

Parálisis de Bell

Grado de Adherencia y Estrategias de Tratamiento

Tesis de Licenciatura
Mariano Sayago

Tutora: Lic. Graciela Beatríz Tur
Asesoramiento Metodológico:
Dra. Mg. Vivian Minnaard
Lic. Rocío Pilar García

"El que no vive para servir, no sirve para vivir"

Madre Teresa de Calcuta.

A mi familia y amigos

A mis padres, Norma y Roberto, por el amor y el apoyo incondicional que me brindan día a día. Sin ellos nada sería posible.

A mis amigos por estar siempre conmigo.

A mis compañeros y amigos de la facultad con los cuales aprendí y compartí grandes momentos a lo largo de estos años.

A la Licenciada Rocío Pilar García por el apoyo constante y la ayuda para poder realizar este trabajo.

A la Dra. Mg Vivian Minnaard por acompañarme y darle forma a mis ideas durante el proceso de investigación.

A los profesores, quienes me formaron en esta hermosa profesión.

A todos los kinesiólogos que generosamente accedieron a formar parte de esta investigación.

La parálisis facial periférica, o parálisis de Bell es la causa más frecuente de parálisis facial aguda. La misma afecta al nervio facial, generando un déficit motor y sensitivo en su porción periférica, lo que produce complicaciones funcionales, estéticas y psicológicas en las personas que la sufren. Si bien es una patología de alta incidencia, aun hoy existen diferencias en el criterio de tratamiento que debe llevarse a cabo. La duración prolongada del mismo y la alta colaboración que implica por parte del paciente generan que al no percibirse avances en el proceso de rehabilitación la continuidad del tratamiento esté en riesgo.

Objetivo General: Indagar los objetivos y las estrategias que utilizan los kinesiólogos para la rehabilitación de la parálisis facial periférica, y el grado de adherencia al tratamiento, en la Ciudad de Mar del Plata durante el año 2018.

Material y métodos: Se realizó una investigación de tipo transversal, descriptiva, no experimental y cuantitativa. El muestreo es de tipo no probabilístico encuestando a 30 Licenciados en Kinesiología de la ciudad de Mar del Plata.

Resultados: La totalidad de los kinesiólogos realiza una evaluación al iniciar el tratamiento, utilizando como principales elementos la valoración de la fuerza muscular en el 63% de los casos y del tono en un 60%. En cuanto a las escalas estandarizadas de evaluación, las mismas son utilizadas en su mayoría solo por los profesionales especializados en el área de neurología. Los principales objetivos que se plantean los profesionales son reestablecer la asimetría facial del rostro y mejorar las expresiones, mantener el tono muscular, evitar sincinesias y lograr la correcta oclusión del ojo. La realización de ejercicios de mímica y la reducación muscular constituyen el pilar del tratamiento para la recuperación del paciente. En cuanto a los agentes de fisioterapia utilizados, el 100% de los profesionales utiliza termoterapia el 59% magnetoterapia, el 33% electroestimulación y solo el 7% ultrasonido. Las principales pautas de autocuidado que brindan los profesionales se basan mayormente en el cuidado del ojo y la repetición diaria de ejercicios. En cuanto al grado de adherencia al tratamiento que perciben los kinesiólogos por parte de los pacientes el 53% considera un grado medio y el 10% un grado bajo. Los principales motivos de abandono que manifestaron los profesionales fueron que el paciente no observa mejoría con 87%, la falta de motivación en un 57% y la falta de motivación junto con el desconocimiento sobre los beneficios del tratamiento con un 33%.

Conclusión: La parálisis de Bell es una patología que afecta funcional y psicosocialmente a quienes la padecen. En cuanto a los métodos de evaluación sería importante dar una mayor difusión a las escalas estandarizadas ya que las mismas permiten realizar una valoración más completa de la parálisis como así también de los posibles avances durante la rehabilitación. El tratamiento es en muchos casos un proceso prolongado que puede llevar varios meses. Los pilares del mismo se basan en la realización de ejercicios y en la prevención de complicaciones secundarias como la aparición de movimientos involuntarios de los músculos de la cara o las complicaciones oculares. Podrían considerarse como puntos fundamentales del proceso de recuperación mantener la motivación del paciente y brindar información constante sobre la patología y los tiempos de tratamiento, así como también podría considerarse la realización de un tratamiento integral que incluya asistencia psicológica con el fin de evitar el abandono del tratamiento y mejorar la autoestima de los pacientes.

Palabras claves: parálisis de Bell, tratamiento, adherencia.

Peripheral facial paralysis, or Bell's palsy, is the most frequent cause of acute facial paralysis. It affects the facial nerve, generating a motor and sensitive deficit in its peripheral portion, which produces functional, aesthetic and psychological complications in the people who suffer it. Although it is a pathology of high incidence, even today there are differences in the treatment criteria that must be carried out. The prolonged duration of the same and the high collaboration that implies on the part of the patient generate that when not perceiving advances in the process of rehabilitation the continuity of the treatment this is in risk.

General Objective: To investigate the objectives and strategies that kinesiologists use for the rehabilitation of peripheral facial paralysis, and the degree of adherence to treatment, in the City of Mar del Plata during 2018.

Material and methods: A cross-sectional, descriptive, non-experimental and quantitative research was carried out. Sampling is of a non-probabilistic type, surveying 30 graduates in Kinesiology from the city of Mar del Plata.

Results: The totality of the kinesiologists makes an evaluation when starting the treatment, using as main elements the valuation of the muscular strength in 63% of the cases and the tone in a 60%. As for the standardized assessment scales, they are used mostly by professionals specialized in the area of neurology. The main objectives of the professionals are to reestablish the facial asymmetry of the face and improve expressions, maintain muscle tone, avoid synkinesis and achieve the correct occlusion of the eye. Mimicking exercises and muscle reduction are the mainstay of treatment for patient recovery. As for the physiotherapy agents used, 100% of professionals use thermotherapy 59% magnetotherapy, 33% electrostimulation and only 7% ultrasound. The main self-care guidelines offered by professionals are based mostly on eye care and daily repetition of exercises. Regarding the degree of adherence to the treatment perceived by the kinesiologists by the patients, 53% considered a medium grade and 10% a low degree. The main reasons for abandonment expressed by the professionals were that the patient did not see improvement with 87%, the lack of motivation in 57% and the lack of motivation together with the lack of knowledge about the benefits of treatment with 33%.

Conclusion: Bell's palsy is a pathology that affects functionally and psychosocially those who suffer from it. As for the evaluation methods, it would be important to give a greater diffusion to the standardized scales since they allow a more complete assessment of the paralysis as well as of the possible advances during the rehabilitation. The treatment is in many cases a prolonged process that can take several months. The pillars of the same are based on the performance of exercises and the prevention of secondary complications such as the appearance of involuntary movements of the muscles of the face or ocular complications. They could be considered as fundamental points of the recovery process to maintain the patient's motivation and provide constant information on the pathology and treatment times, as well as the completion of an integral treatment that includes psychological assistance in order to avoid the abandonment of the treatment. treatment and improve the self-esteem of patients.

Keywords: Bell's palsy, treatment, adherence.

Introducción	1
Capítulo 1	
Parálisis de Bell.....	4
Capítulo 2	
Tratamiento Kinésico.....	12
Diseño Metodológico	21
Análisis de datos	31
Conclusiones	43
Bibliografía	51

Introducción

La parálisis facial periférica, o parálisis de Bell es la causa más frecuente de parálisis facial aguda. La misma afecta al nervio facial o séptimo par craneal, generando un déficit motor y sensitivo en su porción periférica. (Chávez et al. 2004)¹

Su incidencia promedio anual es de entre 20 a 30 pacientes cada 100.000, aunque esta patología afecta de manera similar a ambos sexos, el riesgo aumenta en las mujeres embarazadas, especialmente a aquellas que están cursando el tercer mes de gestación. (Piña, 2011)²

Según Esteban & Mohedas (2015)³ el nervio facial o VII par craneal es un nervio mixto responsable de la movilidad facial, el sentido del gusto de los dos tercios anteriores de la lengua, la sensibilidad del dorso de la oreja y el conducto auditivo externo, y forma parte del parasimpático craneal al inervar las glándulas lagrimales, glándulas sudoríparas de la cara, glándulas salivales, sublingual y submaxilar, la arteria auditiva y sus ramas y los vasos de las mucosas del paladar nasofaríngeo y fosas nasales.

Se cree que una de las principales causas de la parálisis de Bell es la activación del virus herpes simple tipo 1. Aunque también pueden existir otras causas como isquemia del nervio facial, predisposición hereditaria o exposición al frío. (Piña, 2011)⁴

Esta patología tiene un inicio repentino y sus principales signos y síntomas se manifiestan con ausencias de arrugas en el lado afectado de la cara, dolor e imposibilidad de realizar movimientos de expresión facial, presentando sensación de entumecimiento y dificultad para parpadear, por lo que, al no poder cerrar el ojo, el paciente puede llegar a presentar irritación del mismo por la exposición constante. También se convierte en una complicación el manejo de la saliva del lado afectado generando que los alimentos puedan derramarse. (Lizano Barrantes & Ortiz Ureña, 2012)⁵

En cuanto al tratamiento de la parálisis facial periférica, aun hoy existen amplias diferencias de criterio en el tipo de tratamiento kinésico que se debe emplear. En un estudio realizado por Delgado et al. (2011)⁶ se utilizó como método de tratamiento campos magnéticos y laser, agentes de fisioterapia poco usados en esta patología, combinado con masajes y ejercicios. En dicho estudio observaron que el grupo tratado con este método obtuvo una recuperación más favorable respecto al grupo control. Mientras que en una revisión sistemática realizada por La Touche, Escalante, Linares, & Mesa (2008)⁷ se hace

¹ Es la más frecuente de todas las parálisis de los nervios craneales, puede ser unilateral si afecta únicamente a un lado de la cara y en raros casos, bilateral.

² Tanto el embarazo, como la hipertensión y la diabetes están considerado factores de riesgo.

³ Los autores realizaron una guía para el tratamiento farmacológico de la parálisis según el grado de afectación de la misma.

⁴ Se encontraron valores elevados de virus herpes simple en los pacientes afectados.

⁵ La debilidad facial puede estar precedida por dolor intenso detrás de la oreja uno o dos días antes.

⁶ Este estudio busco determinar la efectividad del campo magnético y el láser en el tratamiento de la parálisis de Bell.

⁷ Esta revisión analiza distintos artículos acerca de los métodos de fisioterapia utilizados en parálisis de Bell.

hincapié en un estudio de Manikandan (2007)⁸ en el cual se le prescribe a un grupo control tratamiento de electroestimulación facial, uno de los agentes físicos utilizado habitualmente para el tratamiento de la parálisis de Bell, sin arrojar resultados positivos para los pacientes. Lo cual genera un foco de discusión sobre los métodos de tratamiento que deben utilizarse actualmente para el tratamiento de dicha afección. A su vez el autor también resalta la importancia de mantener la motivación de los pacientes para realizar y lograr finalizar el tratamiento logrando una buena evolución y evitando la deserción en el mismo. Este aspecto también se puede relacionar con el estudio realizado por Aboytes M & Torres V (2006)⁹ en el cual se puede observar una alta tasa de abandono del tratamiento de la parálisis facial periférica.

Debido entonces a la alta incidencia de la parálisis facial periférica, y a la existencia muchas veces de abandono del tratamiento se expone el siguiente problema:

¿Cuáles son los objetivos y las estrategias que utilizan los kinesiólogos para la rehabilitación de la parálisis facial periférica, y el grado de adherencia al tratamiento, en la Ciudad de Mar del Plata durante el año 2018?

Objetivo general:

Indagar los objetivos y las estrategias que utilizan los kinesiólogos para la rehabilitación de la parálisis facial periférica, y el grado de adherencia al tratamiento, en la Ciudad de Mar del Plata durante el año 2018.

Objetivos específicos:

- Determinar los objetivos descriptos por los kinesiólogos en el tratamiento de la parálisis facial periférica.
- Identificar los métodos de evaluación y las estrategias terapéuticas utilizadas.
- Indagar los signos y síntomas más frecuentes referidos por los kinesiólogos en pacientes con parálisis facial periférica.
- Evaluar los ejercicios indicados con mayor frecuencia.
- Analizar las indicaciones realizadas por los kinesiólogos para el autocuidado de la parálisis facial periférica.
- Examinar el grado de adherencia al tratamiento que reconocen los kinesiólogos.

⁸ La electroestimulación, es quizás, uno de los puntos de mayor controversia en el tratamiento de esta afección.

⁹ Muchos pacientes abandonan el tratamiento al no apreciar una clara evolución tanto en la simetría como en la función facial.

Capítulo I

Parálisis de Bell

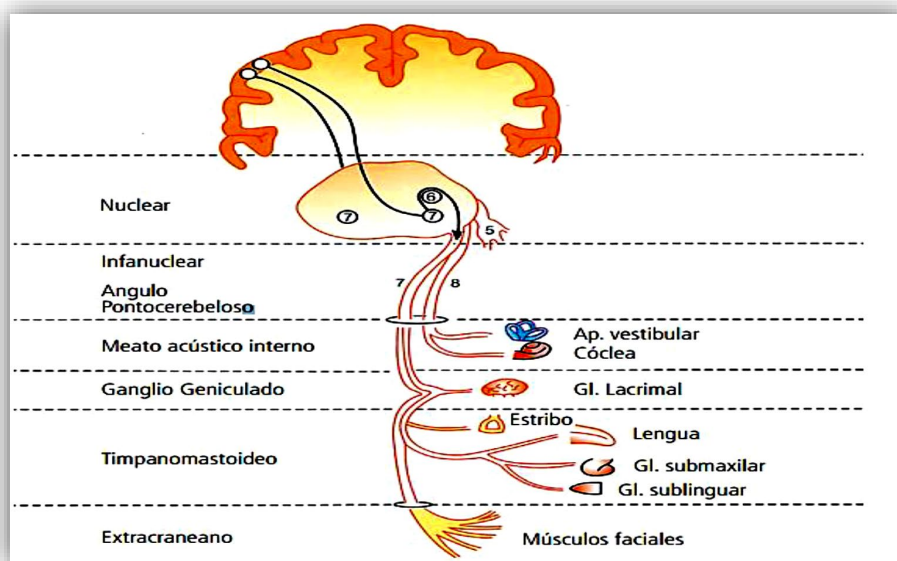
En el año 1821, el cirujano y anatomista, Sir Charles Bell presento su descubrimiento del séptimo par craneal y su función en la invasión de los músculos faciales. Como complemento a su exposición, expuso también una serie de casos de parálisis facial causados principalmente por trauma directo o infección del nervio. Como consecuencia de esto, su apellido fue asociado con la parálisis facial periférica aguda e idiopática, conocida como parálisis de Bell. (Watson Gutiérrez, 2011)¹⁰

Este tipo de afección es una forma de parálisis facial temporal generada por daño o trauma de uno de los dos nervios faciales. Este nervio es una estructura en pares que viaja a través de un canal óseo estrecho, llamado canal de Falopio debajo del oído, hacia los músculos faciales de ambos lados de la cara.

