



UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**



TITULO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA PARÁLISIS
FACIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015**

AUTORA

Bach. ANME AIBBY LOSIJON INGA

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN**

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. VICTOR SOTO CÁCERES.

ASESOR ESPECIALIDAD:

LIC. CARLOS QUIROZ RAMOS

CHICLAYO - PERU

2016

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan, motivándome constantemente, lo cual me ha permitido ser una persona de bien para salir adelante, pero más que nada por su gran amor.

A mis abuelos.

Por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ustedes.

LA AUTORA

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor de tesis

Dr. Víctor Soto Cáceres, por la orientación y ayuda que me brindo para la realización de esta tesis, por su apoyo y amistad que permitieron a aprender mucho más que lo he estudiado en el proyecto.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis por sus tiempos compartidos y por impulsarme en el desarrollo de mi formación profesional.

LA AUTORA

INDICE

CONTENIDO TEMÁTICO	Página
Resumen	5
Abstract	6
I. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Marco Teórico	8
1.2. Situación problemática	8
1.3. Antecedentes	9
1.4. Base Teórica	19
1.5. Problema	24
1.6. Hipótesis	24
1.7. Objetivos	24
1.8. Justificación e importancia	25
1.9. Operacionalización de variables	27
II. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1. Tipo de estudio	29
2.2. Diseño de contrastación de hipótesis	29
2.3. Población y muestra: Tipo, tamaño	29
2.4. Instrumentos de recolección de datos	30
III. RESULTADOS	31
IV CUADROS Y GRÁFICOS	33
V. DISCUSIÓN	41
VI. CONCLUSIONES	46
VII. RECOMENDACIONES	47
VIII. ASENTAMIENTO BIBLIOGRÁFICO	48
IX. ANEXOS	51

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivos general de Identificar las características clínico epidemiológicas de la parálisis facial, en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque (HRL) en el año 2015

El estudio es de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo; la muestra fue de 48 unidades, que representa la totalidad de casos de pacientes con diagnóstico de parálisis facial que figuraran en los Registros de Fisioterapia del Hospital Regional Lambayeque (HRL), el instrumento fue una ficha de datos obtenidos de los registros de Fisioterapia y las Historias Clínicas respectivas y los principales resultados obtenidos fueron:

1. Del total de pacientes, la parálisis facial periférica fue del 91,7%, con localización izquierda 58,3%, siendo mujeres el 54,16%.
2. Las características epidemiológicas de las personas con parálisis facial fueron: Edad promedio de los pacientes con parálisis facial izquierda fue 43,68 años con IC 95% 38,2-49,16 años, y los de parálisis derecha 56,45 años IC95% 48,45 a 64,45 años.
3. Los principales signos y síntomas fueron: parálisis homolateral 61,3%, cefalea 16,1% y visión borrosa 9,7%;
4. Las principales causas registradas fueron: parálisis idiopática o de Bell 32,69 % seguido de infecciones 23,08% y a afrigore 13,46%.
5. El tratamiento fisioterápico que recibieron fue terapia Kinésica 100%, Tens 50%, compresas húmedas calientes y laser 16% cada una.

Conclusiones: Los pacientes con parálisis facial se caracterizan por ser mujeres, edad variable según lateralización de la parálisis, como causa principal idiopática y tratamiento fundamental terapia kinésica.

Palabras Clave: Parálisis Facial, Epidemiología, Clínica (DECS Bireme)

ABSTRACT

This research work was carried out with the general objectives of identifying characteristics epidemiological clinical facial paralysis, in patients treated in the service of physical medicine and rehabilitation, Hospital Regional Lambayeque (HRL) by the year 2015.

The study is observational, retrospective, descriptive; sample was 48 units, which represents the totality of cases of patients with diagnosis of facial paralysis that included in the records of physiotherapy of the Hospital Regional Lambayeque (HRL), the instrument was a tab of data obtained from the records of physiotherapy and the respective clinical records and the main results were:

1. Of the total of patients, peripheral facial paralysis was 91.7% with location left 58.3%, being the 54, 16% women. 2. the epidemiological characteristics of people with facial paralysis were: average age of the patients with left facial palsy was...
2. The epidemiological characteristics of people with facial paralysis were: average age of the patients with left facial palsy was 43,68 years with 95% CI 38, 2-49, 16 years old, and the paralysis right 56,45 years 95% CI 48.45 to 64,45.
3. The major signs and symptoms were: paralysis homolateral 61.3%, 16.1% headache and blurred vision 9.7%;
4. The main recorded causes were: idiopathic paralysis or Bell 32, 69% followed infections 23.08% and a frigore 13.46%.
5. The physiotherapy treatment received was Kinaesthetic 100%, 50%, hot moist compresses Tens therapy and laser 16% each.

Conclusions: Patients with facial palsy are characterized by being women, age varied according to lateralization of paralysis, as it causes primary idiopathic and fundamental therapy kinaesthetic.

Key words: Facial palsy, epidemiology, clinic (DECS Bireme)

I. INTRODUCCION

La parálisis facial o idiopática o de Bell es la parálisis del VII Par craneal de comienzo agudo con una incidencia que se sitúa entre 14 y 25 casos por cada 100.000 habitantes y año, siendo La frecuencia de las parálisis periféricas idiopáticas o parálisis de Bell entre el 62 y 93% de los casos, Un estudio mexicano encontró que la parálisis facial se presentó con predominio en el sexo femenino y con una edad dominante de 38 a 47 años, en ambos sexo, similar a otro estudio en Ecuador que encontró predominio en el sexo femenino 53%, grupos etéreos entre los 36-45 años, con predominio en la hemicara izquierda 57%.

En Brasil se encuentra que la incidencia varia de 20 a 30 casos por 100.000 personas y en 54 pacientes analizados, 55,5% eran de sexo masculino, presentaron edad media de 40,6 años y el lado derecho afectado 66,6%. Como síntomas observados: parestesia de la hemicara en 51,85% de los pacientes. La parálisis de Bell fue una etiología más frecuente (53,7%), seguida de: traumática (24%), Síndrome de Ramsay-Hunt (9,2%), colesteatoma (5,5%), Otitis media maligna, 7% y Otitis media aguda (3,7%).

Un estudio nacional encontró una fuerte correlación entre los grados de afectación del nervio facial y el Índice de discapacidad facial subescala física, sin embargo no se encontraron estudios nacionales referentes a características clínicas y epidemiológicas de la parálisis facial que se presentan en nuestro país.

Tampoco se dispone de ningún estudio regional o local al respecto, lo que motivó la realización del presente trabajo de investigación.

1.1. MARCO TEÓRICO

2.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La parálisis facial es una forma aguda de mononeuropatía siendo esta de las más comunes de tipo de daño en los nervios periféricos (neuropatía periférica). El tratamiento de la parálisis debe instaurarse inmediatamente tras su aparición, para así conseguir los mejores resultados en su recuperación. (1).

La parálisis facial es una patología relativamente frecuente cuya incidencia varía entre 11.5 y 40.2 casos por 100,000 personas/año. Su etiología es variable e incluye causas traumáticas, neoplásicas y metabólicas, pero la más común es la de origen idiopático (2)

Actualmente la parálisis facial periférica es la forma más frecuente de parálisis facial (75%). Su tasa de incidencia es de 23 casos por cada 100.000 personas cada año. Este trastorno afecta a los varones y a las mujeres casi por igual y ocurre a todas las edades y durante todas las estaciones del año. Además, existen controversias en cuanto al aumento de la incidencia en mujeres durante el tercer trimestre del embarazo; en particular durante las dos semanas que preceden al parto y las dos primeras semanas del puerperio. Es posible que la parálisis de Bell sea más frecuente en diabéticos y quizás en hipertensos que en la población normal. (3)

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Antecedentes Europeos Internacionales

De Lorenzo-Cáceres (Alcalá España 2013) Realizó una tesis en la Universidad de Alcalá España “Proyecto de tratamiento fisioterapéutico en pacientes con parálisis facial periférica” Indicando que existen varios estudios resaltan la eficacia y la importancia de la aplicación de técnicas de fisioterapia en el tratamiento de pacientes con parálisis facial periférica (PFP). En ellos, se comprueba la eficacia o se comparan diversas técnicas de tratamiento como el uso de la terapia mímica, la reeducación orofacial, la reeducación neuromuscular, el uso de técnicas de biofeedback y la utilización de aparatos de electroterapia. Si bien la mayoría de los estudios encuentran las técnicas empleadas favorables, otros no encuentran relevancia alguna en los resultados de la aplicación de dichas técnicas o, incluso, no recomiendan su utilización por interferir en la recuperación del paciente. Se recopilaron 18 estudios de las bases de datos PEDro, Pub Med y LILACS pero solo 15 de ellos se han utilizado para realizar la revisión tras pasarla SIGN.

