

UNIVERSIDAD AMERICANA
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina



Informe Final

**Abordaje clínico y terapéutico de la parálisis facial periférica en
pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el
periodo del 2024 - 2025.**

Autores:

- Br. Gabriela Michelle Dabdub Arista.
correo: gmdabdub@uamv.edu.ni CIF: 22010570
- Br. Mercedes de Los Ángeles Gaitan Roa.
correo: magaitan@uamv.edu.ni CIF: 22010671

Tutores:

- Dr. Jairo Baltazar Campos Valerio (Tutor metodológico).
Msc. Salud Pública
- Dra. Karla Lorena González González (Tutor clínico).
Dra. Especialista en Maxilofacial

Managua, Nicaragua
Julio, 2026

RESUMEN

Objetivo del estudio: Describir el abordaje clínico y terapéutico de la parálisis facial periférica en pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.

Metodología: La presente investigación es un estudio descriptivo, serie de casos. Realizado en el Hospital SERMESA Masaya, ubicado en Km. 28 carretera a Masaya, Masaya, Nicaragua. La población en estudio fueron 78 pacientes diagnosticados con parálisis facial periférica, la muestra corresponde al 100% del universo. Fuente secundaria - revisión de expediente clínico.

Resultados: Un 25.6% de la población se encontraba entre los 30-39 años, 87.20% procedían del departamento de Masaya. El sexo fue dividido equitativamente en 50% cada uno. Un 53.8% de los pacientes no presentaba comorbilidades asociadas. Clínicamente, 55.1% correspondió a unilateral derecha, se evidenció la desviación de la comisura labial en un 56.4% de los casos, 96.2% fueron casos de origen idiopático. La severidad según escala de House-Brackmann el grado III se vio en 37.2%. El 84.6% fue manejado con núcleo CMP, 74.4% con analgésicos y miorrelajantes. 87.2% recibieron terapia térmica, la evolución clínica en un 97.4% fue favorable y el intervalo de la misma fue de 1 a 3 meses en un 75.6%.

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados con parálisis facial periférica presentaron una edad media de 40.81 años, distribución equitativa en ambos sexos y ausencia de comorbilidades en la mayoría de los casos. Clínicamente predominó la presentación unilateral derecha, con desviación de la comisura labial, origen idiopático y en su mayoría sin secuelas. En la clínica predominó el grado III según House-Brackmann. En el manejo terapéutico destacó el tratamiento farmacológico con núcleo CMP y analgésicos más miorrelajantes, complementando con tratamiento térmico como medida no farmacológica más utilizada.

Palabras clave: Parálisis facial, diagnóstico clínico, farmacoterapia, modalidades de fisioterapia

SUMMARY

Objective of the study: To describe the clinical and therapeutic approach to peripheral facial paralysis in patients treated at SERMESA Hospital Masaya during the period 2024–2025.

Methodology: This research is a descriptive case series study conducted at SERMESA Hospital in Masaya, located at Km 28 on the Masaya Highway, Masaya, Nicaragua. The study population consisted of 78 patients diagnosed with peripheral facial paralysis, and the sample corresponded to 100% of the study population. Secondary data were collected through a review of medical records.

Results: A total of 25.6% of the population was aged 30–39, and 87.20% were from the Masaya department. The gender distribution was equal (50% male, 50% female). 53.8% of patients had no associated comorbidities. Clinically, 55.1% of cases were right-sided; deviation of the labial commissure was observed in 56.4% of cases, and 96.2% were of idiopathic origin. Regarding severity on the House-Brackmann scale, Grade III was observed in 37.2% of cases. 84.6% were managed with the CMP core protocol, and 74.4% with analgesics and muscle relaxants. 87.2% received thermal therapy; the clinical outcome was favorable in 97.4% of cases, with a recovery period of 1 to 3 months in 75.6% of instances.

Conclusions: Patients diagnosed with peripheral facial paralysis had a mean age of 40.81 years, an equal gender distribution, and an absence of comorbidities in the majority of cases. Clinically, right-sided unilateral presentation predominated, characterized by deviation of the corner of the mouth and an idiopathic origin; most cases showed no sequelae. Regarding clinical severity, House-Brackmann grade III was the most common. Therapeutic management notably involved pharmacological treatment with CMP nucleotides, analgesics, and muscle relaxants, supplemented by thermal therapy as the most frequently used non-pharmacological measure.

