

Galileo
UNIVERSIDAD
La Revolución en la Educación



IPETH INSTITUTO PROFESIONAL EN TERAPIAS Y HUMANIDADES

Revisión bibliográfica sobre los beneficios de los ejercicios terapéuticos de la mímica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 25 a 45 años que presentan parálisis facial unilateral

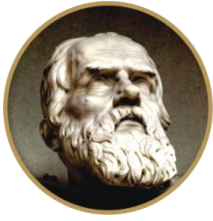


Katherine Julissa Ruiz Liquez

Ponente

**15012348
Carnet**

Guatemala



Galileo
UNIVERSIDAD
La Revolución en la Educación



IPETH INSTITUTO PROFESIONAL EN TERAPIAS Y HUMANIDADES

Revisión bibliográfica sobre los beneficios de los ejercicios terapéuticos de la mímica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 25 a 45 años que presentan parálisis facial unilateral

Tesis profesional para obtener el Título de

Licenciado en Fisioterapia

Que presenta



Katherine Julissa Ruiz Liquez
Ponente

LFT. Keyla Sosa Guevara
Asesor de tesis
Profa. Antonieta Millán
Asesor metodológico



IPETH INSTITUTO PROFESIONAL EN TERAPIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA

INVESTIGADORES RESPONSABLES

Katherine Julissa Ruiz Liquez

PONENTE

**L.F.T. Keyla Sosa Guevara
DIRECTOR DE TESIS**

**Profa. Antonieta Millán
ASESOR METODOLÓGICO**



Guatemala, 3 de octubre 2020

Estimada alumna:
Katherine Julissa Ruiz Liquez

Presente.

Respetable alumna:

La comisión designada para evaluar el proyecto "**Revisión bibliográfica sobre los beneficios de los ejercicios terapéuticos de la mímica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 25 a 45 años que presentan parálisis facial periférica unilateral**" correspondiente al Examen General Privado de la Carrera de Licenciatura en Fisioterapia realizado por usted, ha dictaminado dar por **APROBADO** el mismo.

Aprovecho la oportunidad para felicitarla y desearle éxito en el desempeño de su profesión.

Atentamente,

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mra. Isabel
Díaz Sabán
Secretario

Lic. Marbella Aracelis
Reyes Valero
Presidente

Lic. Flor de María
Molina Ortiz
Examinador



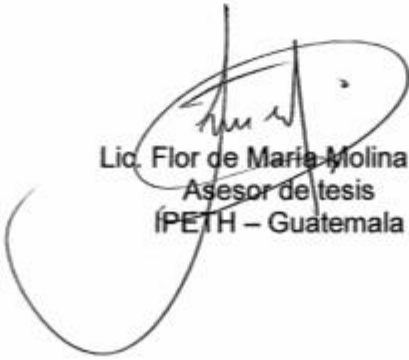
Guatemala, 8 de mayo 2019

Doctora
Vilma Chávez de Pop
Decana
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Galileo
Respetable Doctora Chávez:

Tengo el gusto de informarle que he realizado la revisión de trabajo de tesis titulado: **“Revisión bibliográfica sobre los beneficios de los ejercicios terapéuticos de la mímica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 25 a 45 años que presentan parálisis facial periférica unilateral”** de la alumna: Katherine Julissa Ruiz Liquez

Después de realizar la revisión del trabajo he considerado que cumple con todos los requisitos técnicos solicitados, por lo tanto, el autor y el asesor se hacen responsables del contenido y conclusiones de la misma.

Atentamente



Lic. Flor de María Molina Ortiz
Asesor de tesis
ÍPETH – Guatemala



Guatemala, 14 de mayo 2019

Doctora
Vilma Chávez de Pop
Decana
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Galileo

Respetable Doctora Chávez:

De manera atenta me dirijo a usted para manifestarle que la alumna **Katherine Julissa Ruiz Liquez** de la Licenciatura en Fisioterapia, culminó su informe final de tesis titulado: **"Revisión bibliográfica sobre los beneficios de los ejercicios terapéuticos de la mímica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 25 a 45 años que presentan parálisis facial periférica unilateral"** Ha sido objeto de revisión gramatical y estilística, por lo que puede continuar con el trámite de graduación. Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente



Licda. Mónica María Solares Luna
Revisor Lingüístico
IPETH- Guatemala



**IPETH, INSTITUTO PROFESIONAL EN TERAPIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA
COORDINACIÓN DE TITULACIÓN**

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: LISTA COTEJO DE TESIS
DIRECTOR DE TESIS**

Nombre del Director Keyla Natahy Sosa Guevara
Nombre del Alumno Katherine Julissa Ruiz Liquez
Nombre de la Tesina Revisión bibliografica sobre los beneficios de los ejercicios terapeúticos de la mimica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 35 a 45 años que presentan parálisis facial periférica unilateral.
Fecha de realización:

Instrucciones: Verifique que se encuentren los componentes señalados en la Tesis del alumno y marque con una X el registro del cumplimiento correspondiente. En caso de ser necesario hay un espacio de observaciones para correcciones o bien retroalimentación del alumno.

ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA APROBACIÓN DE LA TESIS

No.	Aspecto a Evaluar	Registro de Cumplimiento		Observaciones
		Si	No	
1.	El tema es adecuado a sus estudios de Licenciatura.	/		
2.	Derivó adecuadamente su tema con base en la línea de investigación correspondiente.	/		
3.	La identificación del problema es la correcta.	/		
4.	El problema tiene relevancia y pertinencia social.	/		
5.	El título es claro, preciso y evidencia claramente la problemática referida.	/		
6.	Evidencia el estudiante estar ubicado teórica y empíricamente en el problema.	/		
7.	El proceso de investigación es adecuado.	/		
8.	El resumen es pertinente al proceso de investigación.	/		
10.	Los objetivos han sido expuestos en forma correcta y expresan el resultado de la labor investigativa.	/		
11.	Justifica consistentemente su propuesta de estudio.	/		
No.	Aspecto a evaluar	Si	No	Observaciones
12.	Planteó claramente en qué consiste su problema.	/		

13.	La justificación expone las razones por las cuales se realiza la investigación y sus posibles aportes desde el punto de vista teórico o práctico.	✓		
14.	El marco teórico se fundamenta en: antecedentes, bases teóricas y definición de términos básicos.	✓		
15.	La pregunta es pertinente a la investigación.	✓		
16.	Agrupó y organizó adecuadamente sus ideas para su proceso de investigación.	✓		
17.	Sus objetivos fueron verificados.	✓		
18.	El método utilizado es el pertinente para el proceso de la investigación.	✓		
19.	Los materiales utilizados fueron los correctos.	✓		
20.	Los aportes han sido manifestados por el alumno en forma correcta.	✓		
21.	El señalamiento a fuentes de información documentales y empíricas es el correcto.	✓		
22.	Los resultados evidencian el proceso de investigación realizado.	✓		
23.	Las perspectivas de investigación son fácilmente verificables.	✓		
24.	Las conclusiones directamente derivan del proceso de investigación realizado.	✓		

Revisado de conformidad en cuanto al estilo solicitado por la institución



Nombre y Firma Del Director de Tesis



**IPETH INSTITUTO PROFESIONAL EN TERAPIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA
COORDINACIÓN DE TITULACIÓN**

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: LISTA DE COTEJO TESIS
ASESOR METODOLÓGICO**

Nombre del Asesor Profesora Antonieta Betzabeth Millán Centeno
Nombre del Alumno Katherine Julissa Ruiz Liquez
Nombre de la Tesina Revisión bibliografica sobre los beneficios de los ejercicios teraeputicos de la mimica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 35 a 45 años que presentan paralisis facial periferica unilateral.
Fecha de realización:

Instrucciones: Verifique que se encuentren los componentes señalados en la Tesis del alumno y marque con una X el registro del cumplimiento correspondiente. En caso de ser necesario hay un espacio de observaciones para correcciones o bien retroalimentación del alumno.

ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA APROBACIÓN DE LA TESINA

No.	Aspecto a evaluar	Registro de cumplimiento		Observaciones
		Si	No	
1	Formato de Página			
a.	Hoja tamaño carta.	✓		
b.	Margen superior, inferior, izquierdo y derecho a 2.55 cm.	✓		
c.	Orientación vertical excepto gráficos.	✓		
d.	Paginación correcta.	✓		
e.	Números romanos en minúsculas.	✓		
f.	Página de cada capítulo sin paginación.	✓		
g.	Inicio de capítulo centrado y en mayúsculas.	✓		
h.	Número de capítulo estilo romano a 8 cm del borde superior de la hoja.	✓		
i.	Título de capítulo a doble espacio por debajo del número de capítulo en mayúsculas a 16 puntos.	✓		
j.	Times New Roman (Tamaño 12 texto general).	✓		
k.	Color fuente negro.	✓		
l.	Sangría de 0.6 al inicio de cada párrafo.	✓		
m.	Cursivas: Solo en extranjerismos o en locuciones.	✓		
n.	Alineación de texto justificado.	✓		
ñ.	Interlineado doble espacio.	✓		

o.	Sin espacios entre párrafos solo el propio interlineado.	✓		
p.	Espacio después de punto y seguido dos caracteres.	✓		
q.	Espacio entre temas 2 (tomando en cuenta el interlineado)	✓		
r.	Resumen sin sangrías.	✓		
s.	Uso de viñetas estándares (círculos negros, guiones negros o flecha).	✓		
T1.	Títulos de primer orden a 16 puntos y en negritas.	✓		
T2.	Títulos de segundo orden a 14 puntos y en negritas, separado del texto siguiente.	✓		
T3.	Títulos de tercer orden a 12 puntos en negritas y subrayado. El texto siguiente es continuo sin negritas.	✓		
T4.	Títulos de cuarto orden en adelante en cursivas sin negritas a 12 puntos. El texto siguiente es continuo en times new roman, sin cursivas.	✓		
2.	Formato Redacción	Si	No	Observaciones
a.	Sin faltas ortográficas.	✓		
b.	Sin uso de pronombres y adjetivos personales.	✓		
c.	Extensión de oraciones y párrafos variado y medurado.	✓		
d.	Continuidad en los párrafos.	✓		
e.	Párrafos con estructura correcta.	✓		
f.	Sin uso de gerundios (ando, iendo)	✓		
g.	Correcta escritura numérica.	✓		
h.	Oraciones completas.	✓		
i.	Adecuado uso de oraciones de enlace.	✓		
j.	Uso correcto de signos de puntuación.	✓		
k.	Uso correcto de tildes.	✓		
L.	Empleo mínimo de paréntesis.	✓		
m.	Uso del pasado verbal para la descripción del procedimiento y la presentación de resultados.	✓		
n.	Uso del tiempo presente en la discusión de resultados y las conclusiones.	✓		
ñ.	Continuidad de párrafos: sin embargo, por otra parte, al respecto, por lo tanto, en otro orden de ideas, en la misma línea, asimismo, en contraste, etcétera.	✓		
o.	Los números menores a 10 se escriben con letras a excepción de una serie, una página, porcentajes y comparación entre dos dígitos.	✓		
p.	Indicación de grupos con números romanos.	✓		
q.	Sin notas a pie de página.	✓		
3.	Formato de Cita	Si	No	Observaciones
a.	Empleo mínimo de citas.	✓		
b.	Citas textuales o directas: menores a 40 palabras, dentro de párrafo u oración y entrecomilladas.	✓		
c.	Citas textuales o directas: de 40 palabras o más, en párrafo aparte, sin comillas y con sangría de lado izquierdo de 5 golpes.	✓		
d.	Uso de tres puntos suspensivos dentro de la cita para indicar que se ha omitido material de la oración original. Uso de cuatro puntos suspensivos para indicar cualquier omisión entre dos oraciones de la fuente original.	✓		
e.	Uso de corchetes, para incluir agregados o explicaciones.	✓		
4.	Formato referencias	Si	No	Observaciones
a.	Correcto orden de contenido con referencias.	✓		
b.	Figuras, tablas y gráficos referenciados conforme APA sexta edición 2016.	✓		
c.	Referencias ordenadas alfabéticamente y con sangría francesa.	✓		
d.	Correcta aplicación del formato APA 2016.	✓		
5.	Marco Metodológico	Si	No	Observaciones
a.	Agrupó y organizó adecuadamente sus ideas para su proceso de investigación.	✓		