Todas estas técnicas obtuvieron beneficios en todos los estudios excepto la aplicación de electroterapia en la que hay controversia respecto a su utilización en lesiones nerviosas. (4)

Santos Lasaosa S, Pascual LF, Tejeros JF y Morales A (Zaragoza España 2000) En su trabajo “Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2000; 30:1048- 53” Indicaron que “La parálisis facial periférica (PFP) es una de las neuropatías más frecuentes. La frecuencia de las

parálisis periféricas idiopáticas o parálisis de Bell varían entre el 62 y 93% de los casos, con una incidencia que se sitúa entre 14 y 25 casos por cada 100.000 habitantes y año”

.Sin embargo, y a pesar de su relativa frecuencia en la población, no existe hoy en día una estrategia definitiva y consensuada entre los neurólogos. Aun cuando su evolución es relativamente benigna, hasta el 16% de los pacientes presentan secuelas moderadas o graves según datos de seguimiento de 1.011 pacientes no tratados. En este artículo revisaremos la etiología, métodos diagnósticos y estrategias terapéuticas vigentes en la actualidad .Desarrollo. El diagnostico topográfico de la lesión se basa en los síntomas asociados a la parálisis. Los estudios neurofisiológicos (reflejo trigeminofacial y electroneurograma), realizados a partir generalmente de la primera semana, son pronósticos ya que permiten diferenciar el grado de lesión (neuropraxia, axonotmesis o neurotmesis).La parálisis facial periférica es una entidad frecuente, generalmente sin causa aparente y con un diagnostico eminentemente clínico.
(5)

Antecedentes Latinoamericanos

Cuadrado. E. (Riobamba Ecuador 2014), en su trabajo de investigación denominado aplicación de la crioterapia como tratamiento complementario en pacientes con parálisis facial periférica en edades comprendidas entre 30 y 50 años de edad que acuden al “Hospital andino alternativo de Chimborazo”. Universidad nacional de Chimborazo, facultad de ciencias de la salud, carrera de terapia física y deportiva. Riobamba Ecuador. Se pretendió Determinar el efecto

que tiene la aplicación de crioterapia como tratamiento complementario en la parálisis facial periférica. La Metodología de la Investigación que se utilizó fue la Historia Clínica, Hoja de Evaluación, Hoja de Seguimiento y Observación. Se obtuvo como resultado que la aplicación de crioterapia + magnetoterapia fue eficaz acortando así el tiempo de recuperación del paciente. Por tanto a la conclusión que se llegó por medio de la tesina fue que al aplicar crioterapia como tratamiento complementario a la utilización de magnetoterapia obtuvimos una pronta recuperación en un tiempo más corto de la lesión que al aplicar termoterapia más electroterapia en todo el proceso de la enfermedad ya que existe además una controversia acerca de la utilización de la electro estimulación en dicha patología. (6)

Estrada Guerrero L y Solís Sánchez (Querétaro México 2013) Realizaron un estudio titulado: “La prevalencia según el sexo y la edad de los pacientes con diagnóstico de parálisis facial periférica que acudieron a la Unidad Básica de Rehabilitación, El Marqués Querétaro enero-diciembre 2013” fue un estudio no experimental descriptivo de tipo cuantitativo. En esta investigación se observó y analizó la entidad patológica tal como se da en su contexto natural. Se realizó mediante la revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica (PFP) valorados por primera vez en el 2013. Se desarrolló un análisis mediante estadística descriptiva con SPSS y Excel para Windows. Resultados: se analizaron 51 expedientes, de los cuales 16 fueron masculinos (31.4 por ciento) y 36 femeninos (68.6 por ciento). La media de edad fue: 42.94 años y la desviación estándar fue de 17.1. La edad predominante en el sexo

femenino, con 15 casos, se encuentra entre los 38 y 47 años de edad (42.9 por ciento del total de las mujeres); y en el sexo masculino fue de 38 a 57 años, con 8 casos (50 por ciento de total de los hombres). Conclusiones: la PFP tiene una alta prevalencia, con 51 casos, en la Unidad Básica de Rehabilitación, El Marqués, con predominio en el sexo femenino y con una edad dominante de 38 a 47 años, en ambos sexos. Esto nos permitió dar a conocer a la sociedad, pero sobre todo al personal encargado de esta Institución pública, la importancia de generar más investigación con respecto a la prevención, el diagnóstico, tratamiento fisioterapéutico y la infraestructura para el manejo de esta enfermedad. (7)

Ochoa L. (Camagüey Cuba 2011) En su trabajo de investigación llamado Registro medico en la Evaluación de la Parálisis Facial en un centro de Rehabilitación, Fue un estudio analítico, longitudinal prospectivo, con una muestra de 347 pacientes de ambos sexos, con el diagnostico confirmado de parálisis facial infra nuclear, atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, del hospital universitario Amalia Simoni Argilagos de Camagüey, Cuba, con el objetivo de validar un registro medico e identificar las posibles variables predictivas que intervienen en la recuperación funcional facial. Cada paciente fue evaluado al inicio y cada 14 días hasta un máximo de recuperación total o parcial. Se validó el registro medico por un comité de expertos, el método Delphi y un coeficiente de correlación.

El comité de expertos lo valido en más del 94%. El coeficiente alfa de crombach fue 0,86. La recuperación funcional facial de la muestra estudiada fue de 84,14%

la clasificación predictiva correcta de la variable evolución fue de 83, 58%. Con el estudio de Regresión logística se clasificaron cinco variables significativas o predictivas para el pronóstico de evolución, que en orden de probabilidades fueron: fuerza muscular 12,0840 (5.418-26,952); 10,8160 (4,953-23,620); sintomatología clínica 6,604 (3,186-13,690); parálisis facial recidivante 5,742 (2,632 – 12,527); y diabetes Mellitus 3,09.6 (1,542-6,213). Las redes neuronales artificiales validaron los resultados de la regresión logística. (3)

Ajavi. L, Quintana. J. (Ibarra Ecuador 2011) En su investigación que tiene por título; Aplicación del Láser Terapéutico en Parálisis Facial Periférica en Pacientes de 15 a 50 años atendidos en el Hospital “San Vicente de Paúl” de la ciudad de Ibarra en el período 2011. Estudio descriptivo y prospectivo, en una serie de 30 casos, de octubre – Noviembre del 2011, en el Servicio de Rehabilitación del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra. Revisión de pacientes con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica, valorados con la escala de House-Brackmann y Test Muscular a los cuales se les aplicara Láser. Con predominio en el sexo femenino 16 pacientes (53%), grupos etéreos entre los 36-45 años, 33% (n: 10), tiempo de distribución por lateralidad, con predominio en la hemicara izquierda 57% (n: 17), síntomas asociados al Signo de Bell 100% (n: 30), sesiones recibidas de laserterapia por paciente de 11-15 sesiones 57% (n: 17), evaluación inicial de los pacientes con PFP, valorados con la escala de House-Brackmann, con un grado V de afectación en 14 pacientes (46.66%)ix Al finalizar el tratamiento, se realizó una evaluación en la cual demostramos que de los 30 pacientes (100%), solo 3 pacientes (10%) no

presentaron mejoría por diferentes motivos, el resto de pacientes (n. 27) que equivale al 90%, fueron dados de alta máximo en 20 sesiones. El presente estudio demuestra que el tratamiento de laserterapia en cuanto al tiempo de evolución y al promedio en días de recuperación es más corto, procurando así integrar al paciente a su estilo de vida normal, así como también se obtuvo la disminución del dolor retar auricular y lagrimeo (8).