Keywords: Facial Paralysis, Clinical diagnosis, Drug Therapy, Physical Therapy Modalities

ABREVIATURAS

PFP: Parálisis facial periférica.

HB: House-Brackmann.

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

FNP: Facilitación neuromuscular propioceptiva.

PFC: Parálisis facial central.

AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos.

COX: Enzimas ciclooxigenasa.

NGF: Factor de crecimiento nervioso.

FFMT: Transferencias musculares libres funcionales.

CFNG: Injerto nervioso facial cruzado.

LLLT: Láser de baja intensidad.

DEDICATORIA

Le dedico este logro primeramente a Dios, le agradezco inmensamente por ser mi guía a lo largo de este proyecto de investigación, por brindarme salud, fuerza, sabiduría e inteligencia para la realización y culminación satisfactoria de la tesis.

Asimismo expreso mi más profunda gratitud a mi familia por su apoyo incondicional en cada etapa de este proceso. Muy especialmente a mi abuelo Francisco José Gaitán Morales por ser un pilar fundamental en mi vida, a mi tía Gilda Aura Gaitán López por sus esfuerzos constantes, y a mis padres Francisco José Gaitán López y Claudia Alejandra Roa Sánchez por su amor y confianza permanente.

Finalmente dedico mi tesis a mis dos ángeles en el cielo, Gilda Isabel López y Juana María Sánchez Canda quienes siempre creyeron en mí. Su amor, sus enseñanzas y sus palabras de aliento me inspiraron a perseverar y a no rendirme hasta alcanzar este importante logro.

Mercedes de los Ángeles Gaitan Roa.

Quiero dedicar este trabajo, en primer lugar, a Dios, por brindarme fortaleza, salud y perseverancia durante todo este proceso y permitirme culminar esta etapa tan importante de mi formación. A mis padres, Martín Gerardo Dabdub Saenz y Sara Lee Arista González, por ser siempre mi guía, mi apoyo incondicional y el lugar al que acudí en cada momento de dificultad. Gracias por sus consejos, confianza y por acompañarme en cada paso de este camino.

A mi hermano, Jeremy Nathan Dabdub Arista, por ser una de mis mayores motivaciones para crecer y esforzarme cada día. A mi tía, Sara Saenz, por su apoyo constante y por acompañarme en cada etapa de mi crecimiento personal y académico.

Y de manera especial, dedico este proyecto a mi abuela, Helena Saenz, quien padece una neuropatía. Su experiencia me permitió comprender de cerca el impacto que las patologías neurológicas pueden generar en la calidad de vida de las personas, espero que este estudio sea de ayuda a todos aquellos que pasan por ello.

Gabriela Michelle Dabdub Arista

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a Dios por guiarnos durante todo este camino, brindarnos fortaleza, sabiduría y permitirnos superar cada reto hasta culminar satisfactoriamente el presente estudio.

A nuestras familias, por ser nuestro soporte incondicional, fuente constante de apoyo, consejos y compañía durante cada etapa de este proceso académico y personal.

A la Universidad Americana (UAM), por facilitarnos sus instalaciones y espacios de trabajo, los cuales permitieron el desarrollo de reuniones y actividades fundamentales para la realización de la presente tesis.

Así mismo, expresamos nuestra más sincera gratitud a nuestro tutor, Dr. Jairo Baltazar Campos Valerio y a la Dra. Ivonne Dessire Leytón Padilla, quienes estuvieron siempre apoyándonos. Ambos nos acompañaron de cerca durante todo el proceso, guiándonos con profesionalismo, compromiso y valiosa experiencia científica en cada una de las etapas metodológicas, contribuyendo significativamente al desarrollo y culminación de esta investigación.

A nuestra tutora clínica, Dra. Karla Lorena González González, por su orientación, dedicación y constante disposición para compartir sus conocimientos y experiencia durante el desarrollo de esta investigación.