Gran proporción de este nervio se compone de fibra motoras que inervan la musculatura facial, además, lleva fibras secreto motoras a las glándulas submandibulares, sublinguales y lacrimales. Es importante destacar también, que este nervio posee dos componentes sensoriales o aferentes. El primero transmite las sensaciones del gusto que provienen de los dos tercios anteriores de la lengua y el paladar, mientras que el segundo componente transmite las sensaciones ordinarias de la piel que provienen de la región del oído externo.

Cuando se origina la parálisis de Bell, se interrumpe la función del nervio facial, generando un bloqueo de los mensajes que el cerebro envía a la musculatura facial. Este bloqueo produce debilidad o parálisis facial que se manifiesta de manera espontánea(Lizano Barrantes & Ortiz Ureña, 2012).¹¹

Imagen N°1: Distribución del nervio facial



Fuente: Snell (2007)

¹⁰ Charles Bell también estableció la diferencia entre los nervios motores, sensoriales y sensitivos.

¹¹ El nervio facial posee tres funciones. Motoras, sensitivas y sensoriales, por lo que la afectación de esta estructura traerá múltiples complicaciones a las personas afectadas.

El nervio facial se compone de tres núcleos. El primero es el núcleo motor principal, el cual se encuentra en la profundidad de la formación reticular de la parte inferior de la protuberancia. Las distintas partes de este núcleo permitirán inervar los músculos de la parte superior e inferior del rostro, permitiendo así el control voluntario de los músculos faciales. (Rodríguez Ortiz et al. 2011)¹²

Sin embargo, existe otra vía involuntaria separada que controla los cambios miméticos y emocionales de la expresión facial. Luego se encuentran los núcleos parasimpáticos, uno de ellos es el núcleo salivar superior que recibe fibras aferentes del hipotálamo a través de las vías autónomas descendentes. La información relacionada con el gusto proveniente de la cavidad bucal también es recibida por el núcleo del tracto solitario.

El otro núcleo parasimpático es el lagrimal que recibe fibras aferentes del hipotálamo para las respuestas emocionales y de los núcleos sensitivos del nervio trigémino para la lagrimación refleja secundaria a la irritación de la córnea o la conjuntiva. Por último, se encuentra el núcleo sensitivo, que se encuentra cerca del núcleo motor.

Las sensaciones gustativas se propagan a través de los axones periféricos de las células nerviosas situadas en el ganglio geniculado sobre el séptimo nervio craneal. Las prolongaciones centrales de estas células establecen sinapsis sobre las células nerviosas en el núcleo. Las fibras eferentes atraviesan el plano medio y ascienden hasta el núcleo ventral posteromedial del tálamo opuesto y también hasta algunos núcleos hipotalámicos. Desde el tálamo los axones de las células talámicas pasan a través de la cápsula interna y la corona radiada y terminan en el área gustativa de la corteza en la parte inferior de la circunvolución pos central (Snell, 2007).¹³

Aunque la etiología de la parálisis de Bell aún se considera desconocida existen tres teorías principales, las mismas son la teoría vascular e inmunológica, que se relacionan entre sí; y la teoría vírica.

La teoría vascular se subdivide en dos teorías. La primera es la teoría de isquemia primaria, la cual expone como causa principal de la parálisis, un espasmo vascular debido a un desequilibrio del sistema autónomo. El mecanismo fisiopatológico de la parálisis facial se debe a una reacción antígeno-anticuerpo que dará lugar a la generación de sustancias vaso activas ocasionando mayor permeabilidad de los capilares del nervio y favoreciendo el edema, el cual, al volverse crónico causará la producción de colágeno, responsable de la compresión del drenaje venoso perineural, y en consecuencia de la neuropatía. La segunda, es la teoría de isquemia secundaria, la cual sostiene que la causa de la parálisis es la aparición de edema

¹² El nervio facial es el que más se lesiona de todos los pares craneales.

¹³ Médico y profesor de anatomía. Realizo numerosos textos de referencia sobre la materia.

intracanalicular. el cual va a propiciar la alteración vascular con consecuente isquemia alterando la función del nervio (Quesada Marín, López Aguado, & Quesada Martínez, 2010).¹⁴

La teoría vírica sostiene que la parálisis se produce debido a una reactivación del virus de herpes simple en el ganglio geniculado, más específicamente, el herpes simplex tipo 1, que es el desencadenante de la edematización del nervio (Watson Gutiérrez, 2011).¹⁵

En concordancia con lo mencionado anteriormente, el autor Piña (2011)¹⁶ en su revisión de literatura acerca de esta patología, cita diversos estudios en los cuales se hallaron valores elevados del virus Hsv-1 en una gran cantidad de pacientes que habían sufrido parálisis de Bell. Lo que demuestra porque esta teoría es una de las más relacionadas a la patología actualmente.

También es importante mencionar que existen otras causas que pueden ocasionar parálisis facial aislada idéntica a la parálisis de Bell. Las cuales pueden ser lesiones en el oído o la glándula parótida, síndrome de Guillain Barré, otitis media, enfermedad de Lyme, síndrome de Ramsay Hunt y sarcoidosis. Sin embargo, estos episodios van a presentarse con otras características adicionales que van a permitir el diagnóstico diferencial.

Cuando el nervio facial resulte agredido, se verán alteradas sus funciones motoras, afectando en consecuencia a la musculatura facial, como así también las funciones sensitivo sensoriales y vegetativas. Podemos encontrar dos tipos de clasificaciones respecto a las lesiones nerviosas. Una fue realizada por Seddon (1943)¹⁷, quien clasificó las lesiones en relación al daño que sufren las estructuras que conforman el tronco nervioso. Por lo que estableció tres grados principales de lesión.

El primer grado se denomina neuropraxia. En ella, el axón no pierde su continuidad, pero la conducción nerviosa se interrumpe por la alteración que sufren las vainas de mielina, teniendo un buen pronóstico de recuperación si se erradica el factor desencadenante de la lesión. El segundo grado se denomina axonotmesis y se caracteriza por la pérdida de continuidad del axón y ruptura de la vaina de mielina con conservación del epineuro de la misma. Mientras que el tercer grado de lesión se denomina neurotmesis y se destaca por presentar sección completa del tronco nervioso con alcance lesional del perineuro y en este caso la regeneración completa no es posible.

La segunda clasificación, fue realizada por Sunderland (1951)¹⁸, y en la misma establece los distintos grados de lesión según las lesiones histopatológicas que ocurren en

¹⁴ Más allá de las distintas teorías etiopatogénicas, el responsable último de la parálisis del nervio facial es el edema intracanalicular.

¹⁵ El ADN del virus puede quedar alojado en el ganglio geniculado y ser reactivado frente a diferentes procesos, como episodios febriles, estrés o exposición al frío.

¹⁶ En ocasiones se ha conseguido aislar el VHS en las secreciones nasofaríngeas de pacientes con parálisis de Bell.

¹⁷ Neurocientífico y cirujano Inglés. Sus estudios y observaciones durante la segunda guerra mundial le permitieron elaborar una clasificación acerca de los distintos grados de lesión en nervios periféricos.

¹⁸ Clasificó las lesiones nerviosas según los daños histopatológicos que ocurren en la fibra nerviosa.

las fibras nerviosas, agrupando las mismas en cinco grados distintos. El primer grado se corresponde con la neuropraxia de Seddon ya descrita. El segundo grado se corresponde con la axonotmesis descrita por Seddon. En el tercer grado el axón y el endoneuro van a estar lesionados, pero el perineuro conservará su integridad. En el cuarto grado de lesión se produce la destrucción de todos los componentes del tronco nervioso a excepción de su vaina epineural, mientras que el último grado se corresponde a la neurotmesis de Seddon.

En cuanto a la epidemiología de la parálisis de Bell, la misma afecta de 11 a 40 personas cada 100.000 anualmente. No se ha encontrado predominio de ningún lado del rostro y aunque se ha detectado en pacientes de todas las edades, el mayor número de casos se ha registrado en la población adulta de 40 años de edad. Aunque este trastorno afecta de manera similar tanto a mujeres como a hombres, algunos estudios sostienen que el embarazo aumenta las posibilidades de padecer esta patología, sobre todo, en el tercer trimestre de gestación. Otros dos factores de riesgo importantes que pueden predisponer a sufrir parálisis de Bell son la hipertensión arterial y la diabetes (Lizano Barrantes & Ortiz Ureña, 2012).¹⁹

En concordancia con lo citado anteriormente, la OMS, (2016)²⁰ indica dentro de su documento de referencia, que la incidencia a nivel mundial de esta patología es de 45 por cada 100.000 habitantes siendo las personas de entre 40 a 49 años de edad las más afectadas. También afirma que la recuperación completa es del 70-75%, indicando además que el 12% de los pacientes puede continuar con debilidad residual leve, mientras que el 13% moderada y el 4% severa.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de la parálisis de Bell, según Álvarez Sánchez, Mora Vargas, & González Cortés (2015)²¹, la misma puede ser identificada por tres factores principales, los cuales son disminución de la fuerza muscular en el lado afectado, comienzo brusco de los síntomas y ausencia de signos de enfermedad del sistema nervioso central, oído o glándula parótida. Además, en algunos casos la aparición de los síntomas suele estar precedida por dolor en la zona del pabellón auricular, estrés, ansiedad o depresión.

En el estudio realizado por Rodríguez Ortiz et al. (2011)²² se describen los signos y síntomas de esta patología, siendo el principal la falta de movilidad del lado afectado del rostro y la ausencia de pliegues o arrugas en el mismo. Esto se podrá evidenciar principalmente cuando el paciente quiera realizar acciones como sonreír o hablar, en las cuales se podrá observar una marcada asimetría del rostro. Así como también tendrá dificultades para ingerir distintos tipos de alimentos.

¹⁹ No hay predilección por ninguno de los dos lados de la cara.

²⁰ La OMS hace referencia a los datos estadísticos acerca de la incidencia a nivel mundial de la parálisis de Bell.

²¹ Los autores También afirman que la debilidad muscular se establecerá completamente dentro de las primeras 48 horas.

²² Todos los síntomas aparecen dentro de tres días a una semana, una progresión más lenta de más de dos semanas sugiere otro diagnóstico.

En cuanto a la visión, la misma puede llegar a ser borrosa o incompleta ya que va a estar afectada por la dificultad para cerrar los párpados y también por la pérdida del reflejo de parpadeo que ocasionara la exposición de la córnea. La audición también puede verse afectada, ya que muchos pacientes presentan hiperacusia, que es la hipersensibilidad a los sonidos cotidianos percibiendo los mismos como insoportables o dolorosos.

Otras características que los autores sostienen que también pueden ser frecuentes en la parálisis de Bell son la presencia de otitis y dolor cercano al mastoide, presente en el 50% de los casos, la pérdida de sensibilidad en el lado afectado, la alteración en la formación de lágrimas, y la pérdida de sabor en la mitad de la lengua, afectando al 30% de las personas que sufren esta patología.

Cuadro N°1: Principales manifestaciones clínicas de la parálisis de Bell.

Pliegues y arrugas ausentes o reducidos en el lado afectado del rostro.
Dificultad o incapacidad para movilizar la ceja, el párpado superior.
Dificultad o imposibilidad de cerrar el ojo (lagoftalmos)
Débil contracción del musculo orbicular de los párpados.
Rotación del globo ocular hacia arriba al intentar cerrar el párpado. (Signo de Bell)
Imposibilidad de elevar el ala de la nariz al realizar una inspiración forzada.
Asimetría en la comisura labial.
Mayor sensibilidad ante los cambios de temperatura.
Aumento de la secreción de saliva.
Aumento o disminución en la producción de lágrimas.

Fuente: Adaptado de Álvarez Sánchez (2015)

El diagnóstico de la parálisis facial periférica se realiza mediante la historia clínica y la exploración general y neurológica. El punto más importante será detectar si se está frente a una parálisis facial central o periférica. En las lesiones centrales los signos afectan el lado opuesto al lesionado y la función del ramo frontal y orbicular de los ojos está conservada. Hay pérdida del control voluntario de la sonrisa, pero no de la respuesta emocional y no aparece el fenómeno de Bell. Mientras que en la afección periférica se podrá observar asimetría y pérdida de movilidad en toda la hemicara afectada, acompañándose de otras afecciones ya mencionadas como hiperacusia, alteración en la secreción lagrimal y la sensibilidad gustativa. (Wellpath, 2014)²³

En la exploración clínica otorrinolaringológica se debe hacer foco en dos zonas concretas, que son la región facial y la otológica. En la inspección de la cara se debe tratar de identificar la asimetría facial en reposo pidiéndole al paciente que haga distintos movimientos como cerrar los ojos arrugar la frente o sonreír, así como también se debe intentar poner en manifiesto los distintos signos clínicos característicos de esta patología.

También es importante identificar la posible existencia de heridas o cicatrices faciales, procesos tumorales de parótida e incluso vesículas a nivel del pabellón auricular y el meato

²³ El sitio web brinda información acerca de distintas patologías. En este caso expone las claves para realizar una evaluación exhaustiva del nervio facial.

auditivo externo. La otoscopia debe realizarse con medios de amplificación para localizar posibles pequeñas lesiones en la zona timpánica. (Quesada Marín et al. 2010)²⁴

Si el diagnóstico está en duda, el médico podrá descartar otros posibles trastornos basándose en la historia clínica y en los resultados de distintos estudios complementarios, como puede ser una radiografía para identificar una posible infección o tumor, así como también resonancia magnética o tomografía axial computada para descartar otras causas de presión del nervio facial. La electromiografía puede confirmar la presencia de daño nervioso y determinar la gravedad y el alcance de la lesión. (Lizano Barrantes & Ortiz Ureña, 2012)²⁵

La electromiografía es una herramienta muy útil, ya que, mediante un electrodo implantado sucesivamente en los músculos faciales, se puede detectar, en reposo y con los movimientos voluntarios, la existencia de potenciales lentos o polifásicos de reinervación o, por el contrario, de potenciales de fibrilación indicativos de la denervación. El movimiento voluntario no aparece en el trazado en caso de interrupción del flujo axonal. (Devèze et al. 2013)²⁶

La electroneurografía desarrollada por Esslen da un porcentaje estimado de las fibras nerviosas que se han degenerado. Se da un estímulo eléctrico percutáneo al nervio facial para generar una contracción facial y se registra un potencial bifásico, que es el potencial de acción muscular y representa la sumación de la respuesta de todas las fibras, al ser una suma depende del número y sincronización de la respuesta de todas las fibras musculares. (Epprecht, Novas, & Mas 2012)²⁷

Actualmente para clasificar la parálisis facial se utiliza la escala de House-Brackmann, ya que permite establecer el funcionamiento global del rostro, cuantificar el daño motor y el grado de disfunción brindando al profesional tratante un nivel de referencia para evaluar la evolución al tratamiento y facilitar la toma de decisiones.

Cuadro N°2: Escala de House-Brackmann

GRADO	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS
I	Normal	Movimientos faciales normales: sin sincinesias. Deformidad leve, sincinesias leves. Buena función de la frente, asimetría leve.
II	Disfunción leve	Debilidad facial obvia. No desfigurante entre los dos lados, presencia de movimientos de la frente, cierre ocular presente, asimetría, fenómeno de Bell presente.
III	Disfunción moderada	Debilidad facial obvia, desfigurante con la debilidad sincinesias; sin movimiento de la frente.
IV	Disfunción moderadamente severa	Parálisis facial muy obvia, desfigurante en reposo.
V	Disfunción severa	Marcada hipotonía. No puede cerrar los ojos.
VI	Parálisis total	Parálisis facial completa: atonía.