Rodríguez D, Mangas-S. Ortiz G. Rosete S, Vales O, Hinojosa R. (México 2011) “Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. Arch Neurociencia (Mex) 2011 julio-septiembre; 16: 3” refiere que “la parálisis facial es un trastorno neuromuscular causado por lesión de las vías motora y sensorial del nervio facial, que ocasiona una alteración del movimiento en los músculos del rostro, en la secreción de saliva, lágrimas, y en el sentido del gusto”. Se realizó revisión de los tipos de parálisis facial, enfocándose en la periférica, describiendo signos y síntomas, epidemiología, causas, diagnóstico, curso, pronóstico y tratamiento. Pese a la alta incidencia en México, no se cuenta con información accesible destinada a los pacientes sobre este padecimiento y su tratamiento. Adicionalmente se elaboró un folleto que explica detalladamente el trastorno e incluye una lista de ejercicios que forman parte del tratamiento que se realiza en el Laboratorio de Parálisis Facial y Psicofisiología Aplicada de la Facultad de Psicología de la UNAM, destinados a favorecer la actividad muscular y promover la simetría facial. (9)

Nedio Atolini Junior y colaboradores (Sao Paulo Brasil 2009) Realizaron un estudio titulado “Facial Nerve Palsy: Incidence of Different Etiologies in a Tertiary Ambulatory Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo 2009; 13 (.2):167-171” donde encontraron que la Parálisis facial periférica (PFP), resultante de la afección del nervio, es la más común de las patologías de los pares craneales. Su incidencia varia de 20 a 30 casos por 100.000 personas. Como causas: Infecciones virales como herpes simple y herpes zoster, trauma, afecciones inflamatorias, enfermedades metabólicas y tumores.

Describen una incidencia de diversas etiologías y el perfil de los pacientes atendidos con la parálisis facial periférica en el ambulatorio del Servicio de Otorrinolaringología de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas de la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo - Campus Sorocaba.

Teniendo como resultado: 54 pacientes analizados, 55,5% eran de sexo masculino, presentaron edad media de 40,6 años y el lado derecho afectado 66,6%. Como síntomas observados: parestesia de la hemicara en 51,85% de los pacientes. La parálisis de Bell fue una etiología más frecuente (53,7%), seguida de: traumática (24%), Síndrome de Ramsay-Hunt (9,2%), colesteatoma (5,5%), Otitis media maligna, 7% y Otitis media aguda (3,7%). (10)

Aboytes C, Torres A. (Durango México 2006) En su trabajo de investigación llamado Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango, México. Los objetivos fueron Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con parálisis facial periférica aguda (PFPA) que acudieron al Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango durante 2002 y 2003. En su Estudio descriptivo mediante revisión de expedientes de pacientes con

diagnóstico de parálisis facial periférica aguda valorados por primera vez durante 2002 y 2003, con análisis estadístico mediante estadística descriptiva. Se analizaron 203 expedientes, La edad media fue 40 años (DE 19.7; [IC95% = 39.81, 40.19]); 123 (61%; [IC95% = 54%; 67%]) eran mujeres. Las características clínicas son similares a las reportadas en otros estudios. Más del 50% acudió al Centro dentro de las primeras dos semanas de evolución y el 84% ([IC95% = 79,89]) había recibido tratamiento previo a su ingreso. Los tratamientos más comunes fueron vitaminoterapia y prednisona (61 y 35% [IC95% = 54,68 y 28,41], respectivamente). El tratamiento fisiátrico más comúnmente indicado como primera opción fue electroterapia o ejercicio (66 y 65% [IC95% = 57,74 y 58,71], respectivamente) a pesar de que su empleo como tratamientos de primera elección es controvertido. El 72.7% ([IC95% = 67,79]) de los pacientes seguidos hasta el egreso mejoraron antes de tres meses posterior a la valoración inicial. La secuela más frecuente fue la debilidad con 33.6% ([IC95% = 25,42]). No se encontró diferencia en el comportamiento epidemiológico de la parálisis facial. El tratamiento fisiátrico de primera elección es la electroterapia y el masaje. La deserción es alta. Parece ser más efectivo el tratamiento con láser que con electroterapia. . (2)

Antecedentes Nacionales

Cruz R. (Lima, Perú 2015) En su trabajo de investigación titulado: “Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica de un año de evolución. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Marzo-junio 2015” realizó un estudio de tipo

Observacional, correlacional, transversal. Se estudió una población de pacientes con diagnóstico de parálisis facial periférica durante el año 2014. Se seleccionó una muestra inicial de 56 pacientes a través de historias clínicas. Los criterios de inclusión fueron pacientes con lesión nerviosa del tipo axonotmesis (clasificación de Seddon), ser mayores de 18 años, sin antecedentes de parálisis facial periférica, sin alteración de la capacidad mental o haber recibido tratamiento por toxina botulínica. Se evaluó a 43 de ellos 22 mujeres y 21 varones, usando la escala House-Brackmann 2.0 y el Índice de Discapacidad Facial, posteriormente se describieron las características según sexo, edad y se determinó la relación entre ambas medidas de evaluación usando el coeficiente correlación de Pearson.

Se encontró una fuerte correlación entre los grados de afectación del nervio facial y el Índice de discapacidad facial subescala física ($r = -0.85$, $p < 0,001$), para los grados de afectación del nervio facial y el índice de discapacidad facial subescala social ($r = -0.74$, $p < 0,001$). Los participantes mayores de 60 años reflejaron puntajes superiores en el grado de afectación nerviosa y mayor discapacidad facial. Así mismo no se halló diferencia importante entre varones y mujeres para los grados de afectación del nervio facial. Se demostró la correlación negativa entre los grados de afectación del nervio facial y la Discapacidad Facial, a mayor grado de afección nerviosa facial se obtendrá puntajes inferiores en el cuestionario de autoevaluación de discapacidad. La inclusión de estas herramientas en la evaluación fisioterapéutica permitiría conocer además los cambios físico-sociales que conllevan a la discapacidad como producto de la lesión facial. (11)

Rondón. H (Arequipa, Perú 2009). En su estudio “Parálisis Facial Periférica. Rev. Med. Clin. Condes 2009; 20(4): 528 – 535” Indica que la parálisis facial periférica (PFP) es una patología frecuente que habitualmente es unilateral, que genera deformidad estética facial y alteraciones funcionales. Se describe la anatomía del nervio facial (NF) en sus segmentos supranuclear, nuclear e infranuclear; describiendo con mejor definición su relación en el hueso temporal. Se hace mención de la fisiopatología de PFP y de los grados de lesión: neuropraxia, axonotmesis y neurotmesis. Especial énfasis se da al diagnóstico en la PFP. Se mencionan las pruebas de topodiagnóstico: Test de Shirmer, Test del Reflejo Estapedial y Test de Blatt con Gustometría que brindan la posibilidad de ubicar topográficamente el lugar de la lesión en el NF Asimismo, se describen las pruebas electrodiagnósticas: Prueba de Excitabilidad del Nervio; Prueba de Excitabilidad Máxima; Electroneuronografía y Electromiografía, todas pruebas que brindan un pronóstico en la evolución de la PFP Se hace mención de las principales causas de PFP vinculándolo a los diferentes segmentos del NF Por último, se plantean las opciones terapéuticas en la PFP, tanto el tratamiento médico donde tiene importante presencia la corticoterapia y el tratamiento quirúrgico, que sobre todo en las causales traumáticas tiene su indicación. (12)