b.	Reunió informació a partir de una varietat de síus Web.	✓		
c.	Seleccionó solament la informació que responde a su pregunta de investigació.	✓		
d.	Revisó su búsqueda basado en la información encontrada.	✓		
e.	Puso atención a la calidad de la información y a su procedencia de fuentes de confianza.	✓		
f.	Pensó acerca de la actualidad de la información.	✓		
g.	Tomó en cuenta la diferencia entre hecho y opinión.	✓		
h.	Tuvo cuidado con la información sesgada.	✓		
i.	Comparó adecuadamente la información que recopiló de varias fuentes.	✓		
j.	Utilizó organizadores gráficos para ayudar al lector a comprender información conjunta.	✓		
k.	Comunicó claramente su información.	✓		
l.	Examinó las fortalezas y debilidades de su proceso de investigación y producto.	✓		
m.	Pensó en formas para mejorar la investigación.	✓		
n.	El problema a investigar ha sido adecuadamente explicado junto con sus interrogantes.	✓		
o.	El planteamiento es claro y preciso.	✓		
p.	Los objetivos tanto generales como particulares no dejan de lado el problema inicial y son formulados en forma precisa.	✓		
q.	El marco metodológico tiene fundamentos sólidos y pertinentes.	✓		
r.	El alumno conoce la metodología aplicada en su proceso de investigación.	✓		
s.	El capítulo I se encuentra adecuadamente estructurado.	✓		
t.	El capítulo II se desarrolla con base en el enfoque y tipos de estudio referido.	✓		
u.	El capítulo III se realizó con base en el tipo de investigación señalado.	✓		
v.	El capítulo IV proyecta los resultados pertinentes con base en la investigación realizada.	✓		
w.	Las conclusiones surgen a partir del tipo de investigación realizada.	✓		
z.	Permite al estudiante una proyección a nivel investigativo.	✓		

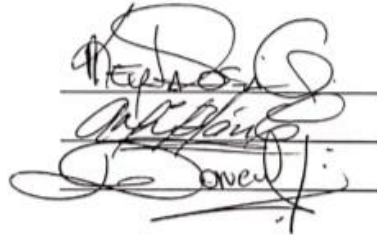
Revisado de conformidad en cuanto al estilo solicitado por la institución


Firma del Asesor en Metodología

DICTAMEN DE TESIS

Siendo el día 08 del mes de Octubre del año 2020.

Los C.C. LFT. Keyla Natahy Sosa Guevara
Director de Tesina
Profa. Antonieta Betzabeth Millán Centeno
Asesor Metodológico
L.F.T Itzel Dorantes Venancio
Coordinador de Titulación



Autorizan la Tesis con el nombre: Revisión bibliográfica sobre los beneficios de los ejercicios terapéuticos de la mímica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 35 a 45 años que presentan parálisis facial periférica unilateral.

Realizada por el Alumno: Katherine Julissa Ruiz Liquez

Para que pueda realizar la segunda fase de su Examen Privado y de esta forma poder obtener el Título como Licenciado en Fisioterapia.



Dedicatoria

La presente investigación es dedicada principalmente a mi familia, por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de la carrera, por darme la motivación para terminar cada uno de los retos que se han presentado a lo largo de la misma. De la misma manera a todos los licenciados que han marcado mi formación estudiantil brindándome los mejores conocimientos para lograr alcanzar mis metas.

Agradecimientos

Quiero agradecerle profundamente a mis padres Julio Ruiz y Norma Liquez por confiar en mí y darme la oportunidad de tener una formación profesional, sin duda alguna por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de esta meta tan grande, también quiero agradecerle a mi hermana Ailyn Ruiz por ser un pilar fundamental en mi vida por darme las mejores palabras en los momentos más difíciles que se desarrollaron a lo largo de este proceso. A cada uno de los licenciados que me brindaron conocimientos fundamentales para ser una profesional que marque la diferencia con cada uno de los pacientes.

Palabras claves

Parálisis facial periférica

Mímica facial

Reeducación muscular

Ejercicios faciales

Musculatura facial

Nervio facial

ÍNDICE PROTOCOLARIO

Portadilla	i
INVESTIGADORES RESPONSABLES	ii
Carta a autoridades responsables y terna evaluadora	iii
Carta de aprobación del asesor	iv
Carta de aprobación del revisor	v
Lista de cotejo de director de tesis	vi
Lista de cotejo de tesis asesor metodológico	viii
Dictamen de tesis	xi
Dedicatoria	xii
Agradecimientos	xiii
Palabras claves	xiv
Índice	xv

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	1
Introducción	2
CAPÍTULO I	3
Marco teórico	3
1.1 Antecedentes Generales	3
1.1.1 Nervio facial	4
1.1.2 Orígenes reales	4
1.1.3 Núcleo motor	4
1.1.4 Núcleo sensitivo-sensorial	5
1.1.5 Núcleos parasimpáticos	5
1.1.6 Origen aparente	6
1.1.7 Trayecto	6
1.1.8 Trayecto pontocerebeloso	8
1.1.9 Funciones del nervio facial	9
1.1.10 Biomecánica	10
1.1.11 Definición	13
1.1.12 Clasificación	14

1.1.13 Etiología.....	14
1.1.14 Fisiopatología	16
1.1.15 Factores de riesgo	17
1.1.16 Manifestaciones clínicas	17
1.1.17 Epidemiología.....	20
1.1.18 Diagnóstico.....	20
1.2 Antecedentes específicos.....	27
1.2.1 Mímica facial	32
Capítulo II	35
2.1 Planteamiento del problema	35
2.2 Justificación	36
2.3 Objetivos	38
2.3.1 Objetivo general.....	38
2.3.2 Objetivos específicos.....	38
Capitulo III	39
3.1 Materiales y métodos	39
3.2 Enfoque de investigación	43
3.3 Tipo de estudio.....	43
3.4 Método de estudio.....	44
3.5 Diseño de investigación.....	44
3.6 Criterios de selección	45
Capitulo IV.....	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discusión	49
4.3 Conclusión	52
4.4 Perspectiva	53
Referencias.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. (Segura,2014)	8
Tabla 2. (Kendall's, 2006)	13
Tabla 4.(Tánago, 2015)	16
Tabla 5.(Buerges, 2013)	19
Tabla 6. (Rivas, 2014)	21
Tabla 7. (Vallejo, 2017).....	23
Tabla 8.(Vallejo, 2017)	26
Tabla 9. (Matos 2011)	29
Tabla 10. (Matched,2004)	30
Tabla 11.Fuentes Consultadas	40
Tabla 12. Variables de investigación. Autoría propia.	43
Tabla 13. Criterios de inclusión y exclusión. Autoría propia.	45
Tabla 14. Artículos consultados.	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. (Latarjet, 2005:320).....	6
Figura 2. (Latarjet, 2005:320).....	6
Figura 3. (Latarjet, 2005:320).....	7

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Fuentes Consultadas.....	39
-------------------------------------	----

Resumen

En la revisión bibliográfica realizada sobre los efectos de la mímica facial en pacientes con parálisis facial periférica unilateral, se pueden encontrar los avances que se realizan al ejecutar esta técnica con la ayuda del paciente, es importante destacar cada uno de los puntos anatómicos para así poder comprender la fisiopatología.

La mímica facial es uno de los tratamientos más comunes que se les da a los pacientes con parálisis facial generalmente los terapeutas no prestan tanta atención a ellos, los ejercicios lo que buscan es la activación muscular y la contracción de dicha musculatura para poder activar las fibras nerviosas y así mandar señales de esta manera se eliminan las sincinesias que se van creando a lo largo de la patología.

Los ejercicios es recomendable que se trabajen de manera que el paciente pueda visualizar los avances que tenga durante el proceso de rehabilitación y así motivarlo a que es posible que se desenvuelva de la mejor manera las actividades de la vida diaria de una mejor manera.

Introducción

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de exponer los efectos terapéuticos de la mímica facial para pacientes con parálisis facial periférica unilateral, para poder obtener la información se realizó la revisión bibliográfica donde se tomaron en cuenta los artículos científicos que hablan de la reeducación muscular, parálisis facial periférica unilateral, musculatura facial.

La presente investigación se divide en cuatro capítulos; en el primer capítulo se desglosa el marco teórico explicando todos los antecedentes generales, como la anatomía, fisiología y trayecto del nervio facial; en los antecedentes específicos tiene un enfoque más específico sobre la mímica facial y la musculatura que se ve afectada a lo largo de la patología. En el capítulo dos se expresa el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos que se desean alcanzar con la presente investigación.

En el capítulo tres se desarrolla la metodología que se realizó a lo largo de la revisión bibliográfica, como se recolectó la información, en este capítulo se pueden encontrar las variables del estudio, el tipo de estudio, enfoque de la investigación, criterios de inclusión y exclusión de la misma.

La investigación se finaliza con el capítulo cuatro donde se exponen los resultados brindando la explicación de cada uno de los objetivos de la investigación realizada, al final se establecen las conclusiones y la perspectiva que se tiene para dicho trabajo de investigación.

CAPÍTULO I

Marco teórico

1.1 Antecedentes Generales

La parálisis facial es una afectación frecuente, que suele considerarse benigna, debido a su evolución tan espontánea suele ser favorable, de igual manera algunas etiologías son más específicas y la recuperación de esta suele ser un poco más complicada para recuperarse de la mejor manera posible. Para poder entender la patología es importante conocer la anatomía de la afectación de la parálisis facial.

Uno de los problemas más grandes de los pacientes que tienen parálisis facial es no tener control voluntario de los gestos motores pues en ese momento las terminaciones nerviosas del nervio facial no se encuentran funcionando de la manera en la que debería de trabajar, para poder entender cuáles son las disfunciones del nervio se debe tomar en cuenta la fisiopatología.