Finalmente, agradecemos al personal de SERMESA Masaya por su valiosa colaboración, disposición y amabilidad al facilitarnos la información requerida, haciendo posible la realización de la presente tesis.

Índice

I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Justificación	5
IV. Planteamiento del problema	6
V. Objetivos	7
VI. Marco teórico	8
VII. Diseño metodológico.	19
VIII. Método de obtención de información	25
IX. Plan de análisis	25
X. Consideraciones éticas	27
XI. Resultados	28
XII. Discusión de resultados	32
XIII. Conclusiones	39
XIV. Recomendaciones	40
XV. Bibliografía	41
XVI. Anexos	45

I. Introducción

Existen diversas patologías neurológicas muy frecuentes, entre ellas la parálisis facial periférica, esta corresponde a un trastorno que afecta la musculatura inervada por el nervio facial (VII par craneal) en uno o ambos lados del rostro, generando alteraciones como asimetría facial, incontinencia salival y lagrimal, disminución de la fuerza muscular y dificultades para hablar. (Cáceres et al., 2025).

Comprende un grupo de diversas etiologías, las cuales incluyen causas infecciosas, neoplásicas, inflamatorias, autoinmunes, traumáticas y congénitas. Dentro de este espectro, la parálisis facial idiopática, conocida como parálisis de Bell, constituye la forma más frecuente, representando aproximadamente entre el 60% y el 75% de todos los casos. Esta condición se caracteriza por una afectación de tipo motoneurona inferior del nervio facial, generalmente de inicio súbito y presentación unilateral, lo que resalta su importancia dentro del diagnóstico diferencial de las parálisis faciales (González Eslait et al., 2024).

Se ha reportado que aproximadamente el 26% de los pacientes puede desarrollar sincinesias como resultado de una regeneración nerviosa aberrante, lo que constituye una de las principales secuelas funcionales a largo plazo. Además, la recurrencia de la enfermedad se ha estimado en alrededor del 6.5%, lo que evidencia la necesidad de un seguimiento clínico adecuado en estos pacientes (Dalrymple et al., 2023).

Por tanto, en la presente investigación se describe el abordaje clínico y terapéutico de la parálisis facial periférica en pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.

II. Antecedentes

Navarro et al. (2025), realizaron un estudio en la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), titulado "Efectos de la facilitación neuromuscular propioceptiva en pacientes con parálisis facial periférica aguda". El objetivo fue describir los cambios en la función facial tras aplicar un protocolo de facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP). El tipo de estudio fue una serie de casos con una población de seis pacientes (edades entre 12 y 64 años) con parálisis facial periférica idiopática en etapa aguda o subaguda. En cuanto a la simetría facial en reposo, se observó una mejora notable en el cuadrante superior (ojos y cejas), donde el marcador de la porción media de la ceja redujo su asimetría de una mediana de 11.3 a 1.8.

En Perú, Ruelas (2024), realizó un estudio titulado “Valoración sintomatológica relacionado con la fisioterapia en pacientes con parálisis facial en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2023”. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, y transversal. La muestra incluyó 54 pacientes. En cuanto a los principales resultados, se encontró que el 87,04% presentó parálisis facial periférica y el 12,96% tenía parálisis facial central. En la valoración, el 48,15% presentó alteraciones en la movilidad, el 44,44% recibió tratamiento con estimulación eléctrica transcutánea y el 53,70% presentó otros problemas de sensibilidad. Respecto a las técnicas de fisioterapia, el 61,11% recibió FNP, el 31,48% estimulación sensorial y el 7,41% tratamiento térmico. Se concluyó que los aspectos de la valoración sintomatológica están relacionados con la fisioterapia en pacientes con parálisis facial. Encontrándose que estas variables fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Calles et al. (2023), realizaron en España un estudio retrospectivo de parálisis facial periférica (PFP) en un hospital de tercer nivel a lo largo de 3 años, con el objetivo de identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con parálisis facial periférica. Se recopilaron datos demográficos, etiología, lateralidad, recurrencia, recuperación, oftalmología clínica, gravedad según la escala de House-Brackmann (HB), pruebas electrofisiológicas, servicios médicos atendidos, tratamiento médico y quirúrgico. Se incluyeron 283 pacientes con PFP, 135 (48%) eran hombres y 148 (52%) eran mujeres. Todos los pacientes tenían afectación unilateral. La edad media fue de 54 ± 20 años. La etiología principal fue idiopática en 215 (76%) pacientes. El tiempo medio de recuperación fue de 7 semanas. La recuperación fue completa en 190 (67%) pacientes y de estas en 160 (84%) pacientes reportaron un origen idiopático, frente a 30 (16%) pacientes con PFP no idiopática. El 84% de los pacientes con grado HB II, se recuperaron completamente, mientras que con grado HB VI solo el 17% se recuperó; 229 (81%) tenían lagofthalmos. La mayoría recibió tratamiento de cuidado de la superficie ocular en 271 (96%) pacientes y de estos 249 (88%) pacientes recibieron terapia con corticoides orales y 13 (5%) requirieron cirugía oftalmológica.