Fuente: Adaptado de Vega Alarcón (2005)

²⁴ Es de vital importancia determinar si se trata de una parálisis facial central o periférica.

²⁵ Actualmente las técnicas electrodiagnóstico más populares en la clínica son la electroneuronografía, electromiografía y el blink réflex.

²⁶ El inconveniente del EMG de detección es que los signos eléctricos de desnervación sólo se muestran dos o tres semanas después de la lesión, debido a la lentitud de la degeneración walleriana.

²⁷ Este estudio es útil solo en la fase aguda de la parálisis.

En relación al pronóstico de la parálisis de Bell, el mismo depende del momento en el cual inicia la recuperación, ya que una recuperación pronta dentro de las tres primeras semanas indicara un buen pronóstico, mientras que una recuperación tardía indicara lo contrario. También existen diversas variables que favorecerán la recuperación de la parálisis, como la edad, ya que los jóvenes tienen un mejor pronóstico de recuperación en comparación a las personas de edad avanzada. El sentido del gusto normal, el reflejo estapedial y el lagrimeo también serán signos favorecedores. También es importante destacar que la recuperación será mucho más favorable en aquellas personas que presenten parálisis facial incompleta que en aquellas que tengan parálisis completa. (Piña, 2011)²⁸

En su artículo Rodríguez Ortiz et al. (2011)²⁹ destaca que el dolor intenso, la degeneración severa del nervio facial detectada mediante electro neurografía y enfermedades como la hipertensión o diabetes, también dificultaran la recuperación de la parálisis.

Si bien la recuperación es completa en la mayoría de las personas que sufren parálisis de Bell, se estima que un 30% se presentan complicaciones y secuelas que, en relación al grado y tipo de lesión del nervio, se manifestaran en distintas intensidades. Las mismas podrán ser. Parálisis muscular, contracturas musculares, sincinesias o movimientos asociados, espasmo hemifacial, síndrome de hiperlagrimación gustativa o de lágrimas de cocodrilo y manifestaciones oculares de la parálisis facial. (Quesada Marín et al. 2010)³⁰

Se cree que entre más tiempo se tarde en recuperar la función facial, existen mayores probabilidades de que se desarrollen fallos o secuelas en la regeneración del nervio. En cuanto a la recurrencia de la parálisis de Bell, la misma se ha vuelto a presentar en un 12% de los casos y se ha asociado esta recurrencia a la diabetes mellitus (Epprecht, Novas, & Mas, 2012)³¹.

²⁸ La evolución clínica es diferente para cada paciente, influye de manera importante el tipo de tratamiento o técnicas de rehabilitación para la recuperación de la parálisis facial.

²⁹ Se considera a la hipertensión y la diabetes como dos de los principales factores de riesgo en la parálisis de Bell.

³⁰ Las sincinesias son movimientos involuntarios e inconscientes, que se producen cuando se realizan otros movimientos voluntarios. En el caso de la parálisis facial se pueden dar cuando el paciente realiza un movimiento voluntario de la parte superior del rostro y se observa un movimiento involuntario en la zona de la boca o viceversa.

³¹ Realizaron una descripción sobre la semiología, exploración y patología del nervio facial.

Capítulo II

Tratamiento Kinésico

Aunque existe reconocimiento acerca del impacto que genera el tratamiento de la parálisis facial, Actualmente no existe un consenso acerca del manejo óptimo de esta condición. Aun a pesar de los avances reportados durante los últimos años y la cantidad de técnicas propuestas por la literatura. (Benitez, Danilla, Troncoso, Moya, & Mann, 2016)³²

El manejo de esta patología se debe plantear desde un enfoque multidisciplinario y una estrategia basada en las necesidades de cada paciente. Desde un inicio se debe comprometer al paciente en la toma de decisiones junto con establecer una dinámica que permita una adherencia adecuada al tratamiento, especialmente en relación a la rehabilitación que será fundamental para una recuperación óptima.

El tratamiento médico consistirá en administrar al paciente fármacos destinados a favorecer la regeneración del nervio, mejorar la circulación sanguínea y disminuir la inflamación con antibióticos, histaminas, corticoesteroides y antiinflamatorios. En algunos casos, se recurrirá a la intervención quirúrgica cuando hay compresión del nervio facial o para realizar injertos nerviosos que ayuden a reestablecer la funcionalidad del nervio facial. Otro tipo de intervención quirúrgica es la anastomosis que se emplea cuando la parálisis facial es debida a traumatismos y lesiones iatrogénicas. La anastomosis consiste en cortar el nervio hipogloso en la rama descendente y unirlo al cabo distal del facial. (Rodríguez Ortiz et al. 2011)³³

Otra de las acciones prioritarias será la protección corneal y la preservación de la visión. Para las mismas se indicará uso de lentes oscuros con el fin de evitar la irritación por rayos solares, el efecto traumático del polvo y prevenir la lesión corneal por desecación, además del uso de lágrimas artificiales aplicando una gota cada ocho horas. Durante la noche, los cuidados serán la lubricación del ojo con ungüento oftálmico, la oclusión del mismo mediante un parche y la utilización de una férula bucal para provocar el estiramiento de la comisura labial afectada.

También será de vital importancia la educación del paciente, debiéndole informar al mismo sobre las características de su patología y las distintas alternativas de tratamiento y diagnóstico, con el fin de disminuir la ansiedad generada por esta patología. No se debe recomendar el uso de goma de mascar o vibradores mecánicos ya que estos pueden provocar fatiga muscular por la acción global de la musculatura facial y los músculos de la masticación. (Chávez et al. 2004)³⁴

En lo que respecta al tratamiento kinésico, la reeducación neuromuscular está considerada el pilar fundamental de la rehabilitación. Los ejercicios faciales indicados

³² El equipo multidisciplinario puede estar conformado por distintas especialidades, como oftalmología, otorrinolaringología, neurología, fonoaudiología, psicología y kinesiología.

³³ Se ha descrito que la prednisona ayuda a restituir la función del nervio facial hasta en un 90 %.

³⁴ La información, educación y apoyo brindado al paciente permite disminuir la deserción al tratamiento.

tendrán como objetivo promover la simetría facial y mejorar la expresión, así como también mejorar la comunicación y la alimentación. Los ejercicios deben efectuarse activando la musculatura del lado afectado y evitando la participación del lado no afectado.

Los ejercicios están relacionados con movimientos de expresiones faciales comunes como arrugar la frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, gruñir, levantar el labio superior o apretar ambos labios. Una buena opción para mejorar la comunicación verbal y la movilidad de la boca, puede ser indicar al paciente ejercicios de pronunciación de vocales y consonantes. Está recomendado, sobre todo en la primera etapa del tratamiento, no prescribir más de 10 repeticiones de cada ejercicio, con la finalidad de evitar la fatiga muscular en el lado afectado. (La Touche et al. 2008)³⁵

La realización de los ejercicios junto a un espejo es muy utilizada en la rehabilitación ya que le provee al paciente información relacionada con la calidad del movimiento, además de permitir detectar la aparición de sincinesias y ayudar a controlar la activación selectiva de la musculatura facial. Se ha podido comprobar mediante diversos estudios que la utilización del espejo como método de biofeedback resulta igual de eficaz que el biofeedback electromiográfico.

En el principio del tratamiento, se puede comenzar con ejercicios activo asistidos, con una iniciación rítmica que va desde los ejercicios pasivos a resistidos utilizando resistencia progresiva empleando los dedos índice y medio que son los contactos manuales, cuya función es la de estimular los esteroceptores y así crear una conciencia de movimiento cuando van colocados sobre el musculo a trabajar en dirección al movimiento deseado, sosteniéndolos por unos segundos en el lado afectado. Si el paciente no presenta signos de sincinesias se puede empezar con los ejercicios resistidos, en la cual la resistencia se aplica en dirección opuesta a los movimientos deseados con movimientos faciales aislados. (Paredes Rojas, 2018)³⁶

Según Chávez et al.(2004)³⁷, la reeducación neuromuscular es un enfoque conservador que ofrece la posibilidad de recuperar el movimiento facial simétrico y reducir o eliminar los problemas asociados de habla y deglución. La misma consiste en la evaluación de impedimentos faciales y limitaciones funcionales seguido de sesiones de entrenamiento guiadas de patrones correctos de movimiento.

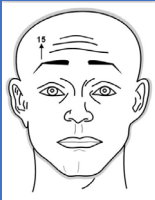
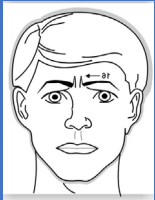
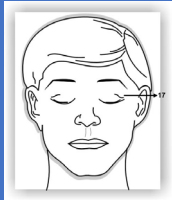
³⁵ También se puede incluir masaje dentro del tratamiento, tanto para estimular la circulación como para relajar músculos contracturados.

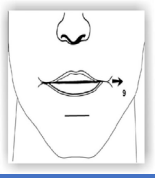
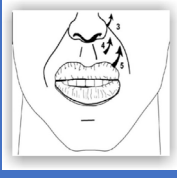
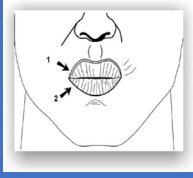
³⁶ Cuando el paciente logre dominar los ejercicios básicos, se puede progresar hacia los más complicados.

³⁷ Es importante concentrarse en la calidad de los ejercicios durante el tratamiento.

Es de suma importancia motivar al paciente a que realice estos ejercicios ya que además de mejorar la simetría facial, contribuyen al correcto funcionamiento del ojo y la boca. (Chevalier, 2003)³⁸

Cuadro N°3 y 4: Ejercicios de reeducación neuromuscular.

Maniobras			
	Elevar las cejas	Fruncir el ceño	Cerrar los ojos
Músculos	-Occipitofrontal	-Ciliar	-Orbicular de los ojos

Maniobras			
	Sonreír	Enseñar los dientes	Apretar los labios
Músculos	-Risorio	-Elevador del labio superior -Dilatador de la nariz -Canino	-Orbicular de los labios -Compresor

Fuente: Adaptado de Álvarez Sánchez et al. (2015)(tanto texto como imágenes.)

En un estudio realizado por Manikandan (2007)³⁹, se le indicó a un grupo experimental de 59 pacientes con diagnóstico de parálisis facial periférica diferentes ejercicios de reeducación neuromuscular, que debían ser realizados hasta 3 veces al día en el rango de 5 a 10 repeticiones. Al cabo de tres meses de seguimiento el autor pudo llegar a la conclusión de que los pacientes tratados con esta técnica lograron una marcada mejoría de la simetría facial, y por lo tanto podría ser utilizado como el tratamiento de elección en los pacientes con parálisis de Bell.

³⁸ La frecuencia de las sesiones dependerá de la recuperación del paciente y la evaluación del terapeuta.

³⁹ Los ejercicios realizados en el proceso de intervención, se corresponden con expresiones mímicas tales como fruncir el ceño, elevar las cejas y sonreír, así como soplado de un balón, mascar una goma con el lado paralizado y realizar de forma exagerada la articulación de las vocales, fortaleciendo a la vez la musculatura orofacial.

Algunas de las estrategias que se han planteado para evitar las sincinesias son aplicar resistencia sólo en movimientos aislados, abrir simétricamente los ojos junto a la realización de movimientos bucales como fruncir los labios, descubrir los dientes y soplar hacia fuera, realizar ejercicios de tensión cuando ésta aparezca y detener el ejercicio en caso de movimientos involuntarios junto con estiramientos del lado afectado en la musculatura de la mímica que pueda estar implicada en la sincinesia, enseñar al paciente a percibir tensión y relajación muscular, y métodos para reducir la tensión cuando ésta aparezca y detener el ejercicio en caso de movimientos involuntarios.

Otro concepto de tratamiento que puede ser de gran utilidad en la rehabilitación de la parálisis de Bell, es la facilitación neuromuscular propioceptiva. En su libro, Adler (2002)⁴⁰ plantea los principios generales para el tratamiento de la cara mediante este método. La cara se debe trabajar en dos zonas, una estará compuesta por los ojos y la frente y otra por la boca y la mandíbula.

Mediante este concepto se trabajará en el estiramiento, la resistencia y la irradiación fomentando la actividad muscular y la fuerza. Se deben evitar los movimientos en masa y facilitar los movimientos selectivos. Debe trabajarse en un principio bilateralmente, con el objetivo de buscar más simetría y todos los movimientos deben ejercitarse con tareas funcionales.

También se debe tener en cuenta, que los movimientos funcionales del rostro son en contra de la gravedad, por lo tanto, será importante tener esto en cuenta a la hora de posicionar al paciente para realizar el tratamiento.

Uno de los agentes físicos más usados en el tratamiento de la parálisis de Bell es el calor. Según Chevalier (2003)⁴¹ el calor sirve para mantener la vascularización y los intercambios celulares a nivel muscular hasta que llegue el impulso nervioso. Durante la fase de recuperación el calor ayuda a evacuar los ácidos lácticos, y durante la fase de hipertonías y sincinesias, contribuye a la relajación muscular y por lo tanto a preparar los músculos para los estiramientos.

Para aplicar calor se podrá emplear compresas húmedas calientes, aplicándolas durante el lapso de 10 minutos en la hemicara afectada. Así como también se podrá utilizar radiación infrarroja, que es una forma de calor radiante que puede transmitirse sin necesidad de contacto con la piel, generando un calor seco y superficial.

La magnetoterapia es otro agente de fisioterapia que suele ser usado en el tratamiento de esta patología, ya que produce efectos tanto a nivel bioquímico, a nivel celular y a nivel del propio tejido. De este modo producirá la activación del metabolismo celular a través del

⁴⁰ FNP es un abordaje integral que se centra en recuperar la funcionalidad del paciente. En este caso el objetivo principal será lograr la simetría facial.

⁴¹ La autora recomienda la aplicación de calor junto con la prescripción de ejercicios.

estímulo de la función mitocondrial mejorando la capacidad de respuesta celular. Esta acción magneto biológica restaura el equilibrio de la bomba sodio-potasio, incrementando el transporte de membrana y reestableciendo la diferencia de potencial transmembrana, alterado ante cualquier problema o lesión hística. (Paredes Rojas, 2018)⁴²

En su estudio de investigación Delgado et al. (2011)⁴³ utilizó un tratamiento combinado de campos magnéticos y láser para el tratamiento de la parálisis facial, frente a un grupo control tratado con electroterapia. Como resultado del mismo se determinó que los campos magnéticos pueden resultar beneficiosos en el tratamiento de esta afección, ya que el grupo tratado con este método obtuvo una recuperación más rápida.

Así mismo, respecto a los campos magnéticos Paredes Rojas,(2018)⁴⁴ afirma lo siguiente.

“Los estudios recientes sobre el campo magnético son bastante alentadores, pues plantean que al aplicarse de forma pulsada en un tejido vivo se produce una apertura de capilares o pequeños vasos sanguíneos. Lo que trae consigo no solo una vasodilatación por la acción sobre la pared del vaso, sino que también actúa sobre la columna circulatoria. Asimismo, se han estudiado los efectos analgésicos y antiinflamatorios que presenta en diferentes sistemas del organismo: en los huesos, los cartílagos, el sistema linfático, los músculos y recientemente en los nervios con atrapamiento y en las polineuropatías sensitivas”.