2.4. BASE TEÓRICA

El nervio facial es un nervio mixto, está compuesta por dos raíces; Raíz motora que su origen es en el núcleo y está situado en el límite entre la protuberancia y el bulbo, algunas de las células nucleares, las que corresponden al orbicular de los párpados, se extienden hasta el núcleo del III par craneal, mientras que otras (en particular las que corresponden al orbicular de los labios) se aproximan al núcleo del hipogloso y la Raíz sensitiva o intermediario de Wrisberg, llamado también el XIII par craneano, tiene su núcleo de origen en la parte superior del fascículo solitario y en la parte superior del ala gris, desde este punto el intermediario de Wrisberg se dirige oblicuamente hacia delante y afuera para abandonar el neuroeje de la fosa lateral, emergiendo así entre el nervio facial (raíz motora) y el octavo par craneal o nervio auditivo.(4)

Los músculos de la expresión facial se pueden agrupar como: Occipitofrontal: la acción alterna del occipital y el frontal desplaza el cuero cabelludo hacia atrás y hacia delante y los músculos frontales elevan las cejas como la expresión de sorpresa; Superciliar: recibe inervación de la rama temporal y cigomática del nervio facial, su función es llevar la ceja hacia abajo y adentro; Piramidal de la nariz: Su función es llevar hacia abajo las cejas y fruncir la nariz ; Orbicular de los párpados: comprende a los músculos palpebral, orbital y lagrimal. La porción palpebral aproxima los párpados con suavidad como al pestañear y al dormir ; Elevador del párpado superior: esta inervado por el nervio motor ocular común y su función es elevar el párpado superior; Oblicuo mayor derecho y recto inferior izquierdo: Su función es mover los ojos hacia abajo y a la izquierda ; Orbicular

de los labios: está innervado por ramas bucales del nervio facial y sirve para fruncir y cerrar los labios; Cigomático menor: está innervado por ramas bucales del nervio facial y actúa profundizando el pliegue nasolabial en la expresión facial de tristeza ;Cigomático mayor: innervado por ramas bucales del nervio facial y actúa tirando del ángulo de la boca hacia arriba y hacia atrás en la sonrisa ; Risorio: está innervado por las ramas mandibular y bucal del nervio facial y su función es producir la retracción de la comisura bucal produciendo la sonrisa ;Buccinador: el músculo principal es la mejilla que está innervado por las ramas bucales del facial y su función es la compresión de la mejilla actuando como un músculo accesorio importante de la masticación cuya misión es situar los alimentos bajo los dientes y además participa en los actos de silbar y soplar ; Cuadrado de la barba: está innervado por la rama mandibular y bucal del nervio facial en la cual eleva y coloca en protrusión el labio inferior y tira de la piel de la barbilla, el gesto corresponde a hacer pucheros; Triangular de los labios: está innervado por la rama bucal del nervio facial y su función es retraer hacia abajo las comisuras labiales; Cutáneo del cuello: está innervado por la rama cervical del nervio facial y sirve para hacer descender el labio inferior y el ángulo de la boca.

Funcionalidad del Nervio Facial: La función motora del facial se aplica al control de los músculos de la cara, cuero cabelludo, pabellón auricular y cuello con clara demarcación entre los dos lados de la cara. (4)

La función motora voluntaria es importante para la comunicación humana, verbal o no, para la limpieza ocular y para la alimentación y la función motora involuntaria es la llave de la respuesta mímica emocional (en parálisis central la mímica suele estar conservada). Otros

músculos inervados incluyen al estapedio, el vientre posterior del digástrico y el estilohiideo. El estapedio equilibra el estribo en respuesta a sonidos fuertes y los otros músculos ayudan a la ingesta. Otras funciones involuntarias están representadas por los reflejos mediados por el nervio facial. Los más importantes de ellos son los reflejos protectores, el corneal y el —blink reflexll o reflejo de parpadeo que ocasiona el parpadeo normal bilateral a intervalos de dos a quince segundos para proteger las córneas de la sequedad. El reflejo cornea, también se dispara por un golpeteo en la glabella, un brillo luminoso o un ruido fuerte y es probablemente una respuesta en sobresalto. El reflejo estapedial protege el laberinto del ruido y ocurre bilateralmente a un estímulo unilateral. El reflejo nasolacrimal, secretomotor, probablemente sirva para proteger los ojos y la nariz de noxas químicas. El reflejo oculo mentoniano, otro reflejo de sobresalto, produce una contracción sincrónica del orbicular de los párpados y de los músculos mentonianos en respuesta a un fuerte ruido inesperado o a una luz brillante repentina. Otros reflejos más clínicos que naturales son útiles para el médico en la exploración neurológica:

Fisiopatología: Cuando un axón del nervio facial se daña, ocurren importantes cambios histológicos y bioquímicos en el cuerpo de la célula, tanto proximal como distalmente al lugar de la lesión, y el nervio dañado ya no es capaz de conducir impulsos a la musculatura facial, produciéndose la parálisis. Sunderland, junto con los estudio previos de Seddon de 1.943, propuso una clasificación que explica los diferentes mecanismos que ocurren en las lesiones periféricas de los nervios, llamándolas neuropraxia, axonotmesis y neurotmesis,

ésta última a su vez con tres grados, pérdida del endoneuro, pérdida del perineuro y sección nerviosa completa. Usando éstas definiciones patológicas, el daño nervioso se clasifica de primer a quinto grado para su significado pronóstico y terapéutico.

Los tipos de lesión nerviosa son: Neuropraxia: Es un primer grado de bloqueo en el cual la vaina de mielina está conservada y no ocurre degeneración walleriana. El bloqueo de la conducción es probablemente debido a la obturación de los canales iónicos producidos por pequeños desplazamientos focales de mielina. La recuperación es habitualmente completa en plazo máximo de 3 a 6 semanas, gracias a la remielinización producida por proliferación de células Schwann; Axonotmesis: Es un daño de segundo grado y con lleva pérdida de la vaina de mielina pero con integridad del endoneuro; su recuperación es más lenta que el del primer grado (neuropraxia) pero también completa. El axón se regenera a razón de 1 mm. Al día, aproximadamente y la Neurotmesis: Es del tercer al quinto grado se llaman neurotmesis, dependiendo de la integridad del endoneuro, perineuro y epineuro con sección nerviosa completa. En las lesiones de tercer grado, hay ruptura del endoneuro y degeneración walleriana, pero se conserva el perineuro. Es muy probable que en este tipo de lesión se produzca o una reinervación incompleta por degeneración axonal retrógrada y/o bloqueo del crecimiento por fibrosis cicatricial. En el cuarto grado el perineuro que rodea a los fascículos está interrumpido, mientras que en el quinto grado la zona lesionada llega hasta el epineuro y por tanto todo el nervio está seccionado. En ambos casos la continuidad del nervio únicamente se puede recuperar con el abordaje quirúrgico.

Infecciones

Las infecciones pueden ser Virales: Muchos investigadores creen que la parálisis de Bell es una infección viral del nervio facial, siendo el herpes zoster cefálico el caso mejor documentado.

O también existen infecciones Bacterianas: La causa líder es la otitis media. Fisiopatológicamente, la infección compromete las cubiertas nerviosas donde el nervio es dehiscente, un 57% de los casos a nivel de la ventana oval. Constituye el 5% de todas las parálisis faciales. Si la parálisis es secundaria a otitis crónica o colesteatoma, la lesión fisiopatológicamente es por compresión o formación de abscesos en el segmento timpánico. La otitis externa provocada por *Pseudomonas aeruginosa* puede producir parálisis facial, excavando a través de las fisuras de Santorini en el suelo del canal auditivo externo, invadiendo al nervio en el agujero estilomastoideo. Esta forma maligna de Otitis externa, raramente permite la regeneración nerviosa tras su curación (4).