En Nicaragua, Uriarte (2022), realizó un estudio en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, Managua, con el objetivo de analizar el perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial periférica durante el período comprendido de enero a junio del año 2020. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. La población estuvo conformada por 56 pacientes. Los principales resultados fueron: media de edad de 38 años, con predominio del grupo etario de 31 a 40 años (32.1%), seguido del grupo de 20 a 30 años (19.6%). En relación al sexo el 50% (28) masculino y 50% (28) femenino. Predominó la ocupación ama de casa con 21.4% (12 casos). En cuanto a la procedencia, el 78.57% correspondió a zona urbana, y el estado civil predominante fue soltero con 48.21%. La parálisis facial periférica izquierda fue la más frecuente con 55.36% (31), en comparación con la derecha con 44.64% (25). Según el grado de afectación funcional evaluado mediante la escala de House-Brackmann, predominó la forma moderado a severa con 25% (14), seguida de la forma leve con 23.21% (13 casos), moderada con 17.86% (10), severa con 14.29% (8), total con 10.71% (6 casos) y normal con 8.93% (5 casos).

En Nicaragua, Ortega (2015), realizó un estudio titulado “Resultado del tratamiento microquirúrgico de la parálisis facial establecida en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo enero 2013 a diciembre 2014”, con el objetivo de evaluar los resultados del tratamiento microquirúrgico en pacientes con dicha patología. El estudio fue de tipo serie de casos, basado en la revisión de expedientes. La población estuvo conformada por 3 pacientes (100%) intervenidos microquirúrgicamente. En cuanto a los principales resultados, predominó el sexo masculino con 66.6% de los casos, en pacientes jóvenes entre 15 y 35 años (66.6%). En la valoración prequirúrgica mediante la escala de Zander Olsen, el 66.6% presentó ausencia de movimientos frontales, incapacidad para el cierre forzado de los ojos y asimetría al sonreír, mientras que el 33.4% restante presentó cierre ocular incompleto y conservación parcial de movimientos mímicos. En relación con la etiología, el 66.6% fue de causa traumática y el 33.4% de origen congénito. En la valoración postquirúrgica, se evidenció mejoría clínica en el 100% de los pacientes, con recuperación de signos como cierre palpebral y mejoría de la desviación de la comisura bucal en el 66.6% de los casos.

III. Justificación

La parálisis facial periférica corresponde al 50% de las neuropatías más frecuentes, afectando a individuos de distintas edades y de ambos sexos, con una incidencia anual estimada entre 13 y 53 casos por cada 100,000 habitantes. Esta condición produce alteraciones funcionales importantes que pueden afectar actividades cotidianas como la alimentación, el habla y el cierre ocular. Sin embargo, su impacto no se basa únicamente en estas limitaciones físicas, sino también en repercusiones significativas en el ámbito estético y psicológico del paciente, representando un cambio trascendental en su calidad de vida. (Santos Lasaosa et al., 2024).

A pesar de su frecuencia, en Nicaragua existen pocos estudios que describen características clínicas como su manejo dentro de los servicios de salud. En el Hospital SERMESA Masaya se atienden a pacientes con parálisis facial periférica, sin embargo, no se dispone de investigaciones que evidencien la caracterización tanto del abordaje clínico como terapéutico aplicado en esta institución. En este sentido, resulta relevante desarrollar estudios que aumenten el conocimiento sobre la enfermedad y permitan el manejo oportuno de cada paciente afectado acorde a los hallazgos clínicos encontrados lo que facilitará la toma de decisiones clínicas acertadas que procuren el beneficio de los pacientes.