1.1.1 Nervio facial

Latarjet 2005:310 describe el al nervio facial como un nervio mixto, que se encuentra dividió en dos raíces una raíz media o nervio facial y una raíz lateral o nervio intermedio de Weisberg:

- **Raíz media o nervio facial:** es el nervio motor de los músculos cutáneos de la cara inerva a los músculos de la mímica fácil y controla las dimensiones de los orificios palpebral y bucal mediante los músculos orbiculares, esta raíz es el nervio motor del segundo arco braquial.
- **Raíz lateral o nervio intermedio (de Weisberg):** las fibras de esta raíz son sensitivas y sensoriales, participan en las vías gustativas. Se encuentran también, fibras parasimpáticas para las glándulas submandibular y sublingual, que dan la función secretora.

1.1.2 Orígenes reales

Para poder describir todo el recorrido y trayecto del nervio es necesario saber de dónde viene y hacia a donde va, generalmente tienen dos orígenes uno aparente y el real, que estos se pueden dividir en diferentes núcleos, a saber; motor, sensitivo- sensorial y parasimpático

1.1.3 Núcleo motor.

Rivera describe que el núcleo se encuentra situado en la parte dorsal de la protuberancia, entre el núcleo dorsal del cuerpo trapezoide, delante y lateral y el núcleo del nervio abducens, atrás y medial. Se divide en dos centros distintos: el nervio facial superior y el nervio facial inferior, que se refiere a diferentes músculos de la cara, las fibras que salen se dirigen posterior y medialmente (ramo radicular medial) contornean el núcleo del nervio abducens. Se curvan bajo el piso del cuarto ventrículo, para llegar de inmediato adelante y lateralmente

hacia el punto de emergencia del nervio(ramo radicular lateral), el ramo descrito anteriormente pertenece a la columna motora braquial, que recibe fibras corticonucleares a los núcleos oculomotores por el fascículo longitudinal medial.

1.1.4 Núcleo sensitivo-sensorial.

Patiño en el 2016 describe al núcleo sensitivo sensorial que se encuentra en el extremo superior del núcleo solitario, detrás y lateral al núcleo motor del nervio facial. Recibe fibras que llegan del ganglio geniculado, que se encuentra situado en el trayecto facial en la parte petrosa del hueso temporal, donde se le asigna el valor del ganglio espinal. El núcleo del nervio intermedio también se denomina núcleo gustativo, ya que recibe fibras conductoras de las sensaciones gustativas.

1.1.5 Núcleos parasimpáticos.

Moncayo describe que existen dos núcleos envían autonómicas parasimpáticas al facial.

1. Núcleo salival superior. Se encuentra ubicado en el polo inferior del núcleo motor del facial y medialmente se encuentran las fibras destinadas al nervio cuerda del tímpano.
2. Núcleo lagrimal. Situado en sentido medial al núcleo motor del facial, se encuentra una subdivisión del núcleo salival superior, envía fibras al ganglio pterigopalatino (para la glándula lagrimal).

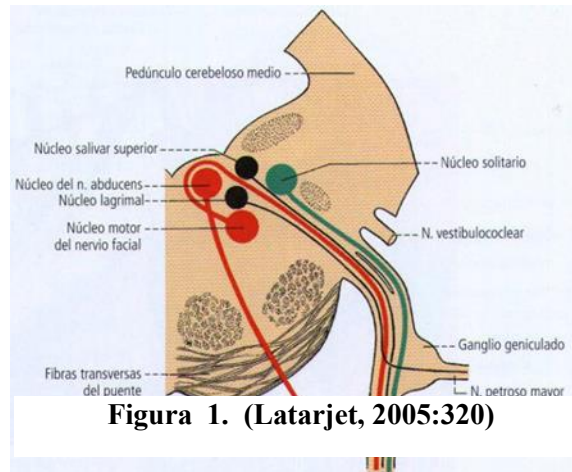


Figura 1. (Latarjet, 2005:320)

1.1.6 Origen aparente

Los nervios facial e intermedio, se encuentran adyacentes, emergen del surco bulbo protuberancial, entre la oliva y el pedúnculo cerebeloso inferior. Este origen se encuentra lateral al nervio abducens y por delante del nervio vestibulococlear.

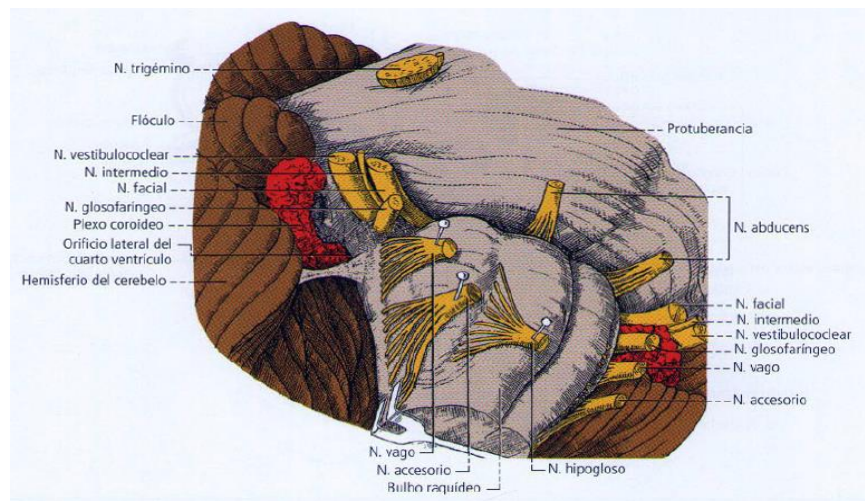


Figura 2. (Latarjet, 2005:320)

1.1.7 Trayecto.

Riviera hace referencia del trayecto de nervio facial como. nervio facial e intermedio que se encuentran en la fosa posterior del cráneo, se dirigen hacia arriba y lateralmente, situados en la cisterna pontocerebelosa y penetran en el conducto auditivo interno. Llegando al fondo se introducen al área del nervio en el conducto facial y lo recorren en toda su extensión. Se

describen en el primer segmento horizontal, desde el fondo del conducto auditivo interno hasta la orilla del conducto facial, frente al hiato del conducto para el nervio petroso mayor, que es donde se encuentra el ganglio geniculado, donde parece terminar el nervio intermedio. Desde allí el nervio se dirige transversalmente de medial a lateral y de arriba hacia abajo. El segundo segmento está comprendido entre las dos curvas del conducto facial. Luego se vuelve vertical desde la segunda curva del conducto facial y baja en la parte anterior de la apófisis mastoides, que sale por el foramen estilomastoides.

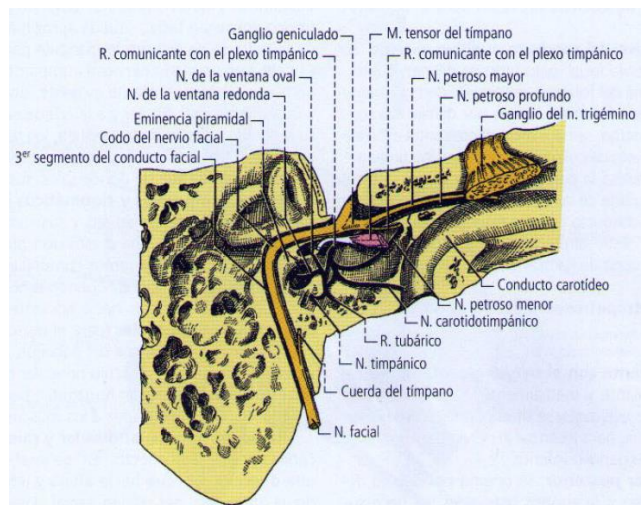


Figura 3. (Latarjet, 2005:320)

Nombre del nervio	Origen real	Origen aparente	Agujero por donde pasa	Función de inervación
VII nervio facial	Fibras sensitivas en el ganglio geniculado. Núcleo motor del facial y en el núcleo salivatorio superior	Parte lateral del surco bulbo pontino, mediante el nervio vestibulococlear.	Agujero mastoideo	Músculos de la mímica facial, vientre posterior del digástrico, musculo del estribo, estilohioideo, glándulas salivales,

	(glándulas) parasimpático en el puente.			bucales, palatinas nasales, papilas gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua.
--	---	--	--	---

Tabla 1. (Segura,2014)

1.1.8 Trayecto pontocerebeloso

Patiño en el 2016 describe el trayecto del nervio que sale del tronco encefálico que se acompaña por el intermedio de wrisberg, se le conoce así por la posición en la que se encuentra entre el VII y VIII, en el nivel de la porción cisternal, la parte proximal de los nervios no está recubierta de epineuro, si no de piamadre y los nervios se encuentran bañados en líquido cefalorraquídeo. La zona donde tiene debilidad consiste en la transición entre la mielina central glial y periférica de Schwann.

El trayecto cisternal mide un promedio de 15.8mm, el nervio se sitúa por encima y delante del VII, se acompaña de la arteria cerebelosa anterior, que se encuentra situada por encima de los nervios vestibulares superior e inferior.

- Porción intrapetrosa: esta mide 30mm de longitud promedio y 2mm de diámetro, está protegida por un conducto óseo (conducto de Falopio o del facial) esta porción se divide en tres segmentos: laberintico, timpánico y mastoideo. La porción que más estrecha se sitúa al principio del conducto de Falopio, donde ocupa el 83% del espacio. Esta porción es sensible a cualquier compresión y también fenómeno vascular, se encuentra vascularizado por la arteria auditiva externa.

- Porción laberíntica: es una parte corta y estrecha que se sitúa entre la cóclea a en nivel anterior y la ampolla del contacto semicircular superior a nivel posterior. Se extiende desde el fondo al ganglio geniculado. Los nervios

petrosos mayor y menor surgen del vértice anterior del ángulo y pasan por la cara superior del peñasco a nivel del Falopio y accesorio

- Porción timpánica: este tiene un trayecto rectilíneo, con longitud de 10-12 mm y una orientación posteroinferior y ligeramente lateral. En la cirugía otológica hacen referencia en la parte anterior que es la apófisis cocleariforme. Constituye el conducto del musculo martillo, un dintel neuromuscular que separa la cavidad timpánica en cavidad mesotimpánica a nivel inferior y epitímpano a nivel superior, en la porción medial es visible en forma de relieve por encima de la ventana oval.

- Porción mastoidea: es la más larga del nervio 13-18mm desciende vertical hasta el agujero estilomastoideo, en esta porción se originan 3 ramas nervio del musculo estapedio, nervio de cuerda del tímpano y ramo de comunicante con plexo timpánico, la parte medial se encuentra detrás del retrotímpano, entre el seno timpánico a nivel medial y del retrotímpano.

- Exocraneal: sale entre la apófisis mastoides a nivel lateral y la apófisis estiloides a nivel medial y penetra en el espacio retroestiloideo. Penetra la parotídea después de atravesar el diafragma en sentido medial del musculo digástrico.

