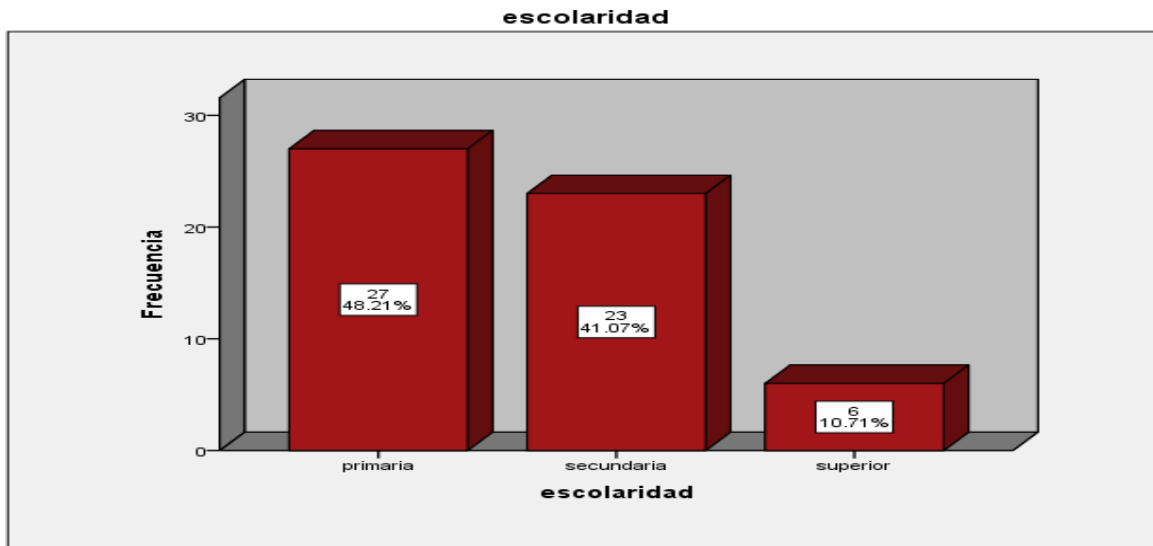


Fuente: Base de datos.



**Figura 7**

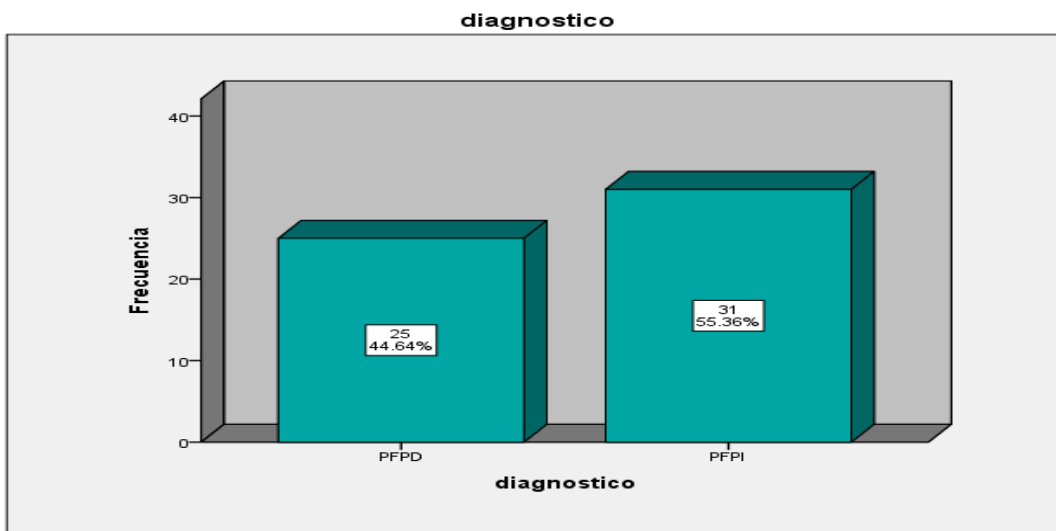
*Escolaridad de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.*