Este estudio aportará información actualizada sobre esta patología, lo cual resulta fundamental para fortalecer el conocimiento existente, así como mejorar el abordaje clínico y terapéutico. Esta información será útil para el diseño e implementación de intervenciones en salud más eficaces, orientadas a brindar una atención integral, oportuna y de calidad.

De esta manera, se busca no sólo optimizar los procesos terapéuticos, sino también contribuir significativamente a la reducción del dolor y del impacto funcional que experimentan las personas que padecen esta afección, favoreciendo así una mejor calidad de vida.

IV. Planteamiento del problema

¿Cuál es el abordaje clínico y terapéutico de la parálisis facial periférica en pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025?

V. Objetivos

Objetivo general:

Describir el abordaje clínico y terapéutico de la parálisis facial periférica en pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.

Objetivos específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Reconocer las características clínicas de la parálisis facial periférica.
3. Establecer el grado de severidad de la parálisis facial periférica que presenta la población en estudio.
4. Caracterizar el abordaje terapéutico brindado a la población en estudio.
5. Determinar la respuesta al tratamiento de la población en estudio.

VI. Marco teórico

Definición.

La parálisis facial periférica representa una de las neuropatías craneales más frecuentes en la práctica clínica, caracterizada por el compromiso del séptimo par craneal (nervio facial). Si bien su origen es multifactorial, se señala a la parálisis de Bell o idiopática como la variante de mayor prevalencia. Clínicamente, esta condición se manifiesta a través de una marcada asimetría en el rostro, producto de la hipotonía o paresia de los grupos musculares afectados. (Khalfaoui et al., 2019).

Epidemiología

Desde una perspectiva epidemiológica, la parálisis facial periférica presenta una incidencia anual estimada entre 13 y 53 casos por cada 100,000 habitantes, afectando a diversos grupos etarios, con una prevalencia acentuada en adultos de entre 20 y 60 años. Se identifican grupos poblacionales con una susceptibilidad incrementada al desarrollo de la parálisis facial periférica. Entre los principales factores de riesgo destacan los estados gestacionales, la presencia de infecciones en las vías respiratorias superiores, así como comorbilidades metabólicas y vasculares, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad. (Martínez et al., 2025).

El pronóstico suele ser favorable, especialmente en los casos de origen idiopático, se ha descrito que entre el 66% y el 85% de los pacientes experimentan una recuperación completa de manera espontánea en un período de tres semanas, incrementándose esta tasa en las semanas posteriores (Dalrymple et al., 2023).

Anatomía del nervio facial y fisiopatología de la neuropatía.

El nervio facial se origina en los núcleos motor superior e inferior. Su trayecto se divide en segmentos, comenzando por el cisternal y extendiéndose desde la salida del puente hasta el conducto auditivo interno. Posteriormente, inicia su recorrido intratemporal a través del canal de Falopio, subdividido en tres porciones: el segmento laberíntico (3-5 mm), el segmento timpánico o horizontal (7 mm) y el segmento mastoideo o vertical (12 mm). Es en este último tramo donde emergen ramas colaterales vitales como el nervio del músculo del estribo y el nervio cuerda del tímpano, los cuales permiten realizar un diagnóstico topográfico de la lesión mediante la evaluación del reflejo

estapedial y el gusto. Finalmente, el nervio emerge por el foramen estilomastoideo para constituir su segmento extratemporal, donde se ramifica para inervar la musculatura de la mímica facial (Pauna et al., 2024).

La fisiopatología de la PFP, independientemente de su etiología, se asocia a un proceso de edema e incremento consecuente de la presión del líquido endoneural dentro del canal óseo de baja distensibilidad. Esta compresión restringe el flujo de los vasa nervorum, derivando en isquemia y degeneración axonal. Tras la injuria, se desencadena la degeneración walleriana en un lapso de 24 horas, proceso que implica la fragmentación del axón y la desintegración de la mielina. Por último, durante la fase de regeneración, las células de Schwann proliferan para guiar los nuevos brotes axonales, sin embargo, una reinervación errónea o desorganizada puede dar lugar a secuelas clínicas como sincinesias y movimientos de masa, donde el estímulo nervioso se dirige involuntariamente a grupos musculares no deseados (Pauna et al., 2024).