1.1.9 Funciones del nervio facial

Este nervio es principalmente motor para los músculos de la mímica facial y del cuello, sin embargo este también cuenta con funciones que tiene relaciones motoras, sensitivas y secretoras que se necesitan definir para comprender la patología y la exploración del nervio facial.

- Motora: se considera como el nervio de la mímica y responsable de los movimientos de los párpados y los labios.
- Sensorial: este se limita en el conducto auditivo externo, por una porción del pabellón de la oreja y de la membrana timpánica. Recoge por medio del lingual y de la cuerda del tímpano las sensaciones gustativas de la parte anterior de la lengua.
- Secretora: por las fibras parasimpáticas que posee se asegura de la secreción lagrimal y secreción salival, submandibular y sublingual. (Latarjet, 2005)

1.1.10 Biomecánica

La biomecánica de la mímica facial es toda la musculatura facial, tomando en cuenta la acción de cada uno de los músculos también es importante la inervación de cada uno de los músculos, aunque la mayoría de los músculos son inervados por el nervio facial.

Nombre	Función	Inervación
Bucinador	Apófisis de las mejillas, deprimir y comprimir el labio inferior.	Nervio facial
Superciliar	Lleva la ceja hacia abajo hacia dentro, con arrugas verticales en la frente.	Nervio facial
Triangular de los labios	Deprime el ángulo de la boca.	Nervio facial
Cuadrado el mentón	Lleva el labio hacia abajo y ligeramente hacia el lado,	Nervio facial

	como en las expresiones de ironía.	
Depresor del tabique	Lleva el ala de la nariz hacia abajo para cerrar la nariz.	Nervio facial
Frontal	Elevar las cejas y arrugas de la frente, como en las expresiones de sorpresa o susto.	Nervio facial
Canino	Deprime el surco naso labial, como en expresiones de desprecio.	Nervio facial
Elevador del labio	Mueve el labio superior hacia arriba y hacia delante.	Nervio facial
Elevador profundo del ala de la nariz y del labio superior	Eleva y hace que sobresalga el labio superior.	Oculomotor
Elevador del párpado superior	Eleva los párpados superiores.	Oculomotor
Masetero	Cierra la mandíbula.	Trigémino
Borla de la barba	Eleva y hace que sobresalga el labio inferior de la arruga la piel de la barbilla.	Facial
Nasal porción ala	Aumenta la narina	Facial

Nasal porción transversal	Deprime la parte cartilaginosa de la nariz.	Facial
Oblicuo inferior del ojo	Dirige la córnea hacia arriba y hacia afuera.	Oculomotor
Oblicuo superior del ojo	Dirige la córnea hacia abajo y hacia fuera.	Tróclea
Orbicular de los párpados	Cierra los ojos con suavidad y con fuerza.	Nervio facial
Orbicular de los labios	Cierra los labios y los hace sobresalir hacia afuera.	Nervio facial
Cutáneo	Retrae y deprime el ángulo de la boca.	Nervio facial
Triangular de la nariz	Empuja el ángulo interno de las cejas hacia abajo y produce arrugas transversales sobre el puente de la nariz.	Nervio facial
Pterigoideo externo	Abre la mandíbula, hace que la mandíbula sobresalga y mueve la mandíbula de lado a lado.	Trigémino
Pterigoideo interno	Cierra la mandíbula.	Trigémino

Recto superior, inferior e interno	Movimiento del ojo en dirección indicada por el nombre del músculo.	Oculomotor- recto superior e inferior Abductor – externo
Risorio	Retrae el ángulo de la boca	Facial
Temporal	Cierra la mandíbula	Trigémino
Cigomático mayor	Lleva el ángulo de la boca hacia arriba y hacia abajo como en sonrisa.	Facial
Cigomático menor	Ahonda el surco naso labial como en las expresiones de tristeza.	Facial

Tabla 2. (Kendall s, 2006)

Para poder comprender mejor los gestos de la mímica facial es vital identificar cada uno de los movimientos de cada musculo para poder comprenderlo mejor se demostraran imágenes para identificar la acción de la musculatura facial.

1.1.11 Definición

La parálisis facial es un trastorno neuromuscular causado por lesión de las vías motora y sensorial del nervio facial, que ocasiona alteración en los movimientos del rostro, secreción de saliva, lágrimas y en el sentido del gusto. (Rodríguez, 2011: 148-155.)

Se considera una mononeuropatía de las más comunes que afecta a la región craneofacial, esta patología se puede clasificar en idiopática, también conocida como parálisis de Bell y

sintomática. La parálisis facial fue descrita en el año 1830 por Sir Charles Bell. (Escalante, 2008)

1.1.12 Clasificación

Rodríguez, 2011 148-156 menciona una clasificación de parálisis facial se divide en dos; central y periférica, que se describen a continuación.

Parálisis facial central:

se caracteriza por la afectación de la mitad inferior de la hemicara contralateral, se ve conservada la función de la musculatura frontal, de los músculos orbiculares y el reflejo corneal, desviación de la comisura bucal al lado sano, movimientos mímicos inconscientes se encuentran conservados, se ve acompañado generalmente de otros datos patológicos.

Parálisis facial periférica:

se caracteriza por la parálisis de la musculatura superior e inferior homolateral, se observa el signo de Bell, se dan alteraciones sensitivas, rigidez, parestesias en cara, también se ve la secreción lagrimal y salival.

1.1.13 Etiología

Tánago describe la etiología de la parálisis facial y central como:

Parálisis facial central.

Es causada por la afectación de la neurona motora superior y se acompaña con frecuencia de la hemicara del mismo lado de la lesión, afectando al movimiento voluntario de la parte inferior de la cara, pero no los músculos frontales ni orbicular de los párpados, también suelen ser normales los movimientos reactivos a emociones.

Parálisis facial periférica.

También es conocida como parálisis facial de Bell, se ve afectada la neurona motora inferior o parálisis idiopática, es la causada por la afectación aguda del nervio facial en su nivel periférico, muestra la pérdida del movimiento voluntario en todos los músculos faciales del lado afectado y es una de las más comunes. Puede ser también unilateral o bilateral, se conoce como completa cuando abarca todos los músculos del lado afecto o parcial cuando solo afecta a un grupo de los músculos, la parálisis más común es la unilateral afectando la hemicara ipsilateral del nervio lesionado.

Suele ser desconocida recibiendo esta como de forma idiopática, la parálisis del nervio facial puede ser causada también por: tumores, aneurismas, enfermedad de Paget, leucosis, infecciones bacterianas, infección víricas: Epstein Barr, sarampión, rubéola, rabia, entre otras.

Primarias	Parálisis facial idiopática o de Bell
Secundarias	<p>Traumática</p> <p>Infecciosas</p> <ul style="list-style-type: none">○ Vírica: herpes simple, herpes zoster○ Bacteriana <p>Neurológica</p> <ul style="list-style-type: none">○ Guillen- Barre○ Neuropatía hipertrófica hereditaria <p>Tumoral</p> <ul style="list-style-type: none">○ Parotídeo○ Colesteatoma○ Neurinoma del acústico <p>Enfermedades sistémicas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes ○ Sarcoidosis ○ Hipertiroidismo ○ Autoinmunes ○ Leucemias
--	--

Tabla 3.(Tánago, 2015)

1.1.14 Fisiopatología

La mayoría de las afecciones del nervio facial se relaciona al trayecto intracanal por compresión extrínsecas o intrínsecas . Quesada en 2015 describe la fisiopatología como el momento en el que se reproduce un daño un daño neural, de acuerdo a la magnitud de este y las estructuras comprometidas, se pueden presentar cambios tanto proximales como distales. Lo que determinan las alteraciones futuras y potencial de recuperación integral anatómica y funcional. Las alteraciones se clasifican en tres grupos:

1. Neuropraxia: presenta alteraciones en la vaina nerviosa, pero sin alteración del axón, por lo que la conducción nerviosa se ve alterada en el sitio de la lesión, esta se conserva hacia proximal y distal. Tiene un pronóstico de recuperación completa.
2. Axonotmesis: presenta alteraciones de la vaina nerviosa y el axón, con la conservación del endoneuro, se genera daño distal. Tiene un pronóstico de recuperación.
3. Neurotmesis: existe daño tanto en el axón como en las estructuras conectivas, presentando degeneración walleriana, produciendo en un futuro la reinervación solo parcial y con alteraciones evidentes.

Después de una lesión en un nervio periférico, los cambios fisiopatológicos dependerán de lo severo que es la lesión, así como también la proximidad del cuerpo de la célula hacia el segmento lesionado.

1.1.15 Factores de riesgo

Volk en el 2013 describe que los factores de riesgo para la parálisis facial es más frecuente en personas que presentan lo siguiente:

- Estrés continuo, se eleva la presión sanguínea, que es la tensión ejercida por la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos. Entre más alta es aumenta la carga de trabajo del corazón y el crecimiento del tejido.
- Están embarazadas durante el tercer trimestre, o en la primera semana después del parto.
- Infecciones virales como meningitis o un simple resfrió que afectan las vías respiratorias.
- Diabetes es un enfermedad sistémica que afecta a todo el cuerpo y no solo a un órgano en particular esto hace que la mayor probabilidad de sufrir parálisis facial.
- Condiciones genéticas especialmente un desarrollo anormal del nervio facial.
- Causas quirúrgicas retiro de un neuroma acústico o un tumor del nervio facial.

En la materia de los casos se da por una infección previa ya que se crea un proceso de inflamación previo ya sea a nivel del oído o garganta, así como también infecciones de la piel que estén cercanas al oído. Otros factores pueden ser procesos traumáticos, golpes y tumores. Los ataques recurrentes de la análisis facial son poco comunes pero en algunos casos existen antecedente recurrentes, lo que indica una predisposición genética a esta patología.

1.1.16 Manifestaciones clínicas

La parálisis facial periférica se caracteriza por la disminución de la fuerza de los músculos faciales del lado afecto. Entre las manifestaciones más destacadas son:

- Asimetría facial.
- Inmovilidad facial homolateral de la mímica refleja voluntaria y emotiva.
- Hemicara afecta con disminución o desaparición de pliegues o arrugas en la región frontal, junto con desviación de la comisura labial.
- Ceja homolateral más baja, con dificultad o pérdida completa de la movilidad de la misma.
- Desviación de la nariz.
- Depresión de la mejilla.
- En algunas ocasiones puede producir otalgia y alteración sensitivas ipsilaterales.
- Secreción lagrimal.
- Secreción salival.

Para poder medir la fuerza se utilizan diferentes escalas pero una de las más comunes es de Daniels, esta escala por su uso continuo crearon una escala modificada que se utiliza cuando los pacientes no cumplen con los criterios que pide la escala original. Esta escala mide de 5 a 0 siendo 5 una fuerza que sobrepasa una fuerza externa en su máxima resistencia y 0 es cuando no existe ninguna contracción muscular.