El vendaje neuromuscular es una alternativa que puede ser considerada dentro del tratamiento, ya que estimula el sistema musculo-esquelético y sus interrelaciones segmentales las 24 horas del día, logrando que el proceso de reparación por parte del organismo se ponga en marcha inmediatamente después de la colocación de la venda.

Si se inicia el vendaje en el origen de un músculo, punto fijo del mismo, las fibras musculares tenderán a acortarse por lo que se conseguirá un aumento del tono muscular permitiendo mejorar la tonificación general de la zona. Mientras que, si se inicia el vendaje en la inserción distal del músculo, punto móvil del mismo, las fibras musculares se relajaran, provocando una disminución del tono, lo que será de gran utilidad para evitar o disminuir contracturas. (Avendaño Sosa et al. 2015)⁴⁵

⁴² La magnetoterapia es un agente poco utilizado en el tratamiento de esta afección, aunque algunos estudios sostienen que puede tener efectos beneficiosos en el proceso de recuperación.

⁴³ Los autores afirman que el láser y los campos magnéticos junto a una terapia de ejercicios son beneficiosos en el tratamiento de la parálisis de Bell.

⁴⁴ Se recomienda seguir analizando los posibles beneficios de la magnetoterapia en esta afección.

⁴⁵ El vendaje estimulara los diferentes componentes del segmento. esto es el dermatoma, segmento de la piel, el miotoma, segmento muscular, esclerosis, segmento de la estructura articular, tejido conjuntivo, ligamento, cápsula y hueso y; finalmente el viscerotoma, segmento de los órganos.

En su tesis de grado Sánchez Benites (2017)⁴⁶ analizó la evolución de 20 pacientes tratados mediante tratamiento kinésico tradicional y vendaje neuromuscular. Los mismos fueron evaluados al comenzar el tratamiento mediante la escala de House-Brackmann, y al finalizar la evaluación, al cabo de dos meses, todos los pacientes habían presentado amplias mejorías en cuanto a los valores de la escala, agrupándose el 75% de los mismos en el grado I, lo que representa función normal del rostro, y el 25% restante en el grado II, que representa disfunción leve. Lo que demuestra que, aunque es necesario realizar investigaciones más profundas acerca de la efectividad del vendaje neuromuscular en esta patología, el mismo puede resultar útil en el tratamiento de la parálisis de Bell, ya que permite seguir realizando movimientos en la zona vendada y contribuye a la normalización del tono muscular, mejorando así la circulación sanguínea y aliviando el dolor.

Uno de los agentes que causan mayor controversia en el tratamiento de la parálisis facial, es el uso de la electroterapia. Se han realizado diversos estudios al respecto en los cuales los autores han llegado a distintas conclusiones.

En una revisión realizada por Cáceres Martínez (2013)⁴⁷ el autor afirma que la electroterapia está totalmente contraindicada en la parálisis facial periférica. Como los músculos de la cara son músculos cutáneos, su estimulación favorece las hipertonías y sincinesias. Además, la estimulación eléctrica aumenta el volumen de la fibra muscular, pero no su función. A esto se le añade que interviene en la regeneración nerviosa pudiendo de esta manera favorecer la aparición de re-inervaciones aberrantes.

En relación a este tema, en su guía de rehabilitación Chávez et al, (2004)⁴⁸ hace referencia a que la evidencia sobre la electroterapia es controversial, ya que las investigaciones básicas sugieren la posibilidad de aumento de re-inervación anómala, lo que se considera poco probable ya que se estimula el punto motor del músculo y no el nervio. Además, la estimulación no es retrograda, es decir, si se estimula el músculo tendría que atravesar la unión mioneural o placa neuromuscular para llegar en forma retrograda al nervio, lo cual no es factible. Por lo tanto, se sugiere el juicio clínico para la aplicación de este recurso en músculos paralizados o con mínima contracción visible, por punto motor y no en masa, solo para mantener el trofismo muscular.

En una de las revisiones más actuales realizada por Fargher & Coulson (2017)⁴⁹ se realizó un análisis de la evidencia científica acerca de la efectividad en la recuperación de la parálisis de Bell. En la misma los autores indican que la estimulación eléctrica no altera la

⁴⁶ El autor recomienda implementar el vendaje neuromuscular en el tratamiento.

⁴⁷ En las distintas revisiones analizadas por este autor, no se han encontrado estudios que muestren efecto positivo en la rehabilitación de la parálisis de Bell.

⁴⁸ Esta guía recomienda enfocarse en los ejercicios de reeducación neuromuscular para lograr una rehabilitación exitosa.

⁴⁹ Realizaron una revisión sistemática consultando distintos sitios de investigación acerca de la efectividad de la electroestimulación tanto en parálisis aguda como crónica.

velocidad de recuperación total ni mejora la función facial en la fase aguda. Mientras que, en la fase crónica, hay evidencia de baja calidad sobre el efecto beneficioso de la electroestimulación en la función facial. Por lo que los autores llegan a la conclusión de que no hay evidencia suficiente para apoyar el uso de la estimulación eléctrica en el tratamiento de la parálisis de Bell. Mientras que resaltan que los ejercicios faciales y la mimioterapia si pueden ser beneficios en la recuperación.

Según La Touche et al.(2008)⁵⁰, la prescripción de ejercicios en el domicilio y otras técnicas de relajación y auto masaje pueden contribuir de manera efectiva en la velocidad de recuperación y en la prevención de sincinesias. Junto con esto también se debe educar al paciente acerca de su patología, su tratamiento, el pronóstico de la misma, así como también brindar recomendaciones para el cuidado de los ojos y la higiene oral.

Chevalier (2003)⁵¹ afirma que el kinesiólogo tiene tres objetivos fundamentales en el tratamiento de esta afección. En primer lugar, mantener el trefismo muscular en las mejores condiciones posibles hasta que llegue el impulso nervioso, en segundo lugar, dar consejos precoces de prevención al paciente y, por último, educar al paciente sobre su patología y prevenir por medio de maniobras simples las hipertonías y sincinesias.

Si bien ciertas parálisis se recuperan en un lapso de tiempo muy corto, otras pueden tardar un mínimo de 4 años. Por lo que el terapeuta debe explicar al paciente que la recuperación puede ser muy larga y que después de algunos periodos sin evolución, la recuperación prosigue.

Manikandan (2007)⁵² también hace referencia a esto y destaca que la motivación de los pacientes se considera de vital importancia para lograr el cumplimiento y el éxito del tratamiento, ya que el hecho de no lograr determinados objetivos durante la fase de rehabilitación puede deberse a la dificultad de mantener la motivación constante durante todo el proceso terapéutico. Debe tenerse en cuenta que esta afección no solo causa daño físico sino también psicológico ya que la persona se verá imposibilitada de expresarse, de hablar normalmente, como así también de realizar ciertas acciones fundamentales como alimentarse. Por lo que sería muy importante la asistencia psicológica al paciente, para que pueda brindarle contención y motivarlo durante el proceso de recuperación para así lograr una correcta adherencia al tratamiento.

⁵⁰ Las pautas se pueden facilitar mediante una hoja de ejercicios e indicaciones.

⁵¹La autora resalta la importancia de trabajar en las molestias funcionales del paciente para que así pueda lograr mayor bienestar.

⁵² Parte del éxito del estudio de este autor puede deberse a la motivación constante que daba a los pacientes para que continúen con el tratamiento.

*Diseño
Metodológico*

El objetivo del siguiente trabajo es indagar los objetivos y las estrategias que utilizan los kinesiólogos para el tratamiento de la parálisis facial periférica y el grado de adherencia al tratamiento, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 2018. Es por esto que la investigación es considerada del tipo descriptiva.

Se trata de un diseño no experimental, puesto que las variables utilizadas en el estudio no serán manipuladas.

Según el momento de recolección de los datos, la investigación es transversal ya que los mismos fueron recolectados en un solo momento, y en cuanto al análisis de los datos obtenidos la investigación es de tipo descriptiva dado que el objetivo es examinar, describir y establecer relación entre las distintas variables del tratamiento kinésico en la parálisis de Bell.

El muestreo es de tipo no probabilístico por conveniencia. Por lo tanto, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador.

El universo está conformado por 30 kinesiólogos de la ciudad de Mar del Plata que hayan tratado casos de parálisis de Bell.

Criterios de selección de población

Criterios de inclusión:

- Kinesiólogos que trabajen en instituciones privadas o públicas de la ciudad de Mar del Plata.
- Que hayan realizado rehabilitación en parálisis de Bell.

Criterios de exclusión:

- Kinesiólogos que se nieguen a brindar su consentimiento.
- Kinesiólogos que no hayan atendido casos de parálisis de Bell.

Las variables sujetas a análisis se detallan a continuación.

- **SEXO**

Definición conceptual: Conjunto de características físicas y constitucionales de los seres humanos, por las cuales pueden ser hombre o mujeres.

Definición operacional: Conjunto de características físicas y constitucionales de los seres humanos, por las cuales pueden ser hombre o mujeres. El dato se obtiene mediante encuesta cara a cara y se considera femenino o masculino.

- **EDAD**

Definición conceptual: Periodo de vida humana que se toma en cuenta desde la fecha de nacimiento.

Definición operacional: Periodo de vida humana que se toma en cuenta desde la fecha de nacimiento de los Kinesiólogos de la ciudad de Mar del Plata. El dato se obtiene por encuesta cara a cara por pregunta abierta

- **ESPECIALIDAD KINÉSICA**

Definición conceptual: Rama de la kinesiología a la que se dedica el profesional.

Definición operacional: Rama de la kinesiología a la que se dedica el profesional. El dato se obtiene por encuesta cara a cara por pregunta abierta.

- **ANTIGÜEDAD LABORAL**

Definición conceptual: Tiempo total que tiene una persona prestando sus servicios en determinado rubro.

Definición operacional: Tiempo que llevan trabajando como kinesiólogos los profesionales de la ciudad de Mar del Plata. Este dato se obtiene mediante encuesta cara a cara realizada a los kinesiólogos.

Se considera:

Menos de 5 años		Entre 5 y 10 años		Más de 10 años	
-----------------	--	-------------------	--	----------------	--

- **OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

Definición conceptual: Metas terapéuticas establecidas por los profesionales como guía del tratamiento realizado.

Definición operacional: Metas terapéuticas establecidas por los profesionales como guía del tratamiento realizado para los pacientes que sufren parálisis de Bell. Los datos se obtienen a través de una encuesta cara a cara al kinesiólogo mediante una pregunta abierta.

• **EVALUACIÓN KINESICA**

Definición conceptual: Valoración realizada por el kinesiólogo para confirmar un diagnóstico.

Definición operacional: Valoración realizada por el kinesiólogo sobre el paciente para confirmar el diagnóstico de parálisis de Bell, y establecer la gravedad de la misma. La información se obtiene mediante encuesta cara a cara indagando si el profesional utiliza los siguientes métodos de evaluación:

Escalas

Escala House-Brackmann (mide el grado de severidad de la parálisis)	
Escala Sunnybrook (Evalúa el tono, los movimientos faciales y las sincinesias)	
Valoración de la fuerza muscular	
Valoración del tono muscular	
Evaluación de sincinesias	
Otros	

Signos semiológicos

Signo de Bell (al intentar cerrar el ojo los parpados no se aproximan, quedando visible solo la córnea)	
Signo de Pitres. (Cuando el paciente muestra los dientes se exagera la comisura labial del lado sano)	
Signo de desnivel pupilar de Negro. (al intentar mirar hacia arriba, el globo ocular del lado afectado está más elevado que el del lado sano)	
Signo del techo de Froment. (Cuando el paciente intenta cerrar los ojos mirando hacia arriba, la oclusión es retardada e incompleta en el lado afectado)	
Otro	

Además se indaga si se realiza una reevaluación del paciente y cuantas sesiones

• **CLINICA**

Definición conceptual: Signos y síntomas característicos de una patología referidos por el profesional.

Definición operacional: Signos y síntomas característicos de la parálisis de Bell referidos por los kinesiólogos. La información se obtuvo mediante una encuesta al kinesiólogo en la cual debe optar por cinco signos clínicos que considera característicos de la parálisis de Bell. Se consideran las siguientes opciones.

Debilidad facial evidente.	
Irritación en el ojo.	
Dolor retroauricular .	
Hiperacusia .	
Desviación de la comisura labial .	
Alteración en el lagrimeo .	
Dificultad para hablar.	
Alteración de la sensibilidad.	
Dificultad para la oclusión ocular.	
Alteración del gusto.	

• **ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS**

Definición conceptual: Distintos elementos utilizados y acciones llevadas a cabo por el profesional durante el tratamiento.

Definición operacional: Distintos elementos utilizados y acciones llevadas a cabo por el kinesiólogo durante el tratamiento de la parálisis de Bell. La información es recolectada mediante una encuesta cara a cara al kinesiólogo a través de las siguientes preguntas. El profesional contesto si utiliza agentes de fisioterapia, y en caso de hacerlo deberá seleccionarlos e indicar el tiempo de aplicación, Se considera:

		Tiempo
Magnetoterapia		.....min
Ultrasonido		.....min
Laser		.....min
Electroestimulación		.....min
IR/ termoterapia		.....min
Otro.....		.....min

El profesional indica si utiliza masajes y con qué propósito lo hace durante el tratamiento. Además, se indaga si utiliza alguno de estos elementos durante el tratamiento entre los que se proponen espejo, globos, sorbetes, otros, y si utiliza técnicas kinésicas durante el tratamiento:

FNP	Vendaje neuromuscular	Acupuntura	Otro.....
------------	------------------------------	-------------------	------------------

• **EJERCICIOS INDICADOS**

Definición conceptual: Actividades recomendadas por el profesional durante el tratamiento.

Definición operacional: Actividades indicadas por el kinesiólogo durante el tratamiento con el fin de reestablecer la función normal del rostro. La información se obtuvo mediante una encuesta cara a cara al kinesiólogo en la cual se preguntó qué tipo de ejercicios le indica al paciente y cuanto tiempo de la sesión destina a los mismos.

- **INDICACIONES PARA EL AUTOCUIDADO**

Definición conceptual: Consejos y pautas que brinda el profesional al paciente para evitar complicaciones y lograr una recuperación más rápida.

Definición operacional: Consejos y pautas que brinda el kinesiólogo al paciente para evitar complicaciones y lograr una recuperación más rápida de la parálisis de Bell.

La información se obtuvo mediante una encuesta cara a cara al kinesiólogo, mediante una pregunta que indago sobre las pautas de ejercicio y autocuidado para la parálisis de Bell.

- **GRADO DE ADHERENCIA REFERIDO**

Definición conceptual: Nivel de adhesión por parte de los pacientes al tratamiento.

Definición operacional: Nivel de adhesión por parte de los pacientes al tratamiento de la parálisis de Bell. En este caso se tuvo en cuenta el nivel de adhesión que consideran los kinesiólogos. La información se obtuvo mediante una encuesta cara a cara al kinesiólogo. Con una pregunta que indago sobre el grado de adherencia al tratamiento y se consideraron las siguientes opciones:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo
----------	------	-------	------

También se consultó sobre el grado de adherencia a las pautas de ejercicio y autocuidado

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo
----------	------	-------	------

Se consultó por qué y cuáles son los factores que el kinesiólogo considera que pueden llevar al paciente al abandono del tratamiento y se consideraron las siguientes opciones:

Falta de motivación	
Falta de información acerca de la patología	
El paciente no observa mejoría	
Desconocimiento sobre los beneficios del tratamiento	
Otros.....	