Clasificación de la parálisis facial

La parálisis facial se clasifica según el sitio anatómico de la lesión en: parálisis facial central (PFC) y parálisis facial periférica. La PFC se origina por una lesión de la motoneurona superior a nivel del sistema nervioso central, secundaria a eventos como accidentes cerebrovasculares o procesos inflamatorios encefálicos. En contraste, la PFP resulta de una afectación directa de la motoneurona inferior en el trayecto del nervio facial (VII par craneal), caracterizada por un proceso inflamatorio local sin compromiso del parénquima cerebral (Solé, 2022).

De acuerdo con la naturaleza de su presentación, la PFP puede categorizarse según su lateralidad: La forma más prevalente es la unilateral, que impacta la hemicara ipsilateral al nervio lesionado. No obstante, en contextos de patologías sistémicas, puede presentarse de forma bilateral (Solé, 2022).

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas asociadas a la PFP conllevan consecuencias significativas que impactan las esferas estética, funcional y psicológica del paciente, derivando en una alteración profunda de su calidad de vida. En el ámbito funcional, la patología se caracteriza por un compromiso motor severo que afecta la contractibilidad de la

musculatura facial, provocando una pérdida progresiva de la movilidad debido a la hipotonía y debilidad muscular. Clínicamente, esto se traduce en una incapacidad para ejecutar movimientos voluntarios como silbar, sonreír o elevar la ceja, además de presentar dificultades para el control del babeo y un parpadeo disminuido (Revilla, 2023).

La incompetencia del músculo orbicular de los párpados impide el cierre ocular completo, lo que genera epífora o lagrimeo constante, sumado al impedimento funcional para fruncir los labios. A medida que la afectación nerviosa evoluciona, pueden surgir sincinesias, entendidas como contracciones involuntarias asociadas a movimientos voluntarios, como el cierre ocular inadvertido al intentar sonreír. Estas deficiencias motoras trascienden a funciones cotidianas propiamente dichas, manifestándose como dificultades críticas en el habla, la masticación, la succión y la deglución. (Revilla, 2023).

Paralelamente, se presentan síntomas de naturaleza sensitiva que incluyen dolor retroauricular y mandibular, acúfenos, hipersensibilidad al sonido en el lado afectado y ageusia en los dos tercios anteriores de la lengua. El impacto en el plano psicológico resulta igualmente devastador; los pacientes experimentan una alteración de su imagen facial que conduce a sentimientos de frustración, aislamiento social y una pérdida percibida de la personalidad e identidad ante la imposibilidad de transmitir mensajes emocionales de forma efectiva (Revilla, 2023).

Métodos diagnósticos

En cuanto al diagnóstico de la parálisis facial es fundamentalmente clínico, por lo que es indispensable una adecuada anamnesis e historia clínica que incluya los antecedentes patológicos del paciente y las características del padecimiento actual. (Hernández et al., 2021)

- Exámen físico

En el examen físico se debe realizar una exploración que incluya la revisión de la cavidad oral, la otoscopia, la búsqueda de linfadenopatías y la palpación de la carótida. Asimismo, es necesaria una exploración neurológica en la que se valore la presencia de signos que sugieran lesión central, como hemiparesia, temblor, alteraciones del

equilibrio y evaluar la integridad de los demás pares craneales. En relación al tiempo de inicio es agudo en menos de 48 horas y curso progresivo que alcanza su punto de máxima debilidad en menos de 21 días después del primer día de parálisis. (Hernández et al., 2021).