Escala de Daniels

Grado	Contracción
0	Se encuentra completamente carente de la activación muscular y la palpación o a la inspección visual.
1	Significa que el examinador es capaz de detectar visualmente o mediante palpación actividad contráctil en uno o varios músculos.

2	Músculo que realiza un movimiento completo cuando se encuentra en una posición que minimiza la gravedad. Se describe como el plano horizontal de movimiento.
3	Músculo o grupo muscular debe ejecutar un movimiento completo, solo contra gravedad, el músculo explorado puede ejecutar este movimiento, pero una resistencia adicional. Por pequeña que sea, impide el movimiento.
4	Se utiliza para ejecutar un movimiento completo, solo contra la fuerza de gravedad y tolerando la resistencia fuerte sin modificar la postura para la exploración.
5	En este se pueden medir músculos “normales” donde el examinador debe tomar en cuenta el miembro contra lateral cuando son lesiones unilaterales, en la mayoría de los casos el examinador no puede desplazar la postura que mantiene el paciente para ejecutar un movimiento completo.

Tabla 4.(Buerges, 2013)

Escala de Daniels modificada.

En esta escala lo único que varía de la original es que se utilizan signos + y – junto con el grado asignado carece de justificación, excepto en dos casos regular + y mal -, se ha demostrado que en ciertos casos se puede ver una mejora o un deterioro del grado, cuando se hace referencia a 3 + quiere decir que ejecuta el movimiento contra la fuerza de la gravedad y el paciente puede mantener una postura limite contra resistencia mínima.

1.1.17 Epidemiología

En Guatemala el ministerio de salud pública y asistencia social se registraron un total de 1,263 en pacientes masculinos dando un porcentaje de 3.57 y en pacientes femeninos en 2,793 dando un porcentaje de 5.67, dando un total de 4,056. (Dr. Eusebio, 2008) como se puede ver en los datos referidos anteriormente los pacientes que están más propensos a esta patología son las mujeres. el embarazo puede aumentar el riesgo, este puede ser más común en el tercer trimestre. La preeclampsia también muestra el riesgo del padecimiento de la parálisis facial. para las pacientes que cuentan con diabetes se encuentran susceptibles a causa de la tolerancia y resistencia a la insulina que van emporando la glucosa.

1.1.18 Diagnóstico

Para poder diagnosticar la parálisis facial periférica es fundamental identificar su causa y poder proporcionar un tratamiento adecuado y lo más rápido posible, se debe realizar una buena exploración física. Una de las características principales de la parálisis facial es que se encuentra compromiso de la hemicara facial incluyendo el tercio superior del rostro y el fenómeno de Bell. Para tener un mejor diagnóstico se debe hacer un diagnóstico diferencial de la parálisis facial periférica.

Traumáticas	Fractura del hueso temporal
Neoplásicas	Colesteatoma Neurinoma del acústico Leucemia Neoplasia paratiroides
Infecciosas	Virus coxsackie, herpes zoster, VIH, influenza, parotiditis

	Enfermedad de Kawasaki Enfermedad de Lyme Micoplasma Mastoiditis, meningitis Otitis externa Sífilis, tuberculosis
Misceláneas	Síndrome de Guillain Barre Post inmunización Intoxicación plúmbica
Idiopáticas	Parálisis de Bell
Congénitas	Higroma quístico Quiste braquial Síndrome de Moebius

Tabla 5. (Rivas, 2014)

Métodos de evaluación y de clasificación de la disfunción facial clasificaciones de la disfunción facial.

La evaluación de la función facial debe ser estandarizada para permitir la comparación de la función facial durante el seguimiento clínico o para permitir una comparación entre diferentes comunicaciones científicas. Existen varias escalas de la estimulación de la función facial, desde escalas subjetivas hasta métodos más informativos.

Escala de House-Brackmann

Esta escala fue descrita en 1985, constituye la referencia más utilidad a nivel internación con relación a la función facial, a pesar de las imperfecciones se ha impuesto por la facilidad y rapidez de realización, lo que garantiza la comparativa de manera internacional.

Grado I: función facial normal	Función motora normal en toda el área facial
Grado II: afectación discreta	<p>Reposo: tono y simetría normales</p> <p>Frente: algunos movimientos o movimientos normales</p> <p>Ojo: cierre normal con esfuerzo mínimo o máximo</p> <p>Trastornos secundarios: sincinesias muy leves e inconstantes.</p>
Grado III: afectación moderada	<p>Reposo: tono y simetría normales</p> <p>Frente: movimientos discretos o ausentes</p> <p>Ojo: cierre normal con esfuerzo máximo, asimetría evidente</p> <p>Trastorno secundario: sincinesias y contracturas visibles.</p>

<p>Grado IV: afectación moderadamente grave</p>	<p>Reposo: tono y simetría normal</p> <p>Frente: ningún movimiento</p> <p>Ojo: cierre incompleto con esfuerzo máximo</p> <p>Boca: movimiento asimétrico con esfuerzo máximo</p> <p>Trastornos secundarios: sincinesias y contracturas graves.</p>
<p>Grado V: afectación grave</p>	<p>Reposo: asimetría facial</p> <p>Frente: ningún movimiento</p> <p>Ojo: movimiento discreto con máximo esfuerzo</p> <p>Trastorno secundarios: sincinesias, contracturas ausentes</p>
<p>Grado VI: parálisis total</p>	<p>Reposo: pérdida total del tono</p> <p>Frente: ningún movimiento</p> <p>Ojo: ningún movimiento</p> <p>Boca: ningún movimiento</p> <p>Trastornos secundarios: ausentes</p>

Tabla 6. (Vallejo, 2017)

Escala de Sunnybrook (1996)

Esta es una escala subjetiva propuesta en 1996 por un equipo canadiense del Sunnybrook Health Center dirigido por Ross, este tiene la ventaja de incorporar el déficit facial y déficit secundarios en una escala numérica. Se lleva a cabo por medio de tres etapas, las cuales, consisten en estimar el tono y movimientos faciales y la tercera etapa es una evaluación numérica de las sincinesias.

El resultado es una puntuación subjetiva, pero continua, de la función facial en reposo, durante el esfuerzo y la evaluación numérica de las sincinesias, se dice que esta escala se define en una modalidad más precisa que la de House-Brackmann en términos de agravación o de recuperación de la función motora. Uno de los déficits que se tiene es que no toma en cuenta el déficit secundario como función lagrimal y gusto aparte de las sincinesias. (Vallejo, 2017)

Censo de Tokio (2001)

Luego de integrar todos los datos de evaluación del tratamiento de los schwannomas vestibulares, los miembros de la conferencia de consenso de Tokio consideraron conservar la clasificación de House-Brackmann por su sencillez de utilización, no obstante por la antigüedad del grado 3 se propuso clasificación modificada que se divide en 3 grados 3A y 3B. Los participantes hicieron referencia a la disfunción de las fibras del nervio intermedio de Wrisberg:

- Función lagrimal (nervios petrosos mayores) debido a su importancia para el bienestar ocular. Si existe una oclusión ocular persistencia de una función lagrimal normal o ligeramente menor a la normal.

- La función de las fibras destinadas a la boca, responsables de un cierto grado de salivación y de una parte del gusto dos tercios anteriores de la hemilengua, por medio de la cuerda del tímpano.

Por lo que la clasificación de Kanzaki se ha modificado añadiendo la mención al ojo con dos grados 3A y 3B.

Grado I: función facial normal en todos los territorios	Ausencia de parálisis
Grado II: déficit leve identificable mediante una inspección cuidadosa	<p>Parálisis leve</p> <p>Sincinesias: discretas</p> <p>En reposo: tono u simetría normales</p> <p>Con esfuerzo: discreta asimetría de movimiento con esfuerzo máximo</p>
Grado IIIA: asimetría notable sin desfiguración	<p>Parálisis moderada</p> <p>Sincinesias: notables, pero no graves, espasmos hemicara posible</p> <p>En reposo: tono y simetría normales</p> <p>Con esfuerzo: asimetría manifiesta con esfuerzo máximo, cierre ocular completo posible.</p> <p>Ojo: ninguna molestia ocular. Sin uso de tratamiento complementario como lagrimas</p>

<p>Grado IIIB: asimetría notable sin desfiguración</p>	<p>Parálisis moderada</p> <p>Sincinesias: notables pero no graves, espasmos</p> <p>En reposo: tono y simetría normal</p> <p>Con esfuerzo: asimetría manifiesta con esfuerzo máximo</p> <p>Ojo: seco y molestias oculares con queratitis de exposición que requiere lagrimas artificiales</p>
<p>Grado IV: asimetría visible con desfiguración manifiesta</p>	<p>Parálisis moderadamente grave</p> <p>En reposo: tono y simetría normales</p> <p>Con el esfuerzo: ningún movimiento en frente, cierre ocular completo, asimetría de la comisura con esfuerzo máximo</p>
<p>Grado V: movimientos apenas visibles</p>	<p>Parálisis grave</p> <p>En reposo: asimetría evidente</p> <p>Con esfuerzo: ningún movimiento de la frente, cierre incompleto, ligero movimiento de labios</p>
<p>Grado VI: ninguna función motora</p>	<p>Parálisis total</p>

Tabla 7.(Vallejo, 2017)


1.2 Antecedentes específicos








Beurskens describe que es una técnica que se desarrolló en 1980 por el actor mimo Jan Bronk junto con el otorrinolaringólogo Pieter Devriese. La terapia mímica combina la estimulación de la expresión facial con movimientos funcionales y técnicas de relajación, incluyendo el control de la respiración.

El objetivo principal del tratamiento es realizar un entrenamiento del uso y control de un músculo grupo muscular aisladamente, para así promover la simetría en la cara en reposo y durante el movimiento y a su vez, el paciente es enseñado a controlar simultáneamente las sincinesias

Se instruye al paciente para que practique el movimiento deseado mientras se mira al espejo utilizando la técnica de biofeedback, para que el paciente tenga conocimiento de sus avances. Inicialmente el paciente debe realizar el movimiento deseado bilateralmente, observando la hemicara que se encuentra afecta, buscando mantener el tono muscular. No se aconseja que la musculatura sea forzada, para así evitar la aparición de sincinesias y contracturas.

Estos ejercicios constan de movimientos lentos y pequeños, que involucran las diferentes partes de la cara, como se reflejan a continuación:

Músculo	Comando verbal	Imagen
Orbicular de los labios y compresor	Contraer los labios como si fuera a dar un beso	

Dilatador de la nariz	Dilatar el ala de la nariz	
Canino	Enseñar los dientes	
Elevador del labio superior	Levantar el labio superior	
Bucinador	Expulsar aire	
Cigomático mayor	Lleva el Angulo de la boca hacia arriba y hacia fuera	
Cigomático menor	Ahonda el surco nasolabial como en expresión de tristeza	
Risorio	Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás	






Triangular de los labios /cutáneo del cuello	Deprime el ángulo de la boca	
Mirtiforme/cuadrado de la barba/borla de la barba	Arrugar el mentón	
Occipitofrontal	Elevar las cejas	
Superciliar	Juntar las cejas	
Orbicular de los párpados	Cerrar los ojos	

Tabla 8. (Matos 2011)

Con el entrenamiento y capacitación se recomiendan variaciones de velocidad, fuerza, numero de repeticiones e intervalos de descanso. Una vez que el ejercicio este asimilado, se recomienda alternar el uso del espejo con la realización de los mimos ejercicios sin espejo para evitar una excesiva dependencia del mismo.