Se consultó el nivel de comunicación que mantiene con sus pacientes.

Siempre	
Casi siempre	
Algunas veces	
Pocas veces	
Nunca	

Se consultó por qué.

A continuación, se adjunta el consentimiento informado y el instrumento implementado para la recolección de datos:

Consentimiento informado

Yo..... Acepto formar parte de la investigación realizada por el alumno Mariano Sayago, cuyo objetivo es analizar los objetivos y las estrategias utilizadas para el tratamiento de la parálisis de Bell y el grado de adherencia al mismo en la ciudad de Mar del Plata.

Declaro que se me ha informado que estos datos serán utilizados en forma anónima y confidencial en una investigación que se implementa como trabajo final de graduación.

Conforme con la información brindada, la cual ha sido leída y comprendida perfectamente, otorgo mi consentimiento para participar de dicha investigación.

.....

Firma y aclaración del profesional

.....

Firma y aclaración del investigador

1. Sexo: F
2. Edad: 3. Especialidad Kinésica:
4. Antigüedad laboral:
5. ¿Realiza una evaluación al paciente con diagnóstico de parálisis de Bell antes de iniciar el tratamiento?

SI NO

a. ¿Tiene en cuenta alguno de estos elementos a la hora de realizarla? Marque con una x.

Escala House-Brackmann (mide el grado de severidad de la parálisis)	
Escala Sunnybrook (Evalúa el tono, los movimientos faciales y las sincinesias)	
Valoración de la fuerza muscular	
Valoración del tono muscular	
Evaluación de sincinesias	
Otros.....	

b. ¿Utiliza algunos de estos signos semiológicos para la confirmación del diagnóstico? Marque con una x

Signo de Bell (al intentar cerrar el ojo los párpados no se aproximan, quedando visible solo la córnea)	
Signo de Pitres. (Cuando el paciente muestra los dientes se exagera la comisura labial del lado sano)	
Signo de desnivel pupilar de Negro. (al intentar mirar hacia arriba, el globo ocular del lado afectado está más elevado que el del lado sano)	
Signo del techo de Froment. (Cuando el paciente intenta cerrar los ojos mirando hacia arriba, la oclusión es retardada e incompleta en el lado afectado)	
Otro	

- c. ¿Realiza una reevaluación del paciente?

SI

d. ¿Cada cuantas sesiones?

6. ¿Cuáles son los principales objetivos que se plantea a la hora de tratar a un paciente que sufre parálisis de Bell?

.....

7. ¿Cuáles son para usted los principales signos y síntomas que observa en los pacientes que presentan parálisis de Bell? Puede seleccionar solo 5 opciones.

Debilidad facial evidente.	
Irritación en el ojo.	
Dolor retroauricular .	
Hiperacusia .	
Desviación de la comisura labial .	
Alteración en el lagrimeo .	
Dificultad para hablar.	
Alteración de la sensibilidad.	
Dificultad para la oclusión ocular.	
Alteración del gusto.	

8. ¿Utiliza agentes de fisioterapia durante el tratamiento?

SI NO

a. Marque aquellos que utiliza y el tiempo aproximado de aplicación. Puede seleccionar más de uno.

	Tiempo
Magnetoterapia	.....min
Ultrasonido	.....min
Laser	.....min
Electroestimulación	.....min
IR/ termoterapia	.....min
Otro.....	.....min

9. ¿Qué tipo de ejercicios le indica al paciente?

.....

a. ¿Cuánto tiempo de la sesión dedica a la realización de los mismos?

.....

10. ¿Realiza masajes al paciente?

SI NO

a. ¿Con que propósito?

.....

11. ¿Utiliza alguno de estos elementos durante el tratamiento? Puede seleccionar más de uno.

Espejo	Globos	Sorbete	Otros.....
--------	--------	---------	------------

12. ¿Utiliza alguna de estas técnicas kinésicas durante el tratamiento?

FNP	Vendaje neuromuscular	Acupuntura	Otro.....
-----	-----------------------	------------	-----------

13. ¿Cuáles son las pautas de ejercicio y autocuidado para la parálisis de Bell que indica al paciente?

.....

14. ¿Cuál es para usted el grado de adherencia que tienen los pacientes con parálisis de Bell al tratamiento kinésico?

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Nulo
----------	------	-------	------	------

15. ¿Y el grado de adherencia a las pautas de ejercicio y autocuidado?

Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Nulo
----------	------	-------	------	------

b.¿Por qué?

.....

16. ¿Cuáles cree usted que son los factores que pueden llevar al paciente al abandono del tratamiento? Puede seleccionar más de uno.

Falta de motivación	
Falta de información acerca de la patología	
El paciente no observa mejoría	
Desconocimiento sobre los beneficios del tratamiento	
Otros.....	

17. ¿Dialoga con el paciente acerca de su patología, el tratamiento y los posibles tiempos de recuperación?

Siempre	
Casi siempre	
Algunas veces	
Pocas veces	
Nunca	

a. ¿Por qué?

.....

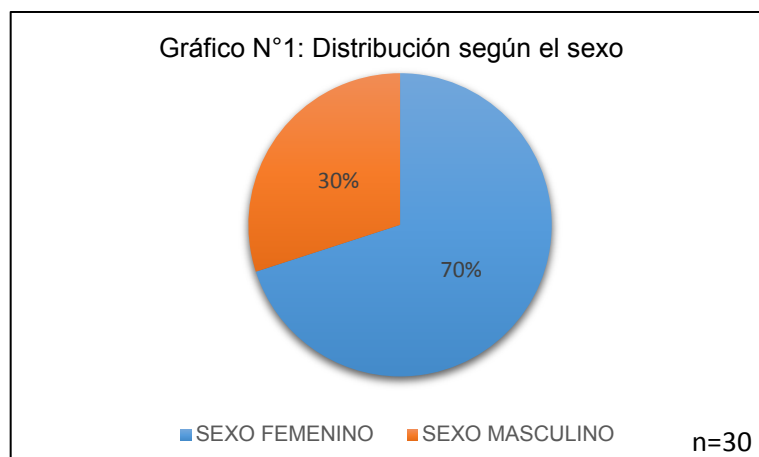
.....

.....

Análisis de Datos

Durante noviembre del año 2018, con el objetivo principal de indagar sobre los objetivos y las estrategias que utilizan los kinesiólogos para la rehabilitación de la parálisis facial periférica, y el grado de adherencia al tratamiento, se procedió a encuestar un total de 30 kinesiólogos que realizan sus actividades en la ciudad de Mar del Plata.

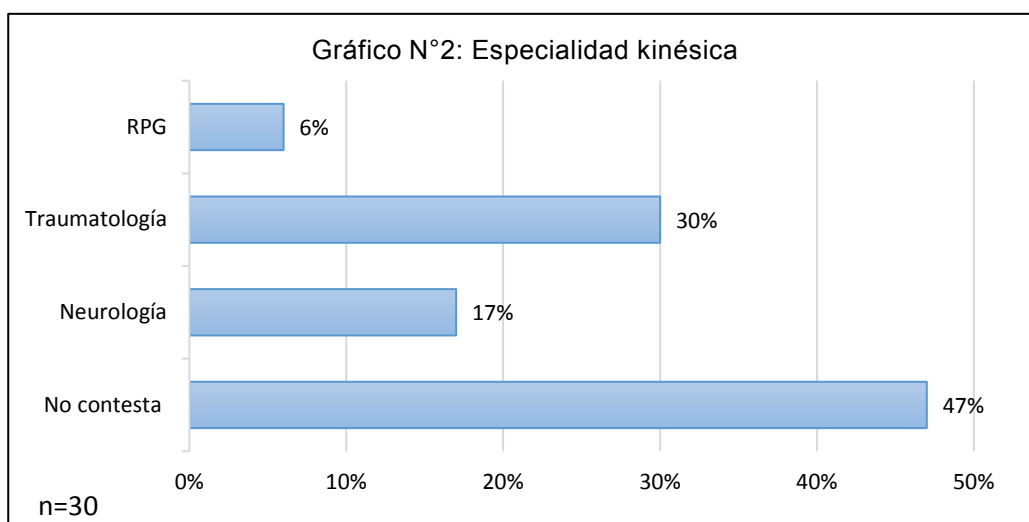
En primera instancia se determinó el sexo de los profesionales.



Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que el 70% de los profesionales son de sexo femenino y el 30% restante de sexo masculino. En cuanto a la edad, el rango varió entre 24 y 59 años, mientras que la media se estableció en 31.7 años.

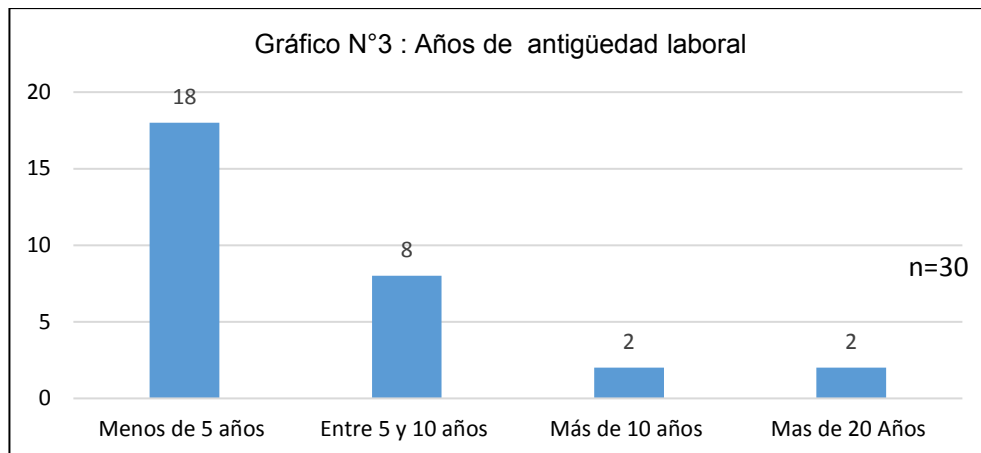
En el siguiente gráfico se detallan las distintas especialidades desarrolladas por los kinesiólogos encuestados.



Fuente: Elaboración propia.

El 47% de los profesionales no contestó tener alguna especialidad, el 30% indicó estar especializado en el área de traumatología, el 17% en el área de neurología, mientras que el 6% indicó estar especializado en RPG (reeducción postural global).

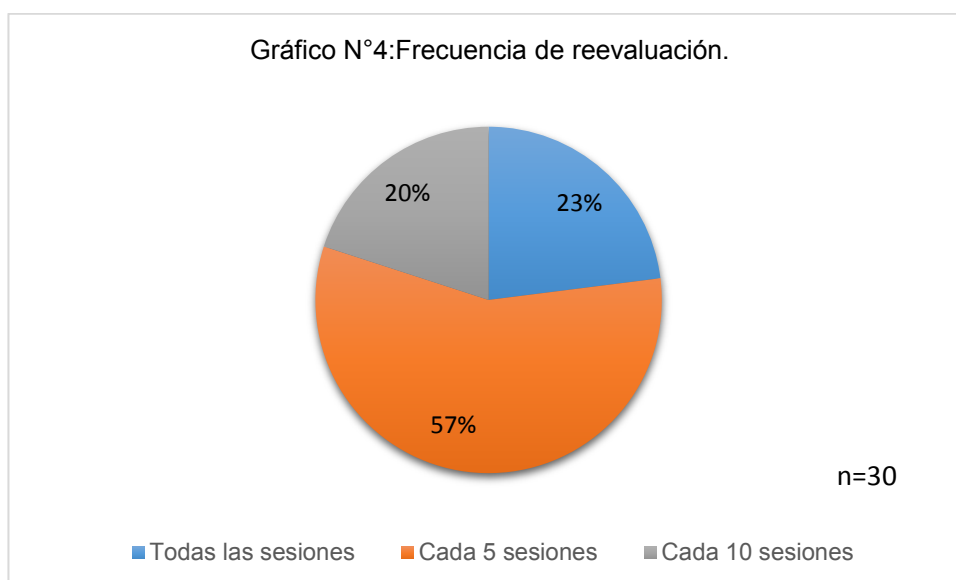
En el siguiente gráfico se pueden observar los años de antigüedad laboral de los kinesiólogos.



Fuente: Elaboración propia.

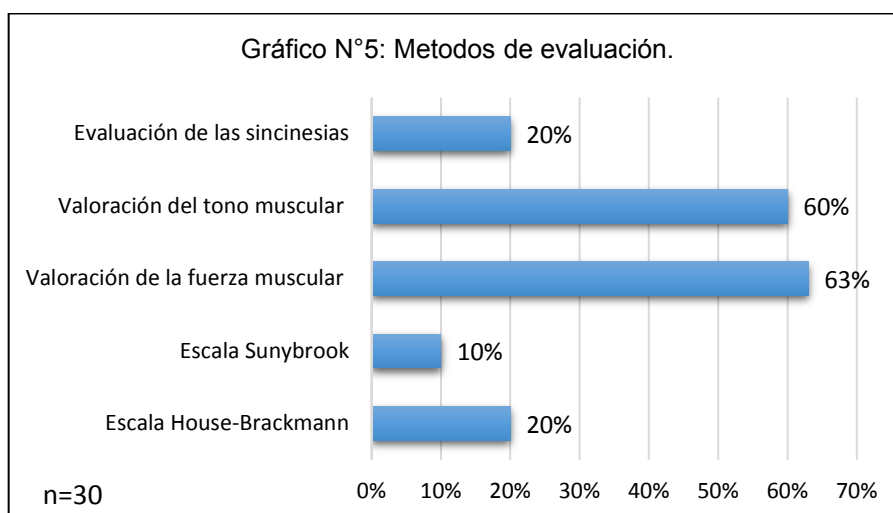
De los 30 profesionales encuestados, 18 de ellos tienen menos de 5 años en el ejercicio de la profesión, 8 de ellos tienen entre 5 y 10 años, 2 tienen más de 10 años y 2 de ellos superan los 20 años de antigüedad laboral.

En cuanto a lo que refiere al inicio del tratamiento, el 100% de los encuestados afirman realizar una evaluación al paciente que se presenta con diagnóstico de parálisis de Bell. Mientras que, respecto a la frecuencia de reevaluación de la parálisis, el 57% lo hace cada 5 sesiones, el 23% todas las sesiones y el 20% vuelve a evaluar al paciente luego de 10 sesiones.



Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente gráfico se pueden observar los diferentes métodos de evaluación utilizados por los profesionales.



Fuente: Elaboración propia.

Se puede apreciar que los kinesiólogos se enfocan en evaluar principalmente la fuerza muscular con 63% y el tono muscular con 60%, mientras que las sincinesias son evaluadas en menor medida con 20%. En cuanto a las escalas de evaluación que existen para evaluar la parálisis facial, el 20% de los profesionales refirió usar la escala House-Brackmann y el 10% la escala Sunybrook.

En las siguientes tablas de información se pueden observar los métodos de evaluación utilizados por los profesionales especializados en el área de neurología.