Fuente: Base de datos

**Figura 8**

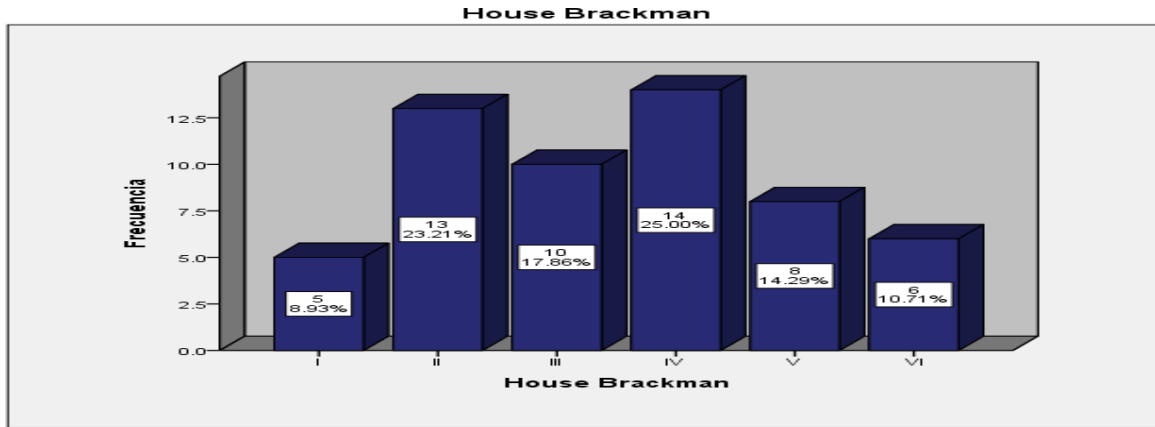
*Diagnósticos de los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.*



Fuente: Base de datos.

**Figura 9**

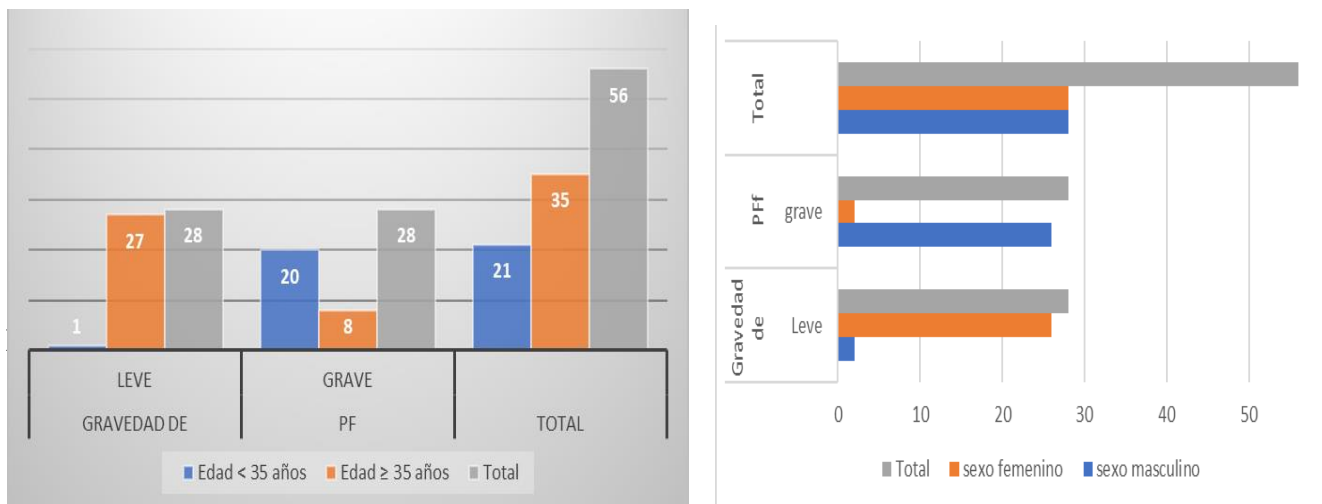
*Valoración de la escala de House Brackmann a los pacientes que asistieron al hospital con parálisis facial periférica.*



Fuente: Base de datos

**Figura 10:**

*Frecuencia de resultados en los grados de afectación del nervio facial usando la escala House-Brackman según el sexo y la edad en pacientes con parálisis facial periférica en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.*



Fuente: Base de datos