Beurkens y Heymans demostraron la efectividad de la terapia mímica en dos estudios realizados por ellos, ambos ensayos sugirieron diferencias significativas a favor de los grupos de pacientes que recibieron terapia de mímica. Tas un tiempo de seguimiento de un año después del tratamiento los pacientes mantenían mejoría clínica de la parálisis facial.

Ejercicios activos asistidos	Ejercicios activos
El paciente se apoya con el dedo índice y medio, colocados en la hemicara afecta, sobre el musculo a trabajar en dirección al movimiento deseado, se sostiene por algunos segundos. Dándole mayor importancia a los músculos orbicular de los párpados y labios.	Se retira la presión digital y se solicita que trabaje en el siguiente orden: frontal, superciliar, elevador del labio superior, canino, bucinador, borla, cuadrado de la barba, triangular de los labios, cutáneo del cuello y cigomáticos

Tabla 9. (Matched,2004)

Para realizar un tratamiento optimo tratamiento fisioterapéutico es importante destacar aunque la musculatura facial no tenga ningún tipo de contracción, es importante realizarlos para acelerar la recuperación. En el momento en que el musculo facial tenga cierta contractibilidad se deberá ayudar a realizar el movimiento requerido, los ejercicios activos pueden evaluarse según la contracción, desde ejercicios activos asistidos hasta resistidos

Según la literatura revisada y Cols hacen recomendaciones detalladas, las cuales organizaron en cuatro etapas de acuerdo con los hallazgos físicos obtenidos durante la exploración y la etapa en la que se encuentra el paciente, las principales acciones van a lograr un correcto funcionamiento de la oclusión del ojo y de la boca.

1. Etapa inicial: es recomendada para pacientes con parálisis facial flácida, asimétrica en reposo, con movimientos mínimos voluntarios, daño funcional severo y ausencia de sincinesias.
2. Etapa de facilitación: indicada para pacientes con ligero movimiento, sin sincinesias, se caracteriza por el incremento de movimientos voluntarios.
 - a. Movimientos faciales activos simétricos; haciendo énfasis al paciente que no debe realizar movimientos incordiados en forma bilateral, con el fin de evitar movimientos distorsionados de la hemicara afecta, ya que esto lo coloca en una función menos óptima respecto al lado sano.
 - b. Si el paciente refiere signos de sincinesias, indicar ejercicios resistidos: la resistencia manual aplica se aplica en dirección contraria al movimiento deseado. No provocar sobreesfuerzo en la hemicara sana, puede causar un desequilibrio muscular
 - c. Indicar que realice sonidos pronunciando consonantes y vocales en forma aislada y palabras que fortalezcan la movilidad del musculo orbicular de los labios.
3. Etapa de control: se indica para el control del movimiento, en paciente con ligero movimiento y sincinesias, se caracteriza por la aparición de movimientos anormales, anárquicos, los músculos responsables deben colocarse en posición de estiramiento sostenido para inhibirlos. Los músculos propensos a sincinesias son los orbitales.
 - a. Ojo-boca: si durante la actividad del orbicular del párpado derecho se observa que la comisura labial se levanta hacia arriba y afuera con la cara en reposo, el paciente deberá inhibir el cigomático mayor. El paciente colocará

su pulgar izquierdo en el interior de la mejilla derecha, con el índice y el medio en el exterior, mantendrá la mejilla estirada entre los tres dedos oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano sin tirar del párpado inferior derecho. Cerrará los ojos suavemente, luego con fuerza, manteniendo la mejilla estirada.

- b. Boca-ojo: se le pide al paciente que coloque la boca en protrusión con los labios juntos y redondeados y se observa que el ojo derecho se cierre, incluso mínimamente, entonces se le pedirá que enganche la mejilla derecha con el índice sobre el surco naso geniano. El paciente deberá estirar la mejilla, empujarla oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano, controlando el ojo en un espejo, esbozar el trabajo del orbicular de los labios

- 4. Fase de relajación: indicada ante la presencia de sincinesias severas, se realizan palmo percusiones en la hemicara afecta y ejercicios de relación que consisten en una contracción sostenida de tres a cinco segundos, seguida de una relajación completa aplicada a músculos faciales específicos.

El manejo de la parálisis facial periférica se plantea en un enfoque multidisciplinario y una estrategia basada en las necesidades individuales de cada paciente, que esto involucra la participación de múltiples especialidades médicas como : oftalmología, otorrinolaringología, genética, fisiatría, neurología y fisioterapia, psicología estas ramas son claves para la obtención de buenos resultados.

1.2.1 Mímica facial

La mímica facial y los tratamientos alternativos en fisioterapia se emplean para recuperar el movimiento simétrico y hará reducir o eliminar los problemas asociados a la parálisis en

lo que representa el déficit motor, el tratamiento rehabilitador no ejerce ningún efecto regenerador sobre el nervio lesionado.

El fin de la mímica fácil es promover la circulación sanguínea, el tono muscular, evitar la flacidez de la cara y promover la simetría facial, principalmente busca la activación diferencial de cada uno de los músculos implicados en el patrón de excitación- inhibición, la mímica facial se utiliza para restablecer la movilidad facial simétrica y para reducir o eliminar los problemas que puede desencadenar esta patología.

Para poder realizar la mímica facial se recomienda que todos los ejercicios sean frente un espejo para que el paciente pueda ver los avances estos se encaminan a que el paciente logre una recuperación optima y rápida que estos se deben realizar diariamente y por un tiempo determinado.

La mímica facial es necesario en todo el momento de la rehabilitación, aunque no exista ningún tipo de contracción, es fundamental realizarlos para acelerar la recuperación facial, en el momento en el que el musculo facial tenga cierta contractibilidad se debe ayudar a realizar el ejercicio o el movimiento requerido. Los ejercicios activos pueden evaluarse según su fuerza de contracción, desde ejercicios activos hasta los ejercicios resistidos.

Entre la mímica facial también se puede emplear para hacer una reeducación neuromuscular con los ejercicios se promueve el movimiento facial simétricos, que tienen como objetivo facilitar la activación muscular en los patrones funciones de movimiento y expresiones faciales y suprimir la actividad muscular anormal que interfiere con la función facial.

Los músculos faciales tiene pocos receptores intrínsecos que puedan proporcionar información propioceptiva al sistema nervioso central. Este tipo de tratamiento es un muy

tradicional pero tienen la oportunidad de retroalimentar el movimiento facial. Los ejercicios que se realizan son mediante una manipulación manual y reeducación frente al espejo.

Para poder comprender mejor cada uno de los ejercicios de mímica facial se describirá cada uno de los ejercicios a realizar con el paciente.

Capítulo II

2.1 Planteamiento del problema

La parálisis facial fue descrita hace más de 2000 años por Hipócrates es una de las patologías que más incidencia tienen los pacientes que poseen esta patología regularmente recurren a fisioterapia por varios signos entre los más visible y comunes están: debilidad muscular, y secreción de saliva.

Esta patología no solo puede ser conocida como parálisis facial si no también se le conoce como “parálisis facial de Bell”, “parálisis facial idiopática” que quiere decir que son la misma patología.

En Guatemala el ministerio de salud pública y asistencia social se registraron un total de 1,263 en pacientes masculinos dando un porcentaje de 3.57 y en pacientes femeninos en 2,793 dando un porcentaje de 5.67, dando un total de 4,056. (Dr. Eusebio, 2008) como se puede ver en los datos referidos anteriormente los pacientes que están más propensos a esta patología son las mujeres.

Lo que se busca con este análisis bibliográfico es poder encontrar literatura que nos demuestre como pueden funcionar los ejercicios de mímica facial en los pacientes que tienen parálisis facial unilateral, con la finalidad que el paciente logre tener respuesta motora voluntaria y recuperarse de la mejor manera.

En base a este análisis se plantearán las mejores herramientas que se tienen en la mímica facial y como puede ayudar a la funcionalidad del paciente en las actividades de la vida diaria y en este caso que es facial tiene mucha importancia ya que los gestos faciales son muy notorios, para poder disminuir esta debilidad muscular y pérdida del tono muscular se analizarán los ejercicios de mímica facial que más eficacia tengan para la rehabilitación del mismo.

Se cree que la causa es idiopática pero se tienen algunas teorías y entre esas describe que es un proceso inflamatorio del nervio que lo lleva a una compresión con una posible isquemia y desmielinización del nervio facial, esta teoría se conoce como idiopática, la causa de la inflamación del nervio sigue sin tener respuesta alguna. Pueden existir diversas causas por lo que se dé y entre estas esta: lesiones estructurales del oído, síndrome de Guillain Barre, enfermedad de Lyme, sin embargo algunos casos presentan características que no son propias de la parálisis facial periférica lo que descarta la posibilidad.

¿Cuáles son los beneficios terapéuticos de los ejercicios de mímica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 25 a 45 años que presentan parálisis facial periférica unilateral?

2.2 Justificación

El propósito es demostrar los beneficios de los ejercicios de la mímica facial para pacientes con parálisis facial, así mismo conocer mejor la anatomía de la cara, los músculos,

huesos, recorrido nervioso, manifestaciones clínicas y como se ve afectado el paciente con la disminución de la función motora y sensitiva.

La alteración del nervio facial (VII par craneal) produce una afectación principal de los músculos de la mímica facial, generando alteraciones estéticas, funcionales, socio laborales y en la calidad de vida del paciente. Existen diversas causas de la parálisis facial que también presentan diversos grados de recuperación, pueden ser de recuperación total o llegar a niveles mínimos de funcionabilidad de la cara. (Benitez,2016)

El objetivo que destaca esta técnica es la reeducación motriz y recuperar la función normal de la musculatura, proporcionar mayor control y calidad de movimiento, para llevarlo a cabo es necesario saber qué grado de activación presenta la musculatura facial para escoger la técnica que se adecue más al paciente, generalmente en la fase inicial no presentan una activación muscular, entonces se realizan ejercicios pasivos, donde se le pide al paciente que realice el gesto facial y el fisioterapeuta acompaña con los dedos a la vez el vestigio de movimiento.