Tabla N°1: Métodos de evaluación utilizados por los profesionales especializados en neurología

Unidad de análisis	Especialidad kinésica	Evaluación kinésica al iniciar el tratamiento	Escala House Brackmann	Escala Sunybrook
2	Neurología	Si	No	No
10	Neurología	Si	Si	No
15	Neurología	Si	No	Si
18	Neurología	Si	Si	No
27	Neurología	Si	Si	No

Fuente: Elaboración propia.

Los mismos utilizan con mayor frecuencia escalas de evaluación, mientras que los profesionales especializados en el área de traumatología evalúan fundamentalmente el tono muscular y la fuerza.

Tabla N°2: Métodos de evaluación utilizados por los profesionales especializados en el área de traumatología.

Unidad de análisis	Especialidad kinésica	Evaluación kinésica al iniciar el tratamiento	Escala House Brackmann	Escala Sunybrook
3	Traumatología	Si	No	No
4	Traumatología	Si	No	No
5	Traumatología	Si	No	No
8	Traumatología	Si	No	Si
13	Traumatología	Si	No	No
17	Traumatología	Si	No	No
22	Traumatología	Si	No	No
26	Traumatología	Si	No	No
28	Traumatología	Si	No	No

Fuente: Elaboración propia.

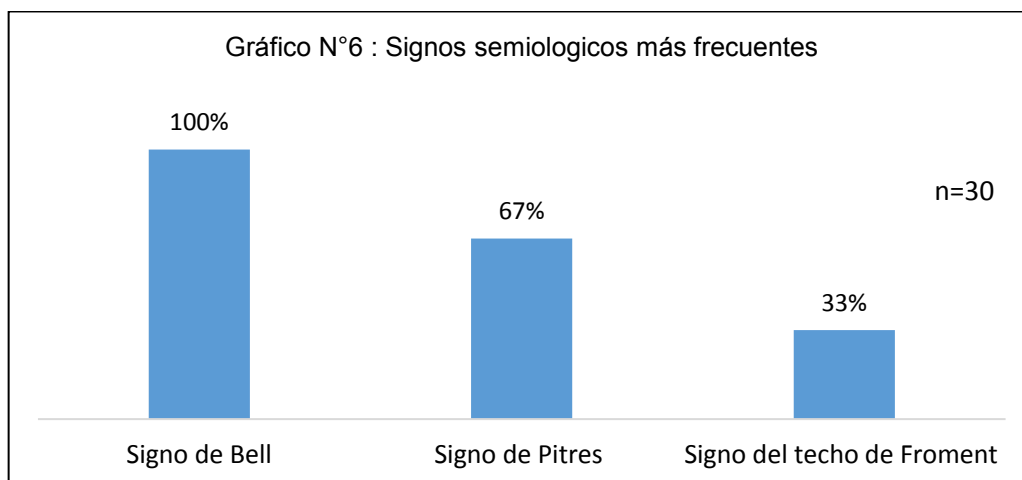
Respecto a la detección de las sincinesias, hay un bajo porcentaje de evaluación de las mismas por parte de los profesionales que se especializan en el área de traumatología.

Tabla N°3 Evaluación de sincinesias por kinesiólogos especializados en traumatología.

Unidad de análisis.	Especialidad kinésica	Evaluación kinésica al iniciar el tratamiento	Valoración de la fuerza muscular	Valoración del tono muscular	Evaluación de las sincinesias
3	Traumatología	Si	Si	Si	No
4	Traumatología	Si	Si	Si	No
5	Traumatología	Si	Si	Si	No
8	Traumatología	Si	No	No	No
13	Traumatología	Si	Si	Si	No
17	Traumatología	Si	Si	Si	No
22	Traumatología	Si	Si	Si	No
26	Traumatología	Si	Si	Si	Si
28	Traumatología	Si	Si	Si	No

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se pueden observar los signos semiológicos más frecuentemente utilizados por los profesionales durante la evaluación.

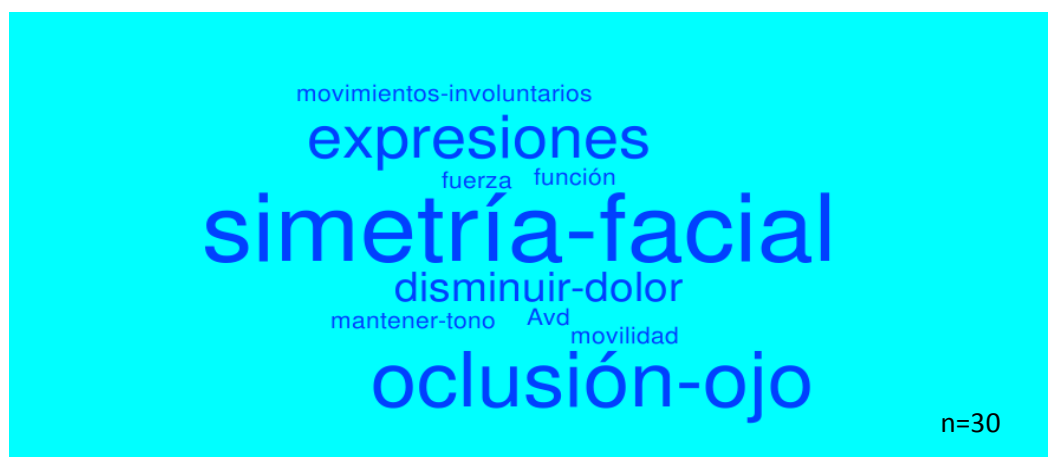


Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, el 100% de los encuestados utiliza el signo de Bell, clásico de esta patología mientras que, en segundo lugar, se encuentra el signo de Pitres, utilizado por un 67% de los profesionales. En tercer lugar, el signo del techo de Froment utilizado por un 33% de los mismos, constituyendo los 3 signos semiológicos principales que buscan detectar los kinesiólogos durante la evaluación de la parálisis facial.

A continuación, se exponen los principales objetivos que se plantean los profesionales a la hora de tratar un caso de parálisis de Bell.

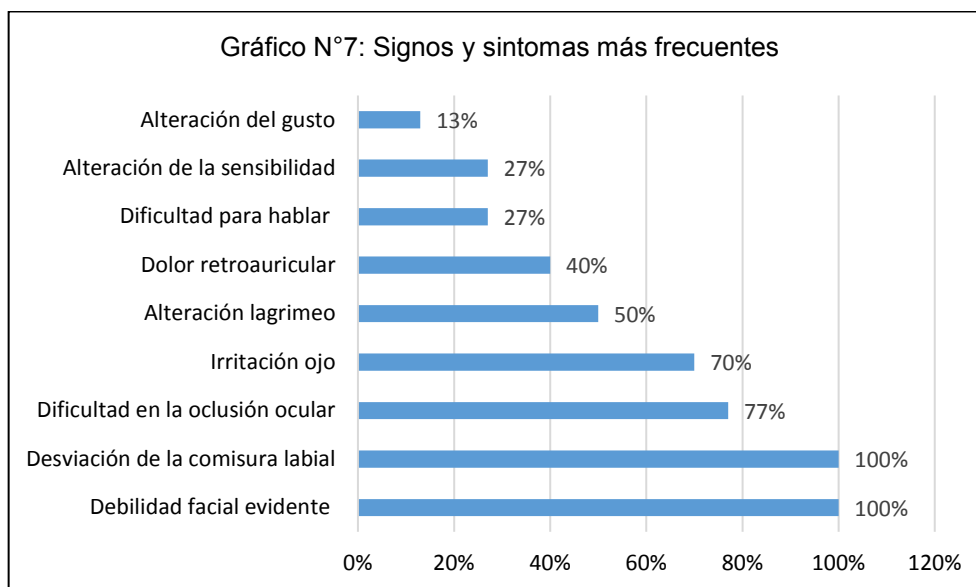
Nube de palabras N°1: Objetivos del tratamiento de la parálisis de Bell.



Fuente: Elaboración propia.

Entre los objetivos más destacados se encuentran reestablecer la simetría facial de la cara, mejorar las expresiones y lograr la correcta oclusión del ojo. Como así también destacan la importancia de disminuir el dolor, mantener el tono muscular y controlar o evitar movimientos involuntarios de los músculos faciales. Los menos frecuentes fueron los referidos a las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y los movimientos involuntarios.

En el siguiente gráfico se exponen los principales signos y síntomas que observan los kinesiólogos en los pacientes que sufren parálisis de Bell.



Fuente: Elaboración propia.

Los más destacados por los profesionales son la debilidad facial evidente y la desviación de la comisura labial con un 100% de elección, Seguidos por la dificultad en la oclusión ocular con un 77% y la irritación del ojo con un 70%, A continuación, se encuentran la alteración del lagrimeo con una 50%, el dolor retroauricular con un 40% y por último la dificultad para hablar y la alteración de la sensibilidad con 27% seguido de la alteración del gusto con 13%.

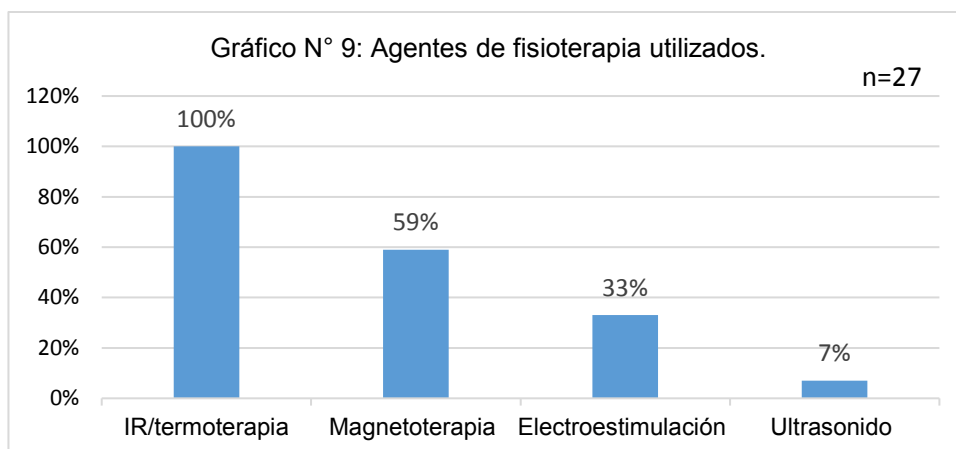
A continuación, se pueden observar la distribución de los profesionales que utilizan fisioterapia.



Fuente: Elaboración propia.

El 90% de los encuestados manifestó utilizar los mismos. Mientras que solo el 10% respondió no utilizar ningún elemento de fisioterapia durante el tratamiento.

En el siguiente gráfico se pueden observar cuales son los agentes de fisioterapia más utilizados por los profesionales.



Fuente: Elaboración propia.

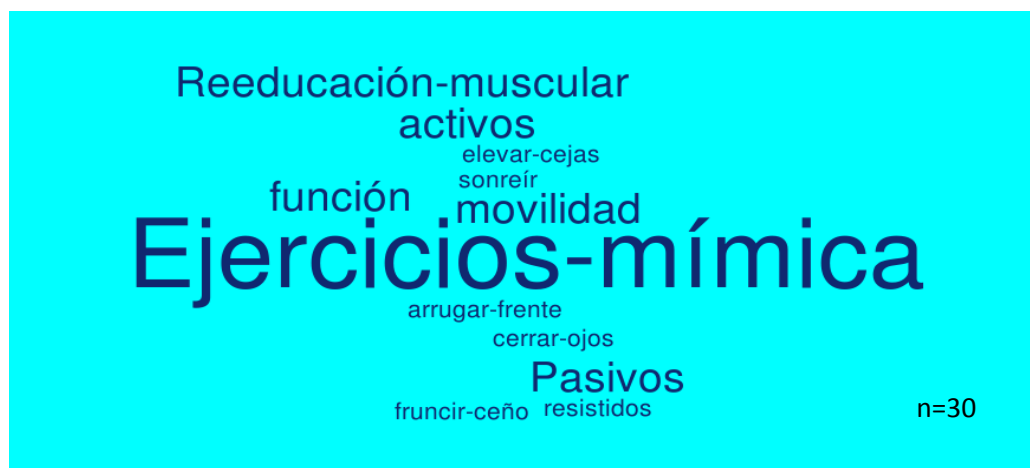
Los más utilizados son la termoterapia por el 100%, el magneto por el 59%, la electroestimulación por el 33% y, en último lugar, el ultrasonido utilizado por un 7% de los encuestados.

En lo que respecta al laser ninguno de los encuestados refirió utilizarlo durante el tratamiento.

El tiempo promedio de uso de cada agente durante la sesión es de 25 minutos para el magneto, 20 minutos para la termoterapia y la electroestimulación y 8 minutos para el ultrasonido.

A continuación, se exponen los principales ejercicios indicados por los profesionales a los pacientes.

Nube de palabras N°2: Ejercicios indicados al paciente.



Fuente: Elaboración propia.

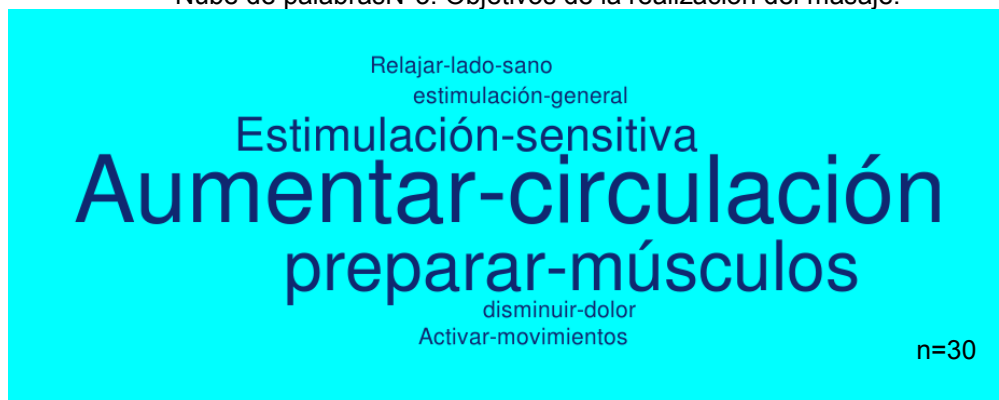
Los kinesiólogos indican realizar ejercicios de mímica facial que involucran a los distintos músculos de la cara. Algunos de los movimientos pueden ser cerrar los ojos, fruncir el ceño, sonreír, mostrar los dientes entre otros.

Además, los kinesiólogos manifestaron realizar una progresión de los mismos comenzando de forma pasiva, luego indicando ejercicios activos, para finalmente oponer resistencia a los distintos movimientos.

El promedio de tiempo de la sesión que los profesionales dedican a la realización de ejercicios es de 20 minutos.

Respecto a la realización de masajes durante el tratamiento, en el siguiente gráfico se pueden observar los principales propósitos con los que son utilizados.

Nube de palabras N°3: Objetivos de la realización del masaje.