Tenemos dos tipos de parálisis facial los cuales son: Parálisis Facial Central: Se produce por la interrupción de las fibras nerviosas que unen la corteza cerebral con el núcleo del nervio facial, afectando a la parte de la cara opuesta al lado de donde se encuentra la lesión, la cual se caracteriza por la parálisis de la hemicara en su mitad inferior, afectando los músculos de la mejilla y del contorno de la boca. La misma que tiene varias causas, el accidente cerebrovascular es el más común; Parálisis Facial Periférica: Conocida como parálisis de Bell. La cual se produce en la hemicara donde se encuentra la lesión nerviosa,

el Nervio facial en las proximidades del agujero estilo-mastoideo la lagrimación, salivación y gusto conservados se causa por una masa parotídea provocada por un Traumatismo de cara o un tumor parotídeo por una asimetría de la cara cuando está en reposo, con los rasgos desviados hacia el lado normal. En el lado afectado, la cara carece de expresión, la comisura de los labios y arrugas de la frente están caídas aparecen ligeramente abiertos.

2.5. PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque en el año 2015?

2.6. HIPÓTESIS

Las características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque en el año 2015 son las que predominan en el lado derecho y son de tipo periférico.

2.7. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las características clínico epidemiológicas de la parálisis facial, en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque – 2015

Objetivos específicos.

1. Determinar los tipos de parálisis facial en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque – 2015
2. Describir las características epidemiológicas de los casos de parálisis facial según género y edad, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque – 2015
3. Describir los signos y síntomas según el lado afectado de la parálisis facial , en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque – 2015
4. Identificar las causas registradas de la parálisis facial, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque – 2015
5. Describir los tipos de fisioterapia que reciben los pacientes con parálisis facial en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque – 2015

2.8. Justificación e Importancia del estudio

Este trabajo de investigación se justifica porque en el hospital regional Lambayeque existen pacientes nuevos con diagnóstico de parálisis facial, considerando que esta lesión tiene consecuencia en la calidad de vida del paciente, así como en su centro ocupacional. Se considera de vital importancia

el presente estudio para conocer, para realizar actividades preventivas a la población que se atiende en este centro de salud y de esta manera disminuir la casuística de personas afectadas con esta patología, como también acudir en forma precoz para el tratamiento médico y rehabilitación evitando secuelas y complicaciones, por otro lado los resultados serán de utilidad al servicio de terapia física y rehabilitación para que se realicen tratamientos específicos y actualizados.

2.9. Definición y Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ÍNDICES	ESCALA	Instrumento
VARIABLE Independiente Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial	Características son aspectos que se relacionan directamente con la parálisis facial que es la disfunción en la zona del VII par craneal (nervio facial) que origina la incapacidad de controlar los músculos faciales.	Las características clínicas son signos síntomas y causas de los diferentes tipos de parálisis facial que se presentan	Características clínicas: -Parálisis Central -Parálisis Periférica	Causas Signos Síntomas Causas: Signos	ACV Tumores TEC Parálisis contralateral hemi cara inferior Cefalea mareos visión borrosa escotomas tinnitus o acufenos Afrígore, Infecciones, Inflamación nerviosa Parálisis homolateral de hemicara superior e inferior	Nominal Nominal	P R O T O C O L O D E R E C O L E C C I O N

		Características Epidemiológicas son aspectos como edad, sexo de los pacientes con parálisis facial.	Características Epidemiológicas:	Síntomas	Cefalea, mareos, visión borrosa, escotomas, - tinitus o acufenos		
			EDAD	Años	15 - 25 26 - 36 36 - 45 46 - 55 56 - 65 66 a +	De razón	
			Sexo	Genero	Masculino, femenino	Nominal	

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo de investigación

De acuerdo con el periodo que se capta la información: Retrospectivo.

De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado: Transversal.

De acuerdo con la comparación de poblaciones: Descriptivo.

2.2. Diseño de investigación/contrastación de hipótesis.

No experimental o ex post facto "después del hecho"

2.3. Población y muestra:

La población estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico de parálisis facial que han sido tratados en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque durante el año 2015, que corresponde a 48 pacientes. Se consideró como muestra la totalidad de la población por ser un número reducido.

Criterios de Inclusión: Paciente con diagnóstico de Parálisis Facial registrado y atendido en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional durante el año 2015.

Criterios de Exclusión: Pacientes que tuvieran datos incompletos en su historia clínica.

2.4. Instrumento y Técnicas de Recolección de Datos

Se utilizaron como instrumentos las historias clínicas y registros de la atención de pacientes en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional Lambayeque, además se utilizó una ficha de recolección de datos finales.

Procedimiento:

- 1.- Se solicitó permiso a la dirección del hospital.
- 2.- Se revisaron los archivos de Estadística y registro del Servicio.
- 3.- Se reclutaron las historias clínicas desde el archivo, de pacientes con diagnóstico de Parálisis Facial atendidos en el Hospital Regional Lambayeque durante el año 2015.
- 4.- Se seleccionan las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
- 5.- Se registró la información en una ficha de recolección datos (Anexo 1).
- 6.- Los datos fueron almacenados en un archivo de base de datos de Excel para Windows y fueron tabulados estadísticamente en el programa SPSS versión 21.0 para su análisis e interpretación.

Aspectos Éticos: dado que son datos de fuentes secundarias solo se consideró el anonimato de los registros y el uso de códigos para las fichas de estudio.

Análisis estadístico

Los registros de datos consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron registrados en el programa de Excel para Windows para ser procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21, determinando lo siguiente: Medidas de frecuencia o porcentajes, en tablas de doble entrada y gráficos.

III.- RESULTADOS

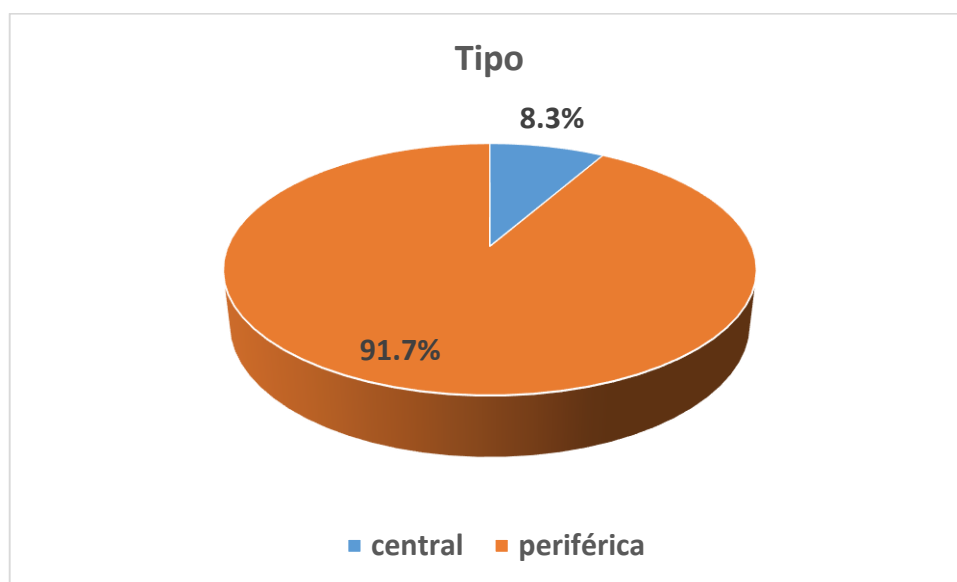
- Del total de tipos de parálisis facial 91,7% son del tipo periférico y 8,3% del tipo central. (Gráfico 1)
- La localización de la parálisis facial en el total los pacientes es en 58.3 % el lado izquierdo y en 41.7% el lado derecho (Gráfico 2)
- Del total de 48 pacientes las mujeres fueron 26, el 54,16%. Los pacientes de género femenino la mayoría 57.7% acudieron por parálisis facial izquierdo; mientras que los pacientes de género masculino el 59.1% sufrieron de parálisis facial izquierdo. (Cuadro 1)
- La edad promedio de los pacientes con parálisis facial izquierdo es de 43.68 años con desviación estándar de 14,13 y el intervalo de confianza al 95% es de 38.20 a 49.16 años de edad; mientras que la edad promedio de los pacientes con parálisis facial derecho es de 56.45 años con desviación estándar de 17,08 y el intervalo de confianza al 95% es de 48.45 a 64,45. (Grafico 3)
- Los pacientes con parálisis facial izquierda el 36% oscilan en una edad de 50 a 59 años, mientras que los pacientes de parálisis facial derecha el 30% oscilan en una edad superior o igual a 70 años, sin embargo no existe diferencia estadística entre ambos grupos según lateralización de la parálisis.(Cuadro 2)