El objetivo del tratamiento es realizar un entrenamiento y control del músculo o grupo muscular, tratando de activar toda la musculatura con los ejercicios de mímica facial, también busca mantener el tono muscular, preferiblemente la mímica facial se trabaja frente a un espejo para que el paciente pueda ver el avance que se tiene cuando ya se está trabajando los ejercicios con resistencia manual.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

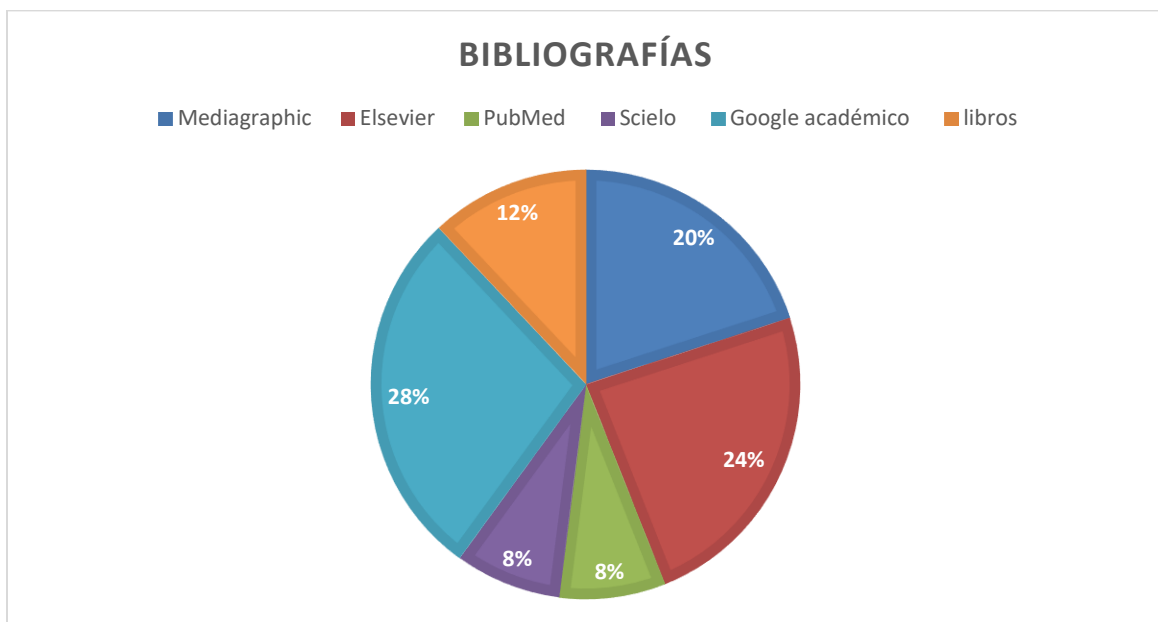
Determinar, mediante una revisión bibliográfica, los beneficios de los ejercicios terapéuticos de mímica facial en pacientes femeninos con edades comprendidas entre 25 a 45 años que presentan parálisis facial periférica unilateral.

2.3.2 Objetivos específicos

- Describir los ejercicios terapéuticos de mímica, utilizados para pacientes con parálisis facial periférica unilateral.
- Definir los efectos terapéuticos de la mímica facial en pacientes con parálisis facial periférica unilateral.
- Identificar, en base a la evidencia científica, los ejercicios de mímica facial que tengan más efectividad en pacientes con parálisis facial unilateral periférica.

Capítulo III

3.1 Materiales y métodos



Gráfica 1. Fuentes Consultadas

Fuente	Número de documentos
Mediagraphic, literatura biomédica	5
Elsevier	6
Pub Med	2
Scielo	2
Google académico	7
Libros	3
Total de documentos	25

Tabla 10.Fuentes Consultadas

Para llevar a cabo este trabajo de investigación, se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, utilizando 25 artículos lo que equivale al 100%. Los cuales se clasifican de la siguiente manera: Mediagraphic, literatura biomédica 20%, lo que corresponde a 5 artículos, Elsevier de donde se extrajo el 24%, que representa a 6 artículos; PubMed del que se recolecto un 8% los que se representan en 2 artículos; Scielo con un porcentaje de 8% los que en números reales equivale a 2 artículos; Google académico con un porcentaje de 28%, en números reales 7 y libros de anatomía de 12%, que corresponde a 3 libros.

Variables de la investigación.

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. Ejemplos de variables son el género, la motivación intrínseca hacia el trabajo, el atractivo físico, el aprendizaje de conceptos, la religión, la resistencia de un material, la agresividad verbal, la personalidad autoritaria, la cultura fiscal y la exposición a una campaña de propaganda política. Las variables se pueden clasificar en dependiente la cual se presenta como consecuencia de una variable antecedente. Es decir, que es el efecto

producido por la variable que se considera independiente, la cual es manejada por el investigador y que se puede definir como la que antecede a una variable dependiente, la que se presenta como causa y condición de la variable dependiente, es decir, son las condiciones manipuladas por el investigador a fin de producir ciertos efectos. Una vez resueltas las conceptualizaciones, se procede a mostrar las variables de la presente investigación.

Tipo	Nombre	Def. conceptual	Def, operacional	Fuentes
Dependiente	Parálisis facial	Es conocida como parálisis de Bell, de neurona motora inferior o parálisis idiopática; es causada por la afección aguda del nervio facial a nivel periférico; origina pérdida del movimiento voluntario en todos los	Esta se puede medir por diferentes escalas descritas pero la más conocida es la escala de House-back que esta mide la función de la musculatura facial. Cuenta con pocos grados de descripción pero cada grado	Rodríguez, 2011: 148-155

		músculos faciales del lado afectado y es la más común de las parálisis.	abarca todas las características de la parálisis facial.	
Independiente	Mímica facial	Es un tipo de expresión o comunicación no verbal en la que se recurre a gesticulaciones y movimientos corporales para transmitir una idea. La mímica es también se utiliza para enfatizar los sentimientos	La mímica facial se puede medir de diferentes formas desde la fuerza muscular hasta la observación de la asimetría de la hemicara afecta, la mímica facial se lleva acabo con los musuclos de la cara que la mayoría de	Matos 2011

			<p>estos están inervados por el nervio facial (VII par craneal)</p>	
--	--	--	---	--

Tabla 11. Variables de investigación. Autoría propia.

3.2 Enfoque de investigación

Para la realización del presente trabajo de investigación se utilizó el enfoque de investigación Cualitativo, que según Fidias, se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos.(Fidias,2006). Por tanto, en este trabajo de investigación se analizaron los beneficios de los ejercicios de la mímica facial en pacientes con parálisis facial periférica unilateral 25 a 30 años, utilizando datos característicos de las variables, sin que estos incluyan medición o datos numéricos.

3.3 Tipo de estudio

El tipo de estudio se basa en cómo se realiza la investigación, la cual es basada según Sampieri la investigación descriptiva consiste en describir fenómenos, situaciones contextos y eventos; esto es, detallar como son y se manifiestan, este lo que busca es busca especificar propiedades importantes de cualquier fenómeno que se analice, describe tendencias de un grupo o población. Es decir únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a las que se refieren. Por lo que el

presente trabajo de investigación utiliza la descripción ya que se toman en cuenta los beneficios de la mímica facial como un tratamiento eficaz para la simetría facial.

3.4 Método de estudio

En la presente investigación se utilizó el método de estudio teórico, motivado a que es una investigación documental, en la cual llevaron a cabo los procedimientos análisis y síntesis, al respecto, Sabino expresa que, Análisis: Descomposición de un todo en sus partes para su estudio; Síntesis: procedimiento contrario al análisis, que implica la recomposición de los elementos del estudio. (Sabino, C. 1999:p.25) En consecuencia, para realizar esta trabajo, se tomaron en cuenta aspectos generales como: la anatomía del nervio facial, el trayecto, sus funciones, origen aparente y real, entre otros. Posterior a este, se tomaron en cuenta aspectos más específicos referidos a la mímica fascial, para culminar estableciendo la relación entre variables parálisis y mímica fascial.

3.5 Diseño de investigación

Según Fidias Arias, la investigación documental es un proceso en el que hace referencia a la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos. Por lo tanto, en este trabajo se lleva a cabo una investigación de diseño documental, a través de la recaudación de artículos referidos a tratamientos basados en ejercicios de mímica facial para pacientes femeninas que presenten diagnósticos de parálisis fascial.

3.6 Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Material bibliográfico sobre pacientes con parálisis facial periférica unilateral	Material bibliográfico sobre pacientes con parálisis facial central
Evidencia científica sobre ejercicios de mímica facial como un tratamiento fisioterapéutico para la parálisis facial periférica	Evidencia científica sobre agentes físicos como tratamiento fisioterapéutico para la parálisis facial periférica
Libros de anatomía donde se especifique en el nervio facial	Material bibliográfico sobre pacientes con parálisis facial bilateral
Historia de la mímica facial	
Evidencia científica sobre la reducación muscular de la mímica facial	

Tabla 12. Criterios de inclusión y exclusión. Autoría propia.

Para llevar a cabo esta recolección de datos más eficaz se utilizaron las siguientes palabras claves: parálisis facial, mímica facial, tratamiento fisioterapéutico, reducación de la mímica facial.

Capítulo IV

4.1 Resultados

Los ejercicios terapéuticos de mímica facial utilizados para pacientes con parálisis facial periférica unilateral, se expresan a continuación según diferentes autores;

R. La Touche, en su artículo titulado “efectividad de tratamiento de fisioterapia en la parálisis facial periférica. Revisión sistemática” , la investigación fue realizada en 2008, expresa que la prescripción de este tipo de actividad se utiliza con el objetivo de promover la simetría facial, mejorar la expresión facial, mejorar la alineación y la comunicación. Los ejercicios faciales son orientados a mejorar la simetría facial deben efectuarse activando la musculatura del lado afectado, evitando la participación del lado no afecto. Los ejercicios tienen relación completamente con las expresiones emocionales faciales más comunes como arrugar la frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, gruñir, levantar el labio superior o apretar los labios.

Pérez Chávez Evangelina, en la publicación titulada “guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica”, publicado en 2008 describe los ejercicios de la mímica facial de la siguiente manera: contraer los labios como si fuera a dar un beso, dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes, expulsar aire lentamente como si soplar a través de un popote, apretar los dientes lo más fuerte posible, arrugar el mentón, elevar las cejas, juntar las cejas, cerrar los ojos.

Ma. Dolores Rodríguez Ortiz en su artículo titulado , “Parálisis facial periférica Tratamientos y consideraciones”, realizado en el 2011 Comenta que las sesiones van dirigidas a ejercicios para entrenar movimientos correctos de la musculatura facial que se encuentran directamente dirigidos a expresiones emocionales cotidianos como arrugar la frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, fruncir la nariz, levantar el labio superior, apretar los labios, entre otros, regularmente se emplean en un espejo para realizar los ejercicios con la intención de que el paciente mejore su ejecución.

Definir los efectos terapéuticos de la mímica facial en pacientes con parálisis facial periférica unilateral.

Los efectos terapéuticos encontrados según José Pereyra Käfer en su artículo titulado “tratamiento de la parálisis facial”, publicado en el 2010, menciona que los ejercicios de la mímica facial principalmente buscan contribuir a mantener un buen estado de los músculos, con el fin de estimular la circulación cutánea y subcutánea, favoreciendo el metabolismo celular, estimular la troficidad tisular y provocar contracciones musculares reflejas fásicas sin estirar la piel.