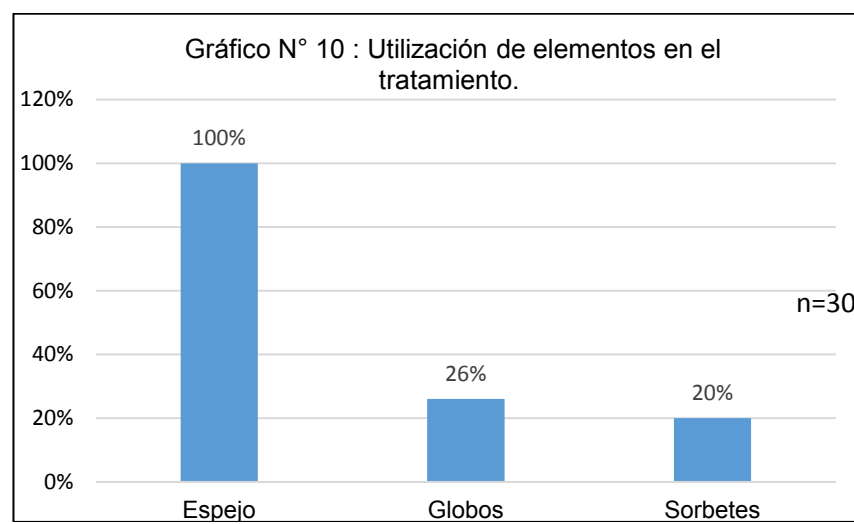


Fuente: Elaboración propia.

El 93% de los profesionales manifestó utilizarlos durante el tratamiento con diferentes propósitos.

Los propósitos más referidos fueron aumentar la circulación en el lado afectado, estimulación sensitiva, preparación de los músculos para el ejercicio. En menor medida fueron referidos la relajación del lado sano y la disminución del dolor.

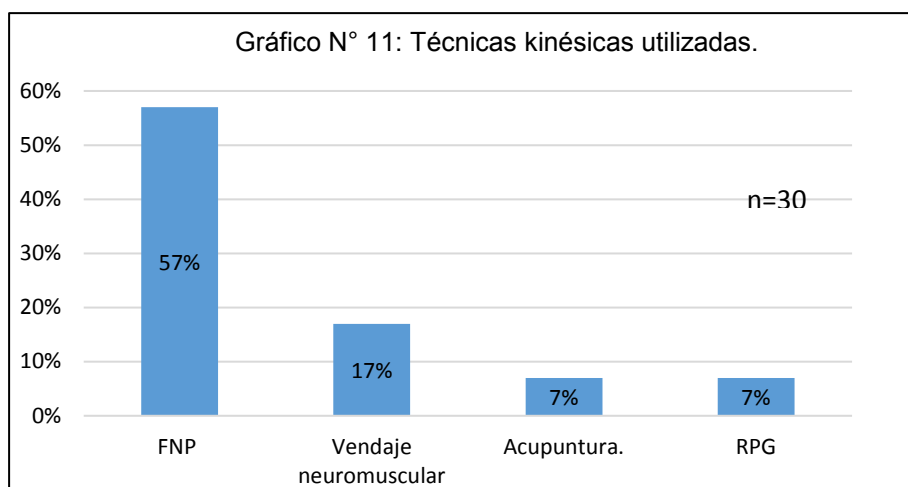
A continuación, se exponen los diferentes elementos que son utilizados durante el tratamiento.



Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los profesionales utiliza el espejo durante la sesión, el 26% utiliza también sorbetes y el 20% globos. Tal como afirma Touche (2008) la retroalimentación con espejo es un método que se ha utilizado en estudios revisados con el objeto de ofrecerle información al paciente sobre la calidad del movimiento, controlar las sincinesias y contribuir con la activación selectiva facial.

En el siguiente gráfico se pueden apreciar las diferentes técnicas kinésicas utilizadas por los profesionales.



Fuente: Elaboración propia.

El 57% de los kinesiólogos aplica FNP, el 17% vendaje neuromuscular, el 7% acupuntura y el 7% RPG. Siendo más frecuente el uso de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva que la Reeducción Postural Global para el tratamiento de la parálisis facial.

A continuación, se detallan las pautas de ejercicio y autocuidado que brindan los kinesiólogos a los pacientes.

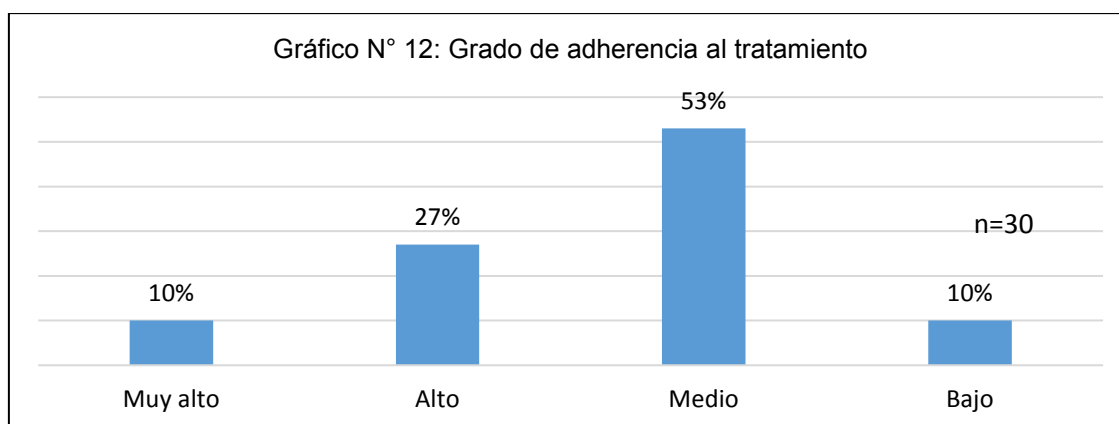
Nube de palabras N°4: Pautas de ejercicio y autocuidado.



Fuente: Elaboración propia.

Entre las principales, se puede observar que los kinesiólogos otorgan al paciente un plan de ejercicios para repetir entre una y dos veces al día frente al espejo, también indican realizar automasaje y aplicar calor local. Además, hacen hincapié en la protección del ojo recomendando el uso de anteojos de sol o de un parche oclisor, algunos de los encuestados también recomiendan cuidarse de los cambios de temperaturas bruscas.

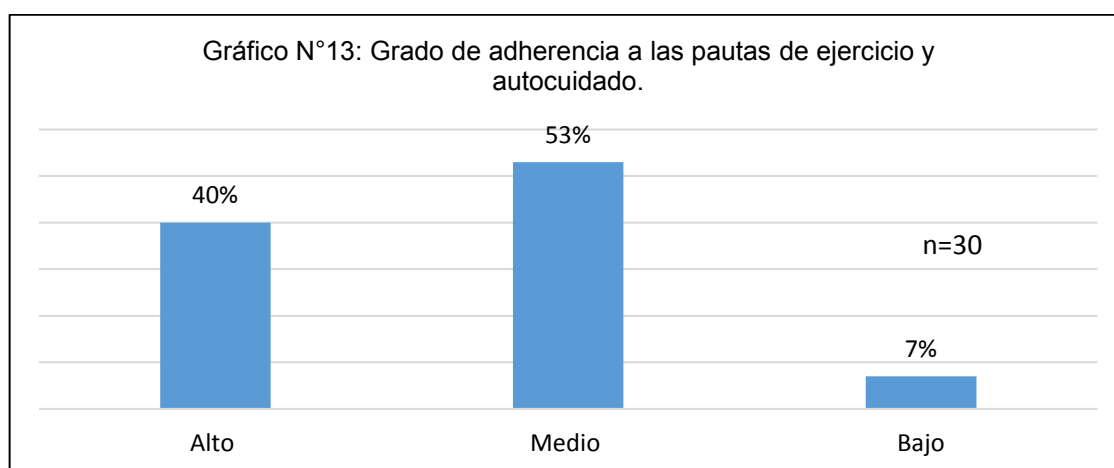
En el siguiente gráfico se puede observar cual es el grado de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes, según la opinión de los profesionales.



Fuente: Elaboración propia.

El 10% considera un grado de adherencia muy alto, el 27% un grado de adherencia alto, el 53% un grado medio mientras que el 10% restante refiere un grado de adherencia bajo por parte de los pacientes. Pudiendo determinar que más de la mitad de los kinesiólogos considera que existe una adherencia de grado medio al tratamiento kinésico.

En el siguiente gráfico se expone el grado de adherencia a las pautas de ejercicio y autocuidado.

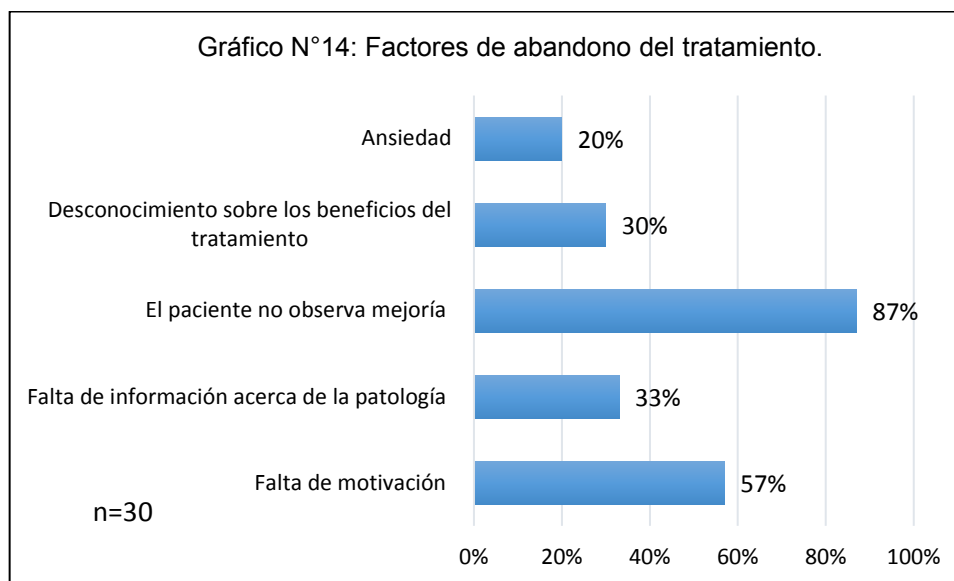


Fuente: Elaboración propia.

A diferencia del Gráfico N° 12, el 40% de los encuestados considera un grado alto de adherencia, el 53% un grado medio y el 7% considera que el grado de adherencia es bajo.

Cabe destacar que aquellos kinesiólogos que seleccionaron un grado de adherencia alto, manifestaron como principales razones el deseo de una rápida recuperación por parte del paciente, que lleva a colaborar con las pautas de tratamiento. Mientras que los kinesiólogos que seleccionaron un grado medio o bajo de adherencia manifiestan que en muchos casos la rehabilitación de la parálisis de Bell es muy larga, y además muchos pacientes no observan mejoría de inmediato al realizar el tratamiento esto genera falta de motivación y desgano que lleva a dejar de cumplir con las distintas pautas de tratamiento.

A continuación, se exponen los principales motivos de abandono del tratamiento.

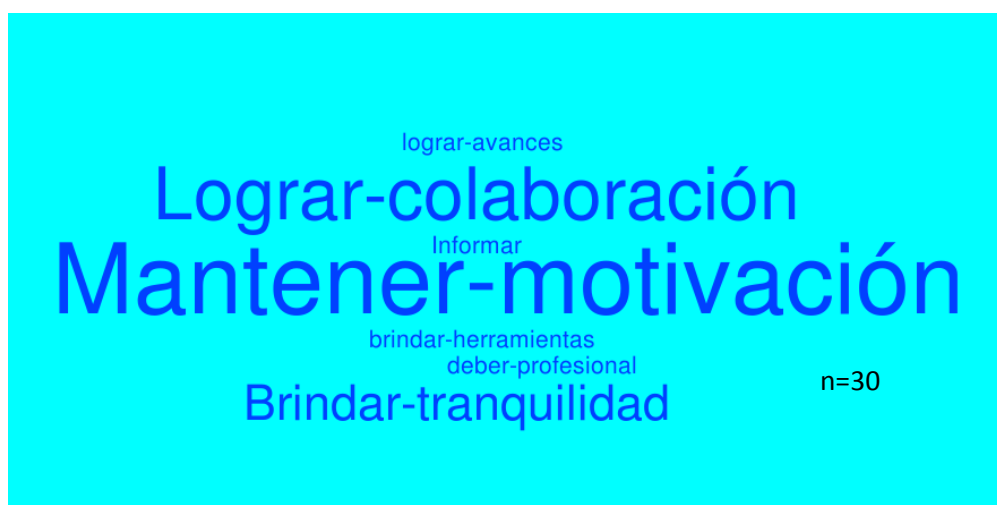


Fuente: Elaboración propia.

Los profesionales seleccionaron como principal motivo que el paciente no observa mejoría con 87%, luego se optó por la falta de motivación como otro factor clave con 57%, seguido por la falta de información acerca de la patología con el 33% el desconocimiento sobre los beneficios del tratamiento con 30% y la ansiedad que genera la patología en último lugar con 20%.

Respecto al dialogo que mantienen los profesionales con sus pacientes en relación a su patología, la totalidad de los kinesiólogos manifestó hablar siempre con los mismos sobre el tema, ya que es el deber del profesional informar al paciente sobre su patología con el fin de lograr colaboración por parte del mismo durante el tratamiento, brindarle tranquilidad y mantener la motivación.

Nube de palabras N°5 Motivos por los cuales se dialoga con el paciente



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Luego de haber analizado e interpretado los datos obtenidos como resultado de esta investigación, se obtuvieron las siguientes conclusiones.

La totalidad de los profesionales encuestados realizan una evaluación inicial al comienzo del tratamiento. En cuanto a los métodos que utilizan, principalmente los profesionales se apoyan en la valoración de la fuerza muscular con el 63% y del tono con 60%. En cuanto a las sincinesias, las mismas son evaluadas con menor frecuencia por los encuestados con un 20%. En lo que refiere a las escalas de evaluación, se puede afirmar que son usadas más frecuentemente por los profesionales especializados en el área de neurología. Estos métodos de evaluación estandarizados son de gran utilidad, ya que permiten realizar una comparación de la función facial más eficiente durante el proceso de rehabilitación.

Respecto a los signos semiológicos utilizados durante el proceso de evaluación los más frecuentes son el signo de Bell utilizados por el 100% de los profesionales, el signo de Pitres por el 67% y el signo del techo de Froment en menor medida por el 33%.

En relación a los objetivos que se plantean los profesionales a la hora de tratar la parálisis de Bell, los principales son reestablecer la simetría facial de la cara, mejorar las expresiones y lograr la correcta oclusión del ojo que en ocasiones sufre alteraciones en el lagrimeo o resequedad, Así como también consideran importante disminuir el dolor, mantener el tono muscular y controlar o evitar movimientos involuntarios, con el fin de que la persona pueda volver a realizar las actividades de la vida diaria en el menor tiempo posible.

Los principales signos y síntomas que los profesionales refirieron encontrarse con mayor frecuencia fueron la debilidad facial evidente y la desviación de la comisura labial con un 100% de elección, Seguidos por la dificultad en la oclusión ocular con un 77% y la irritación del ojo con un 70%, A continuación, se encuentran la alteración del lagrimeo con una 50%, el dolor retroauricular con un 40% y por último la dificultad para hablar y la alteración de la sensibilidad con 27% seguido de la alteración del gusto con 13% en el último lugar.

En relación a la utilización de agentes de fisioterapia durante el tratamiento el 90% de los profesionales manifestó emplearlos durante el mismo, mientras que el 10% un utiliza ningún tipo de aparato. Los utilizados con mayor frecuencia fueron la termoterapia con un 100% de uso, el magneto con un 59%, la electroestimulación en un 33% de los casos, y en último lugar el ultrasonido en un 7%.