- Los pacientes en general manifestaron los principales signos y síntomas: parálisis homolateral hemicara superior e inferior 61,3%, cefalea 16,1% y visión borrosa 9,7% (Cuadro 3).
- Las principales causas encontradas en ambos tipos de parálisis fueron: parálisis idiopática o de Bell 32,69 %, seguido de infecciones 23,08% y afrigore 13,46% (Cuadro 4).
- El 100% recibe terapia Kinésica, así mismo el 50% también recibe tens, el 16% se aplica compresas húmedas calientes y otro 16% se le aplica laser (cuadro 5).

IV.- CUADROS Y GRÁFICOS

GRAFICO N° 1

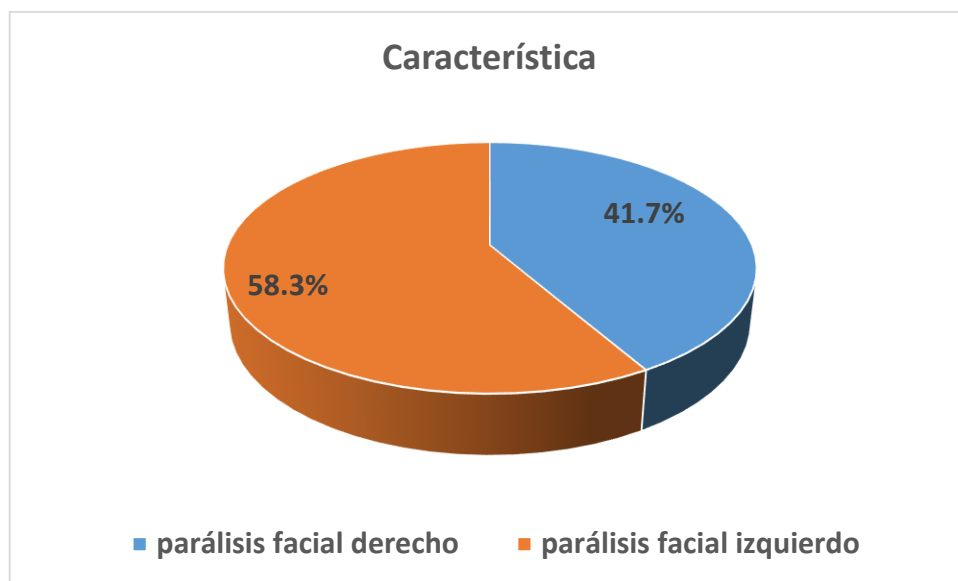
TIPO DE PARÁLISIS FACIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015



Fuente: Ficha de Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

GRAFICO N°2

LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FACIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015.



Fuente: Ficha de Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

CUADRO N°1**CASOS DE PARÁLISIS FACIAL SEGÚN GÉNERO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015**

Característica	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	n	%
parálisis facial derecho	11	42.3%	9	40.9%	20	41.7%
parálisis facial izquierdo	15	57.7%	13	59.1%	28	58.3%
Total	26	100.0%	22	100.0%	48	100.0%

Fuente: Ficha de Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

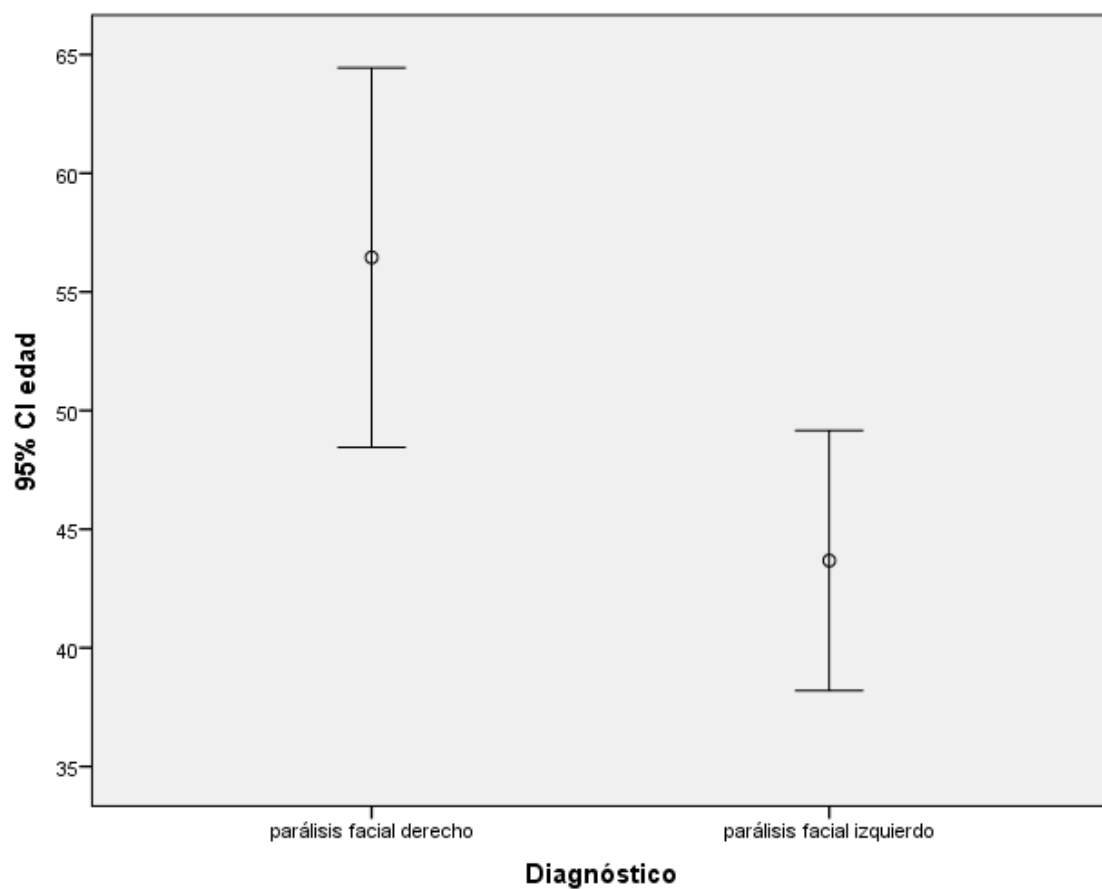
CUADRO N°2**CASOS DE PARÁLISIS FACIAL SEGÚN GRUPO DE EDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015**

Grupo de edad		Parálisis Izquierda		Parálisis Derecha		Total
		N	%	N	%	N
<	20	1	4%	0	0%	1
20	29	4	14%	2	10%	6
30	39	6	21%	1	5%	7
40	49	4	14%	4	20%	8
50	59	10	36%	5	25%	15
60	69	3	11%	2	10%	5
70	>	0	0	6	30%	6
Total		28	100%	20	100%	48

Fuente: Ficha de Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

GRAFICO N° 3

**INTERVALOS DE CONFIANZA DE EDADES SEGÚN LADO DE PARALISIS.
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015**



Parálisis Izquierda: edad media 43,68 DE: 14,13

Parálisis Derecha: edad media 56,45 DE: 17,08

Prueba T $p= 0,598$

Fuente: Ficha de Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

CUADRO N° 3**SIGNOS Y SÍNTOMAS SEGÚN EL LADO AFECTADO DE LA PARÁLISIS FACIAL, EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015**