Cristina Bohoyo en su publicación “ejercicios activos en la parálisis facial “, realizada en el 2013, expresa que los ejercicios de expresión facial cumplen con la estimulación de los movimientos funcionales de la cara y la expresión fácil, promover la simetría de la cara,

controlar y reducir las sincinesias, reintegrar las expresiones emocionales y mantener la musculatura activa.

Ribeiro, en su trabajo titulado “enfoque fisioterapéutico & fonoaudiológico en una parálisis facial periférica”, publicado en el año 2013, describe que el ejercicio de la mímica facial mejora los patrones funcionales, emocionales y expresiones faciales, suprimir la actividad muscular anormal que interfiere en la función facial, sin embargo el comenta que todo depende de cada uno de los tratamientos que se desarrollen.

Identificar, en base a la evidencia científica, los ejercicios de mímica facial que tengan más efectividad en pacientes con parálisis facial unilateral periférica.

Matos en su artículo titulado “La parálisis facial Periférica El papel de la Medicina Física y de Rehabilitación” la investigación fue realizada en el 2011, hace referencia que el movimiento de la mímica facial donde menciona que uno de los ejercicios de la mímica facial que más eficacia tiene es el orbicular de los labios y bucinador que se estimulan tirando un beso e inflando los cachetes sin dejar que salga aire de los labios.

Beurskens y Heymans con su investigación titulada “Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: a randomised controlled trial. Aust J Physiother”, realizada en 2006 demostraron la efectividad de la mímica facial en dos estudios realizados, ambos dando resultados positivos para la mímica facial donde prestan más atención al musculo frontal su función es elevar las cejas y el musculo superciliar su acción es juntar las cejas. Sin embargo en ambos estudios hacen referencia que todo depende de la circunstancia y constancia del paciente para realizar los ejercicios así se ve la efectividad de dichos ejercicios.

Matched y Colaboradores con su artículo titulado “Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica”, la investigación fue realizada en 2004 mencionan que los

movimientos deben ser bilaterales no de manera distorsionada, esto quiere decir que se busca que el paciente evitando sincinesias, ellos se enfocan más que todo en las sincinesias que existen entre la boca y el ojo, con los músculos orbicular del párpado, donde se observa que la comisura labial se dirige hacia arriba, en donde demuestran que el paciente tiene más efectividad en el musculo orbicular del párpado.

4.2 Discusión

Autor y fecha	Titulo	Hallazgo (lo que él dice)	A favor	En contra
Beurskepu y Heymans, 2013	Positive effects of mime therapy on sequelae of facial paralysis: stiffness, lip mobility, and social and physical aspects of facial disability	Demostraron la efectividad de la terapia de la mímica en dos estudios que realizaron ellos, ambos sugirieron diferencias significativas a favor del grupo de pacientes que recibieron mímica facial.	X	

Alakram y Puckree,2010	Effects of electrical stimulation on House-Brackmann scores in early Bell's palsy. Physiother Theory Pract	Realizaron un estudio en el que demuestran mejoría estadísticamente al usar una corriente que tenía un ancho de pulso de 10Ks con frecuencia de 10 hz, demostrando mejor respuesta al estímulo que a la mímica facial que realizaron los pacientes.		X
Ross y Col,2012	Efficacy of feedback training in long-standing	Prescribieron sesiones diarias en el hospital y ejercicios en casa por un	X	

	facial nerve palsy.	preciso de 10 meses, al final del periodo del tratamiento, se evidenciaron diferencias significativas en la medida de movimiento facial.		
Cochrance, 2008	Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database of Systematic Reviews	Revelo en casi todos los estudios no muestran una diferencia estadísticamente significativa con el tratamiento de electroterapia, asociada a los ejercicios.		X
Barbara y cols,2010	Role of Kabat physical	Demostraron que el	X	

	rehabilitation in Bell's palsy: a randomized trial. Acta Otolaryngol	tratamiento de mímica facial más FNP una mejora estadísticamente significativa en pacientes con parálisis facial periférica, donde también demostró mejorías en las sincinesias		
--	---	---	--	--

Tabla 13. Artículos consultados.

4.3 Conclusión

En base a la revisión bibliográfica antes expuesta, se concluye que la parálisis facial es una patología que cuenta con mucha incidencia y no tiene un género en específico sin embargo en Guatemala las mujeres son las que tienen más incidencia, no se cuentan con estudios recientes en donde expongan las edades comprendidas en las que se da dicha patología.

En base a la revisión literaria realizada la mayoría de los autores consultados mostraban que la terapia de rehabilitación con la modalidad de ejercicios de mímica facial de forma autónoma frente al espejo son igualmente efectivos para la recuperación funcional del nervio facial, sin embargo la mayoría de estos no referían cambios significativamente estadísticos

cuando los pacientes lo realizaban en su domicilio sin supervisión profesional. Algunos de los autores refieren más atención hacia el musculo frontal ya que al trabajarlo continuamente se demostró un cambio significativo estadístico en la mayoría de los pacientes, comentan que al reeducar este musculo la simetría facial era más evidente y para los pacientes era más fácil desenvolverse en las diversas esferas en las que se desenvuelve, tales como familiares, sociales, educativos y laborales, ya que esto le permite al paciente una integración a la sociedad y el ambiente en el que se desenvuelve donde la rehabilitación juega un aporte fundamental para que el paciente logre lo descrito anteriormente y de esta manera se encuentre más cómodo en cada una de las esferas en las que se puede desenvolver.

Los ejercicios de la mímica facial es un método accesible, sencillo que ante la practica terapéutica constante muestra una evolución muy significativa en los gestos faciales para que el paciente pueda expresar sus emociones.

Sin duda alguna, la mímica facial trabaja de una manera específica a cada uno de los músculos que se utilizan para trabajar dicha técnica cuando el músculo se contrae se estimula inmediatamente el nervio facial (VII par craneal) ya que una de las ventajas con las que cuenta la musculatura facial es que la mayoría de ellos son pequeños, por lo que la estimulación es más efectiva para dicho nervio.

4.4 Perspectiva

La presente revisión bibliográfica, fue elaborada con el fin de recopilar todos los ejercicios de mímica facial que son utilizados en los pacientes con parálisis facial periférica unilateral, dicha información recopilada se puede utilizar a futuro para realizar un protocolo de tratamiento para dichos pacientes donde se demuestre cada uno de los ejercicios de la mímica facial a su vez podría ser utilizado como una referencia teórica para las nuevas

generaciones de estudiantes y profesionales en el área de la salud, en la realización de investigaciones relacionadas con la parálisis facial.

La rehabilitación de la musculatura de la mímica facial lo que busca es que el paciente encuentre la simetría facial de manera rápida estimulando cada uno de los músculos, para que él pueda desenvolverse en el ambiente en el que se encuentre.

Referencias

- Álvarez Sánchez, C. A., Mora Vargas, N., & González Cortés, R. (2016). Parálisis facial periférica: Enfoque desde la medicina física y rehabilitación en Costa Rica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(615), 249-255.
- Benítez S, Danilla S, Troncoso E, Moya A, Mahn J. Manejo integral de la parálisis facial. *Rev MédicaClínica Las Condes* . 2016 27(1):22-28.
- Bernard C. Kinesiterapia de las parálisis faciales. *EMC -Kinesiterapia -Med Física* 2013 34(4):1-11.
- Beurskens CH, Heymans PG. Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: a randomised controlled trial. *Aust J Physiother* 2006;52:177-83.
- Catarina Matos “Parálisis facial Periférica O Papel da Medicina Física e de Reabilitação” , *Acta Med Port*. 2011; 24(S4) : 907-914 (Portuguese)
- Chávez-Barba, Ó., Martínez-Martínez, L., Cazares-Arellano, J. L., Martínez-Lopez, M., & Roldan-Valadez, E. (2011). Anatomía de los nervios craneales con resonancia magnética de 3.0 Tesla: una revisión práctica para clínicos. *Gaceta médica de México*, 147(6), 526-537.
- Cruz Ausejo, R. L. (2015). 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.

Darrouzet, V., Houliat, T., Fougere, S. L., & Bébéar, J. P. (2002). Parálisis faciales. EMC-Otorrinolaringología, 31(2), 1-16.

del Tánago, G. G., Navarro Vidal, B., Panadero del Olmo, L. E., & FJ, P. C. (2015). Parálisis facial idiopática. Panorama actual del medicamento, 39(389), 980-984.

E. Latarjet - Ruiz Liard: Anatomía Humana. Editorial Médica Panamericana 2005; 4ºed.

Garrido A M, González E, Pinós P J, Gil I. Una parálisis facial periférica. Med Integr 2000; 36: 285-93

Gutiérrez, D. D. W. (2011). Parálisis de Bell. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 68(596), 97-101.

Henkelmann TC, May M. Physical Therapy and Neuromuscular Rehabilitation. In: May M, Schaitkin BM, eds. The Facial nerve, May's seconded. Thieme Medical Publishers 2000;301-318.

Hernández, R. V., González, M. R., Polar, E. O., del Tánago, P. G. G., & Carlavilla, F. J. P. (2017). Parálisis facial periférica. Panorama actual del medicamento, 41(409), 1031-1035.

KENDALL'S "Pruebas funciones y Dolores postural" 4ta edición 2006.

La Touche, R., Escalante, A., Linares, M., & Mesa, J. (2008). Efectividad del tratamiento de fisioterapia en la parálisis facial periférica. Revisión sistemática. Rev Neurol, 46(12), 714-8.

- Lugones Botell, M., Bueno Hidalgo, M. L., & Jaime Álvarez, A. (2017). Parálisis facial y preeclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(1), 1-13.
- Masjuan Vallejo J. Neuropatías craneales: etiopatogenia y formas clínicas. *Medicine* 2007; 7 (98) 4665-4570
- McAtee, R. E., & Charland, J. (2000). *Estiramientos Facilitados. Los estiramientos de FNP con y sin asistencia* (Vol. 88). Editorial Paidotribo.
- Méndez A, Gata D, Domingo A, Hernández J. Protocolo diagnóstico de la afectación del nervio facial. *Medicine –Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2015; 11: 4580 – 4585.
- Patiño Moncayo, Á. D. Revisión anatómica del nervio facial (VII Par Craneano). *Morfología*, 8(2).
- Pérez Chávez E, Gámez Martínez C, Guzmán González JM, et al. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Revista médica del IMSS* 2004;42:435-436.
- Rivera, G. (2012). Nervio facial: aspectos esenciales desde las ciencias biomédicas. *Revista Estomatología*, 20(2).
- Rodríguez-Ortiz, M. D., Mangas-Martínez, S., Ortiz-Reyes, M. G., Rosete-Gil, H. S., Vales-Hidalgo, O., & Hinojosa-González, R. (2011). Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. *Archivos de Neurociencias*, 16(3), 148-155.

Royer, M., Stott, C., & Rivas, M. (2007). Parálisis facial en otitis media: Revisión bibliográfica. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 67(3), 255-263.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2012). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.