Los ejercicios indicados con mayor frecuencia son los relacionados con la mímica facial, que involucran a los distintos músculos de la cara al realizar los distintos gestos. Muchos de los profesionales comienzan con los ejercicios de manera pasiva progresando luego a ejercicios activos y resistidos siempre frente al espejo lo que permite al paciente tener una mejor apreciación y control de los movimientos que realiza.

En cuanto a las indicaciones que brindan los kinesiólogos a los pacientes para el autocuidado de la parálisis, las mismas están enfocadas principalmente en el cuidado del ojo a

través de la aplicación de un parche o de lentes de sol, la aplicación de calor y automasaje junto son el suministro de un plan de ejercicios que suelen ser los mismos indicados en el consultorio.

Respecto al grado de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes, según la opinión de los profesionales. El 53% de los profesionales lo considera un grado medio, el 10% un grado bajo, el 27% un grado alto y solo el 10% uno muy alto. Cuando se les consultó a los profesionales por las razones que perciben este grado de adherencia, aquellos que contestaron un grado medio o bajo que representan el 63% manifestaron que la rehabilitación de la parálisis es un proceso largo y que afecta a la parte más visible del paciente que es el rostro, esto hace que la persona sienta frustración al no obtener mejorías en un corto periodo de tiempo y pueda abandonar el tratamiento.

En cuanto a los factores que pueden llevar al abandono del tratamiento los kinesiólogos indicaron como principal motivo que el paciente no observa mejoría con 87% luego se optó por la falta de motivación como otro factor clave con 57%, seguido por la falta de información acerca de la patología con el 33% el desconocimiento sobre los beneficios del tratamiento con 33% y la ansiedad que genera la patología en último lugar con 20%.

Como conclusión a este análisis se podría destacar la importancia de dar a conocer y utilizar escalas de evaluación para la parálisis de Bell, ya que las mismas permiten realizar una evaluación rápida, estandarizada y que permite conocer de manera más eficiente los avances que se pueden lograr durante el tratamiento.

En concordancia con lo expuesto en el marco teórico los kinesiólogos toman como pilar del tratamiento la realización de ejercicios ya que los mismos permitirán restablecer la alineación normal del rostro y recuperar la funcionalidad de los músculos, más allá de la controversia que pueda existir en el uso de determinados agentes de fisioterapia.

El grado de adherencia al tratamiento que consideran los kinesiólogos es de medio a bajo debido a que los pacientes principalmente no observan mejoría o presentan falta de motivación.

Si bien la totalidad de los kinesiólogos manifestó hablar con los pacientes sobre su afección sería beneficioso poner aun mayor énfasis en la educación al paciente, comunicándole que la rehabilitación de esta patología es un proceso largo que puede llevar varios meses, y que después de algunos periodos sin evolución, los avances prosiguen.

También debe tenerse en cuenta que la parálisis facial no solo genera molestias funcionales como la dificultad para ingerir alimentos, comunicarse o ver normalmente sino que también afecta la psicología de la persona, ya que la estética de su parte más visible se ve afectada, por lo que también podría ser de gran ayuda la intervención psicológica en el paciente que sufre esta patología con el fin de reforzar la motivación, y evitar el abandono del tratamiento ya que esta patología, como se mencionó anteriormente, en muchos casos requiere de un tratamiento prolongado y de una gran implicación y colaboración por parte del paciente.

A partir de lo expuesto en este trabajo pueden surgir las siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

- ¿Qué grado de conocimiento tienen los kinesiólogos acerca de los distintos métodos de evaluación que existen para la parálisis de Bell?
- ¿Cuáles pueden ser las estrategias de comunicación más efectivas que pueden utilizar los kinesiólogos para evitar el abandono del tratamiento?
- ¿Cuáles son estrategias terapéuticas válidas para aumentar la tasa de adherencia al tratamiento kinésico?

Bibliografia

- Aboytes M, C., & Torres V, A. (2006). Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial. *Revista médica del hospital general de México.*, 70-77.
- Adler S, S., Beckers, & Buck, M. (2002). *La Facilitación Neuromuscular Propioceptiva en la práctica*. Médica Panamericana .
- Álvarez Sánchez, C., Mora Vargas, N., & González Cortés, R. (2015). Parálisis facial periférica: enfoque desde la medicina física y rehabilitación en Costa Rica. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 249-255.
- Avendaño Sosa, G., Sánchez Ramón, J., Valier Izquierdo, C., Chapital Solís, B., & Arcos González, I. (2015). Experiencia en el manejo de parálisis facial periférica con vendaje neuromuscular en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Tabasco. *Revista salud en Tabasco.*, 71-77.
- Benitez, S., Danilla, S., Troncoso, E., Moya, A., & Mann, J. (2016). Manejo integral de la parálisis facial. *Revista médica clínica los Condes.*, 22-28.
- Cáceres Martínez, I. (2013). *Proyecto de tratamiento fisioterapéutico en pacientes con parálisis facial periférica*. Alcalá de Henares.: Universidad de Alcalá.
- Chávez, E. P., Martínez, C. G., Guzmán González, J. M., Rodríguez, D. E., Roldán, V. M., de Oca, R. D., & Corchado, J. R. (2004). Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 425-436.
- Chevalier, A. (2003). *Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas*. París: Encycl Méd Chir 26-463-B-10.
- Delgado C, M., Sánchez d R, M., Díaz G, A., Parson W, G., & González A, E. (2011). Tratamiento combinado de campo magnético, láser y ejercicio en la parálisis facial periférica idiopática. *Asociación española de fisioterapeutas*, 99-104.
- Devèze, A., Ambrun, A., Gratacap, M., Céruse, P., Dubreuil, C., & Tringali, S. (2013). Parálisis facial periférica. *EMC-Otorrinolaringología.*, 1-24.
- Epprecht, P., Novas, E., & Mas, S. (2012). *Semiología, exploración y patología del nervio facial*. Palma de Mallorca.: Hospital Universitario Son Dureta.
- Esteban, A., & Mohedas, J. (2015). *Parálisis facial (parálisis de Bell)*.
- Fargher, K., & Coulson, S. (2017). Effectiveness of electrical stimulation for rehabilitation of facial nerve paralysis. *Physical Therapy Reviews*, 169-176.

- La Touche, R., Escalante, K., Linares, M., & Mesa, J. (2008). Efectividad del tratamiento de fisioterapia en la parálisis facial periférica. Revisión sistemática. *Revista de neurología*, 714-718.
- Lizano Barrantes, C., & Ortiz Ureña, A. (2012). Parálisis de Bell: generalidades y manejo terapéutico en los pacientes afectados con esta condición. *Pharmaceutical Care-La Farmacoterapia*, 30-36.
- Luque López, M., Guerrero Flores, S., & Buforn Galiana, A. (2001). *Parálisis Facial*. Málaga: Hospital clínico universitario virgen Victoria.
- Manikandan, N. (2007). Effect of facial neuromuscular re-education on facial symmetry in patients with Bell's palsy: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* , 338-343.
- OMS, o. m. (2016). *Estadísticas sobre pacientes que contraen parálisis facial*. Conferencia Documento de referencia. Ginebra.
- Paredes Rojas, L. (2018). *Tratamiento fisioterapéutico en parálisis facial periférica*. Lima: Universidad Inca Garcilaso De La Vega.
- Piña, J. A. (2011). Parálisis de Bell: Algoritmo actual y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial.*, 68-75.
- Quesada Marín, P., López Aguado, D., & Quesada Martínez, J. (2010). *Parálisis facial periférica. Complicaciones y secuelas*. Badalona : Euromedice, ediciones médicas.
- Ríos Rodríguez, S. (2016). Electroestimulación muscular selectiva utilizada en el tratamiento kinésico de pacientes con parálisis facial periférica aguda y crónica. *Rev. Fac. Med. UNNE*, 43-47.
- Rodríguez Ortiz, M., Mangas Martínez, S., Ortiz Reyes, M., Rosete Gil, H., Vales Hidalgo, O., & Hinojosa González, R. (2011). Parálisis facial périca. Tratamientos y consideraciones. *Archivo Neurociencias, México.*, 148-155.
- Sanchez Benites, V. (2017). *Eficacia de Taping Neuromuscular en pacientes con Parálisis de Bell atendidos en la Maternidad de María, entre Agosto- Octubre 2017*. Chimbote: Universidad San Pedro.
- Seddon, H. (1943). Three types of nerve injuries. *Brain*, 237-243.
- Snell, R. (2007). *Neuroanatomía Clínica*. Buenos Aires.: Ed. Médica Panamericana.
- Sunderland, S. (1951). A classification of peripheral nerve injuries producing loss function. *Brain*, 491-497.

Vega Alarcón, A., & Pane Pianese, C. (2005). Evaluación de manifestaciones neurológicas pre y postoperatotias en pacientes con tumores glómicos, experiencia del INNN. *Archivo neurociencias México*, 230-244.

Watson Gutiérrez, D. (2011). Parálisis de Bell. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.*, 97-101.

Wellpath. (2014). Obtenido de <http://wellpath.uniovi.es>

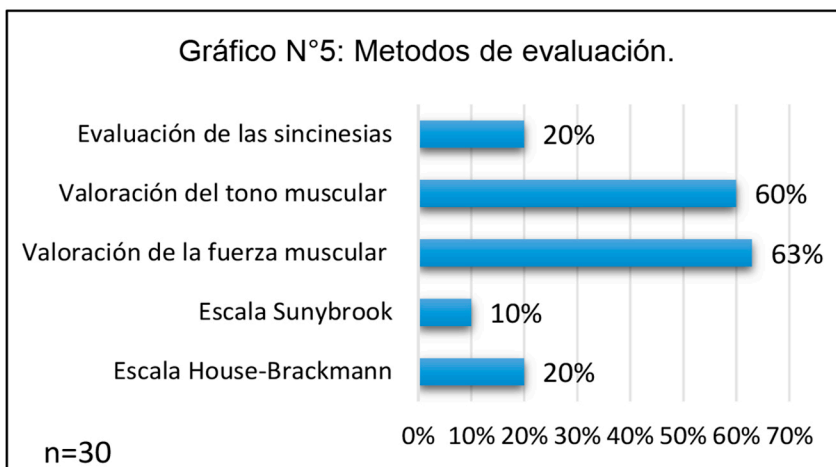
Parálisis de Bell

Grado de Adherencia y Estrategias de Tratamiento

Tesis de Licenciatura - Mariano Sayago

La parálisis facial periférica, o parálisis de Bell es la causa más frecuente de parálisis facial aguda. La misma afecta al nervio facial, generando un déficit motor y sensitivo en su porción periférica, lo que produce complicaciones funcionales, estéticas y psicológicas en las personas que la sufren. Si bien es una patología de alta incidencia, aun hoy existen diferencias en el criterio de tratamiento que debe llevarse a cabo. La duración prolongada del mismo y la alta colaboración que implica por parte del paciente generan que al no percibirse avances en el proceso de rehabilitación la continuidad del tratamiento esté en riesgo.

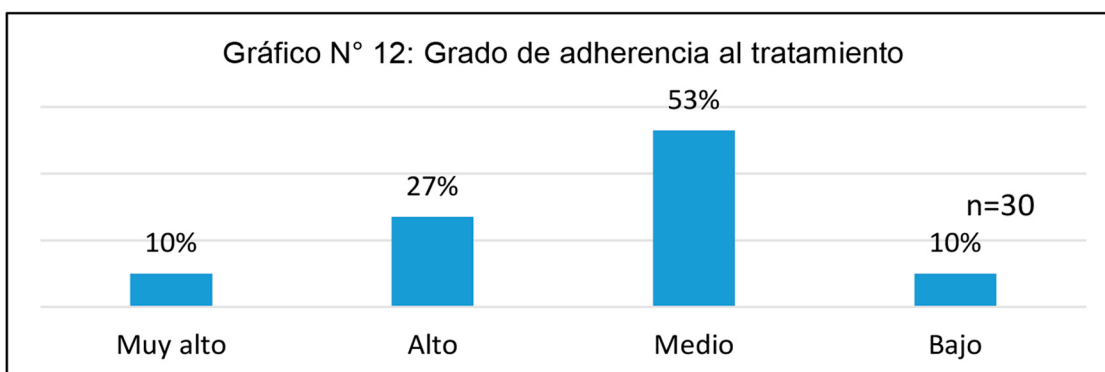
Objetivo General: Indagar los objetivos y las estrategias que utilizan los kinesiólogos para la rehabilitación de la parálisis facial periférica, y el grado de adherencia al tratamiento, en la Ciudad de Mar del Plata durante el año 2018.



Material y métodos: Se realizó una investigación de tipo trasversal, descriptiva, no experimental y cuantitativa. El muestreo es de tipo no probabilístico encuestando a 30 Licenciados en Kinesiología de la ciudad de Mar del Plata.

Resultados: La totalidad de los kinesiólogos realiza una evaluación al iniciar el tratamiento, utilizando como principales elementos la valoración de la fuerza muscular en el 63% de los casos y del tono en un 60%. En cuanto a las escalas estandarizadas de evaluación, las

mismas son utilizadas en su mayoría solo por los profesionales especializados en el área de neurología. Los principales objetivos que se plantean los profesionales son reestablecer la asimetría facial del rostro y mejorar las expresiones, mantener el tono muscular, evitar sincinesias y lograr la correcta oclusión del ojo. La realización de ejercicios de mímica y la reducción muscular constituyen el pilar del tratamiento para la recuperación del paciente. En cuanto a los agentes de fisioterapia utilizados, el 100% de los profesionales utiliza termoterapia el 59% magnetoterapia, el 33% electroestimulación y solo el 7% ultrasonido. Las principales pautas de autocuidado que brindan los profesionales se basan mayormente en el cuidado del ojo y la repetición diaria de ejercicios. En cuanto al grado de adherencia al tratamiento que perciben los kinesiólogos por parte de los pacientes el 53% considera un grado medio y el 10% un grado bajo. Los principales motivos de abandono que manifestaron los profesionales



fueron que el paciente no observa mejoría con 87%, la falta de motivación en un 57% y la falta de motivación junto con el desconocimiento sobre los beneficios del tratamiento con un 33%.

Conclusión:

La parálisis de Bell es una patología que afecta funcional y psicosocialmente a quienes la padecen. En cuanto a los métodos de evaluación sería importante dar una mayor difusión a las escalas estandarizadas ya que las mismas permiten realizar una valoración mas completa de la parálisis como así también de los posibles avances durante la rehabilitación. El tratamiento es en muchos casos un proceso prolongado que puede llevar varios meses. Los pilares del mismo se basan en la realización de ejercicios y en la prevención de complicaciones secundarias como la aparición de movimientos involuntarios de los músculos de la cara o las complicaciones oculares. Podrían considerarse como puntos fundamentales del proceso de recuperación mantener la motivación del paciente y brindar información constante sobre la patología y los tiempos de tratamiento, así como también podría considerarse la realización de un tratamiento integral que incluya asistencia psicológica con el fin de evitar el abandono del tratamiento y mejorar la autoestima de los pacientes.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca que, sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre:

Tipo y Nº de Documento:

Teléfono:

E-mail:

Título obtenido:

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra:

Fecha de defensa ____/____/20

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-
NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y Resumen. Se incluirá la leyenda “Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa”.



UNIVERSIDAD
FASTA

Parálisis de Bell

Grado de Adherencia y
Estrategias de Tratamiento