Signos y Síntomas	Diagnóstico					Total
	parálisis facial derecho		parálisis facial izquierdo			
	N	%	n	%	n	
Parálisis homolateral hemicara superior e inferior	14	53.8%	24	66.7%	38	61.3%
Cefalea	7	26.9%	3	8.3%	10	16.1%
Visión borrosa	2	7.7%	4	11.1%	6	9.7%
Parálisis contralateral hemicara inferior	3	11.5%	2	5.6%	5	8.1%
Escotoma	0	0.0%	2	5.6%	2	3.2%
Tinnitus o acufenos	0	0.0%	1	2.8%	1	1.6%

Fuente: Ficha de Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

CUADRO N° 4

CAUSAS SEGÚN EL LADO AFECTADO DE LA PARÁLISIS FACIAL, EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015

CAUSAS	Diagnóstico				Total	
	parálisis facial derecho		parálisis facial izquierdo			
	N	%	n	%	n	%
Idiopática o de Bell	8	32.00%	9	33.33%	17	32.69%
Infecciones	6	24.00%	6	22.22%	12	23.08%
A frigore	4	16.00%	3	11.11%	7	13.46%
TEC	2	8.00%	3	11.11%	5	9.62%
Enfermedad neurodegenerativa	4	16.00%	1	3.70%	5	9.62%
Inflamación venosa	0	0.00%	3	11.11%	3	5.77%
Lesión traumática del nervio	0	0.00%	2	7.41%	2	3.85%
ACV	1	4.00%	0	0.00%	1	1.92%

Fuente: Ficha de Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

CUADRO N° 5

TIPOS DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO, EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2015

Tipos de tratamiento Fisioterapéutico		TOTAL
Terapia kinésica		100%
Tens		50%
Compresas húmedas calientes		16.70%
Laser		16.70%

Fuente: Ficha de Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

V.- DISCUSION

Los casos de parálisis facial atendidos en el Hospital Regional Lambayeque durante el año 2015 fueron en 91,7% de tipo periférico, remarcando que es el tipo de patología más frecuente que se presenta al igual que en todos los lugares del mundo.

La localización de la parálisis facial periférica en general fue mayor en el lado izquierdo 58,3% tanto en varones como mujeres predominó ese lado, éste fue similar al estudio de Ajavi y colaboradores en la ciudad de Ibarra, Ecuador, que fue de 57% en el lado izquierdo (8), sin embargo Atolini y colaboradores en Sao Paulo encontró que era el lado derecho el más frecuente con 66,6% (10), este detalle de localización se muestra como simple descripción de la lateralización de la parálisis periférica.

La observación global indica que la mayoría de pacientes con parálisis facial periférica que son tratadas en un servicio de fisioterapia son mujeres, de esta manera Aboytes en México encontró que el 61% de sus pacientes eran mujeres (2), por su parte Ajavi refiere que su muestra tuvo predominio en el sexo femenino 53% (8), Estrada y Solís encuentran en Querétaro México que el 68,6% eran mujeres (7) y Rodríguez y colaboradores en Brasil mencionan de forma similar que la mayoría son mujeres (13), pero en el estudio de Atolini , también en Brasil, encontró mayor frecuencia en varones 55,5% (10); en el presente estudio se encontró que del total de 48 pacientes las mujeres fueron 26, el 54,16%.

Referente a la edad de los pacientes que acuden a un servicio de fisioterapia se disponen de datos de Aboytes en México que indica que la edad media fue 40 años con desviación estándar de 19.7; [IC95% = 39.81, 40.19]) (2), por su parte Estrada y Solís encontraron que la media de edad fue: 42.94 años y la desviación estándar fue de 17.1 (7), y Atolini en Brasil encuentra que la edad media es de 40,6 años (10); en el presente estudio la edad promedio de los pacientes con parálisis facial izquierdo es de 43.68 años desviación estándar 14,13 y el intervalo de confianza al 95% es de 38.20 a 49.16 años de edad mientras que la edad promedio de los pacientes con parálisis facial derecho es de 56.45 años, desviación estándar 17,08 y el intervalo de confianza al 95% es de 48.45 a 64,45 años, esa tendencia de que los que tienen parálisis facial derecha tienen mayor edad se verifica al describirlo por grupos de edad en los que la mayor proporción figura en los de edad 70 a más años y el lado izquierdo en los de 50-59 años; resulta interesante que al desdoblar por lado de afectación de parálisis los promedios de edad varían notablemente, los estudios disponibles y comentados no hicieron esa diferenciación de lateralización de la parálisis facial en su enfoque según edad.

La sintomatología de los pacientes con parálisis facial periférica corresponden a lo clásico descrito en los libros, destacando parálisis homolateral hemicara superior e inferior 61,3% siendo predominante en ambos lados, seguido de cefalea 16,1% y visión borrosa 9,7%, los estudios revisados mencionan en forma somera que los síntomas corresponden a la conocida parálisis de Bell (4)

Con respecto a la etiología o causas de la parálisis en los casos registrados en los diferentes estudios, Atolini refiere que la parálisis de Bell fue la etiología más

frecuente (53,7%), seguida de: traumática (24%), Síndrome de Ramsay-Hunt o parálisis más Herpes Zoster (9,2%), colesteatoma (5,5%), maligna, 7% y aguda (3,7%). (10), por su parte Rodríguez indica que 73,6% fue la parálisis idiopática o de Bell, seguido de causas infecciosas 13,1% y traumáticas 7,8% (9); Santos Lasasa y colaboradores menciona que “la frecuencia de las parálisis periféricas idiopáticas o parálisis de Bell varían entre el 62 y 93% de los casos, con una incidencia que se sitúa entre 14 y 25 casos por cada 100.000 habitantes y año” (5)

En el presente estudio las principales causas encontradas en ambos tipos de parálisis son idiopática o de Bell 32,69%, seguido de infecciones 23,08%, posteriormente afriore 13,46%; existen autores que los diagnósticos denominados afriore lo incorporan a parálisis idiopática o de Bell, por lo que aparentemente este último diagnóstico se incrementa notablemente aunque la gran mayoría de autores también indican que puede tratarse de reactivación del virus herpes simple y luego del herpes zoster según circunstancias (14).

El tratamiento médico de la parálisis facial incluye Corticoides, antiviral Acyclovir, Vitamina B, analgésicos según lo requiera (14), aspectos que no hemos tomado datos pues no figuran en los registros de fisioterapia, que es el tema de la presente tesis.

Respecto al tratamiento de la especialidad de fisioterapia y rehabilitación se tienen los siguientes datos a nivel internacional: Lemus en el Salvador 2006, compara tratamientos de termoterapia y crioterapia indicando que mejoraron más rápidamente los de termoterapia (1); Aboytes en Durango 2006, menciona

que “el tratamiento fisiátrico más comúnmente indicado como primera opción fue electroterapia o ejercicio (66 y 65% [IC95% = 57,74 y 58,71], respectivamente) a pesar de que su empleo como tratamientos de primera elección es controvertido y la deserción es alta y parece ser más efectivo el tratamiento con láser que con electroterapia” (2); Ajavi en Ecuador 2011, menciona que su estudio “demuestra que el tratamiento de laserterapia en cuanto al tiempo de evolución y al promedio en días de recuperación es más corto, así como también se obtuvo la disminución del dolor retar auricular y lagrimeo” (8).

Cuadrado en Chimborazo 2014, informa: “la conclusión que se llegó fue que al aplicar crioterapia como tratamiento complementario a la utilización de magnetoterapia obtuvimos una pronta recuperación en un tiempo más corto de la lesión que al aplicar termoterapia más electroterapia en todo el proceso de la enfermedad ya que existe además una controversia acerca de la utilización de la electroestimulación en dicha patología” (6)

Por su parte De Lorenzo Cáceres en España 2013, revisa la eficacia de diversas técnicas de tratamiento como el uso de la terapia mímica, la reeducación orofacial, la reeducación neuromuscular, el uso de técnicas de biofeedback y la utilización de aparatos de electroterapia, concluye que “la mayoría de los estudios analizados coinciden en que los métodos de tratamiento de fisioterapia más efectivos en las PFP son la reeducación neuromuscular con ayuda de métodos de biofeedback (BFB). El uso de técnicas de electroterapia se ha

considerado contraindicado por interferir en la correcta regeneración nerviosa produciendo inervaciones aberrantes del nervio.(4).

Por último, es importante un abordaje multidisciplinar del paciente con PFP para que el tratamiento de fisioterapia sea lo más efectivo posible. Se estima necesaria la realización de más estudios sobre si la utilización de una intervención psicológica junto con una intervención fisioterapéutica resulta más efectiva que solamente la fisioterapéutica” (12)

El manejo fisioterapéutico registrado en el Hospital Regional indica que el 100% recibe terapia Kinésica, así mismo el 50% también recibe tens, el 16% se aplica compresas húmedas calientes y otro 16% se le aplica laser; no se disponen de datos sobre los resultados finales de evolución de esos pacientes constituyendo una limitación en este estudio.

VI.- CONCLUSIONES

- Del total de tipos de parálisis facial la gran mayoría son del tipo periférico y la localización es mayoritariamente lado izquierdo.
- Las mujeres constituyeron el género más afectado en ambos tipos de lado de parálisis facial, la edad promedio de los pacientes con parálisis facial izquierda es 43,68 años y los del lado derecho 56,45 años sin existir diferencia estadística.
- Los principales signos y síntomas en ambos grupos de parálisis facial según lado afectado es parálisis homolateral hemicara superior e inferior, seguido de cefalea y visión borrosa.
- Las principales causas encontradas en ambos lados afectados son parálisis idiopática o de Bell, seguido de infecciones y a frigore.
- La terapia física que reciben los pacientes es de tipo Kinésica en su totalidad así mismo la mitad de los pacientes también recibe Tens, el 16% se aplica compresas húmedas calientes y otro 16% se le aplica laser.

VII.- RECOMENDACIONES

- A las Universidades: Realizar estudios comparativos con otros establecimientos de la región para verificar adecuadamente los aspectos clínicos epidemiológicos de la parálisis facial en nuestro medio.

- A los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación: Realizar estudios con la aplicación y comparación de diversos tratamientos de fisioterapia verificando cuál de ellos logra la rehabilitación en menor tiempo y en forma completa.

VIII.- ASENTAMIENTO BIBLIOGRAFICO

1. Lemus Blandón A, Lemus Quintanilla K, Martínez Enríquez C, Comparación de la Evolución entre Pacientes con Diagnóstico de Parálisis Facial Atendidos con Termoterapia y Pacientes Tratados con Crioterapia que Asisten al Área de Fisioterapia del Hospital Nacional San Francisco Gotera período julio a setiembre 2006 [tesis de licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional]. Universidad de El Salvador, San Miguel. El Salvador. 2006.
2. Aboytes M CA, Torres BA, Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango, México. Med graphic (Hospital general de México) 2006, 69, 70 – 77. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062b.pdf>
3. Ochoa urdangarain L, Montes de Oca R. estudio analítico longitudinal prospectivo, Registro medico en la Evaluación de la Parálisis Facial en un centro de Rehabilitación, hospital universitario Amalia Simoni Argilagós, servicio de medicina física y rehabilitación. [Tesis Doctoral] Camagüey: hospital universitario; 2011 Disponible en:
http://tesis.repo.sld.cu/461/1/Lazaro_A_Ochoa_Urdagarain.pdf
4. De Lorenzo-Cáceres MI. Proyecto de tratamiento fisioterapéutico en pacientes con parálisis facial periférica, (Tesis de Licenciatura) Alcalá de Henares, Universidad de Alcalá. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2013. Disponible
<http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/19746>
5. Santos Lasaosa, L.F. Pascual Millán, C. Tejero Juste, F Morales Asín Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento [Rev Neurol 2000; 30:1048- 53]
Disponible en: www.neurologia.com/pdf/Web/3011/i111048.pdf

6. Cuadrado Castillo E, estudio de aplicación de la crioterapia como tratamiento complementario en pacientes con parálisis facial periférica en edades comprendidas entre 30 y 50 años de edad que acuden al “Hospital andino alternativo de Chimborazo” de Riobamba en el período de junio a noviembre del año 2014”. [tesis de licenciatura], Riobamba: universidad de Chimborazo; 2015 Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1210/1/UNACH-EC-TER.FIS-2015-0029.pdf>
7. Estrada Guerrero L E, Solís Sánchez DN. Prevalencia según el sexo y la edad de la Parálisis Facial Periférica en la Unidad Básica de Rehabilitación, El Marqués Querétaro, enero-diciembre 2013 (tesis de licenciatura en enfermería). Universidad Autónoma de Querétaro 2015.
Disponible en: <http://docplayer.es/15099833-Universidad-autonoma-de-queretaro-facultad-de-enfermeria-licenciatura-en-enfermeria.html>
8. Ajavi Pasmay L, Quintana Proaño J. Estudio descriptivo y prospectivo Aplicación del Láser Terapéutico en Parálisis Facial Periférica en Pacientes de 15 a 50 años atendidos en el Hospital “San Vicente de Paúl” de la ciudad de Ibarra en el período 2011.(tesis de licenciatura), Ibarra, Universidad Técnica del Norte, Ecuador. 2011.
9. Rodríguez Ortiz D, Mangas Martínez S, Ortiz-Reyes G, Rosete Gil H, Vales Hidalgo O, Hinojosa González R. Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. Arch Neurociencia (Mex) 2011 julio-septiembre; 16: 3 2011 Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane113g.pdf>

10. Nédio Atolini J, José Jarjura J, Vinícius de Faria G, Adriano Tomio K, Leticia Suriano A, Wolff Santos V. Facial Nerve Palsy: Incidence of Different Etiologies in a Tertiary Ambulatory Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo 2009; 13 (2):167-171. Disponible: <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/13-02-07-ing.pdf>
11. Cruz Ausejo R, estudio observacional correlacional transversal de Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica de un año de evolución. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional mayor de san Marcos; 2015 Disponible http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cytesis/4504/1/Cruz_ar.pdf
12. Rondón C H. Parálisis Facial Periférica. Rev. Med. Clin. Condes 2009; 20(4): 528 - 535 Disponible: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/528_PARALISIS_FACIAL-19.pdf
13. Rodrigues Rubens E C; Ceccato S B; Rezende C E B; Garcia R I D; Costa, K S; Campilongo, M, Rapoport, PB. Parálisis facial periférica a: Análise de 38 casos. Arq. méd. ABC 2002; 27(2): 62-66.
14. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NIH). Parálisis de Bell. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paralisis_de_bell.htm

IX. ANEXOS

ANEXO N°01: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Características clínico epidemiológicas de la parálisis facial en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Regional Lambayeque - 2015

I. INFORMACION GENERAL.

1. N° HC:.....
2. N° de Registro.....
3. Diagnóstico:

II. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS

1. Edad:.....
2. Sexo:

III. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

3.1. Tipo de parálisis facial

1. Central ()
2. Periférica ()

3.2. Signos y Síntomas.

1. Cefalea ()
2. Visión borrosa ()
3. Tinnitus o acufenos ()
4. Parálisis homolateral hemicara superior e inferior ()
5. Parálisis contralateral hemicara inferior ()
6. Disartria ()

3.3. Causas

1. ACV ()
2. a frigore ()
3. Tumores cráneo encefálicos ()
4. tumores arteria venosos ()
5. TEC ()
6. Infecciones ()
7. Inflamación nerviosa ()
8. Lesión traumática del nervio ()
9. Enfermedad neurodegenerativa ()
10. Idiopática o de Bell