De acuerdo con Saborío et al. (2019), el examen físico valora movimientos faciales con respuesta a órdenes dadas por el explorador, como:

- Evaluar la presencia del signo de Bell descrito como una rotación hacia arriba del globo ocular cuando los pacientes intentan cerrar los ojos.
- Se solicita al paciente elevar la frente, fruncir el ceño y los labios, mostrar los dientes y tensar los tejidos blandos del cuello todo esto con el fin de valorar la pérdida de la función del músculo orbicular de los párpados; a la vez esta situación afecta el manejo adecuado de las lágrimas, así como la pérdida del tono muscular facial, provocando que la ceja junto con la cara media e inferior se inclinen.
- El diagnóstico de la parálisis de Bell se apoya en el descarte de posibles causas neurológicas, otológicas, infecciosas, inflamatorias o neoplásicas.

El diagnóstico topográfico se basa en la localización de la lesión a lo largo del trayecto del nervio facial, el cual está constituido por fibras motoras, parasimpáticas y sensitivas, y recorre desde el tallo encefálico hasta el foramen estilomastoideo. Según el nivel de la lesión, se pueden identificar distintos hallazgos clínicos, como las lesiones distales al agujero estilomastoideo producen parálisis facial periférica; las lesiones proximales a la salida de la cuerda del tímpano se asocia a parálisis facial con ageusia y las lesiones proximales al ganglio geniculado se acompañan además de disminución de la secreción lagrimal. (Hernández et al., 2021).

- Escala de severidad

La valoración del grado de compromiso del nervio facial se realiza mediante el empleo de escalas de severidad, las cuales permiten cuantificar la disfunción facial de manera sistemática. Entre las más utilizadas se encuentra la escala de House-Brackmann (ver anexo 2, cuadro 1), considerada el estándar clínico para clasificar la severidad de la parálisis facial. Esta escala resulta esencial no solo en la valoración inicial, sino también

en el seguimiento clínico y en la evaluación de la respuesta terapéutica. (Pauna et al., 2024).

- Estudios complementarios

En relación con los estudios complementarios, estos no se indican de forma rutinaria, debido a que la mayoría de los casos presenta una evolución favorable. Sin embargo, su uso está justificado en situaciones específicas, como la ausencia de recuperación en un periodo aproximado de dos meses, la recurrencia, la progresión de los síntomas o la sospecha de una causa estructural. Los estudios electrodiagnósticos pueden emplearse para cuantificar el grado de afectación nerviosa. La electroneurografía permite medir la respuesta del nervio facial ante estímulos eléctricos, lo que posibilita estimar el grado de degeneración axonal, mientras que la electromiografía evalúa la actividad eléctrica de los músculos faciales, permitiendo identificar procesos de denervación y reinervación. (Pauna et al., 2024).

Manejo

El tratamiento de la parálisis del nervio facial tiene como objetivo restaurar la función del nervio facial, en particular la recuperación funcional de los músculos faciales, prevenir la progresión de la parálisis parcial a la completa y reducir la aparición de sincinesia y contractura muscular. (Kim et al., 2025).

En cuanto al inicio del tratamiento es importante tener en cuenta el compromiso por parte del paciente, debido al proceso complicado y lento que conlleva la recuperación de una parálisis facial. La intervención terapéutica temprana, hace referencia a las primeras 72 horas en las que se inicia el cuadro sintomático. (Somasundara et al., 2017).

De acuerdo con Revilla, (2023), se debe considerar el tiempo y grado de lesión que presente el nervio facial, para realizar un correcto tratamiento de parálisis facial hay que tener en cuenta una serie de factores que ayudan en la toma de decisiones. Algunos de los factores son: el tipo de parálisis que presenta el paciente, la etiología y naturaleza de la lesión, el lugar en el que se ha producido la lesión, la magnitud e intensidad de esta y el tiempo transcurrido desde que se inició la parálisis hasta la realización de la exploración neurológica. Teniendo en cuenta todo ello, el tratamiento se divide en:

Tratamiento médico

- Analgésicos

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y el Paracetamol son fármacos comúnmente utilizados en el manejo del dolor asociado a lesiones de nervios periféricos. Estos medicamentos ejercen su efecto principalmente mediante la inhibición de las enzimas ciclooxigenasa (COX), lo que reduce la síntesis de prostaglandinas implicadas en la percepción del dolor. Se ha reportado que aproximadamente el 34.7% de los pacientes con dolor neuropático emplean estos agentes como parte de su tratamiento. No obstante, su eficacia se limita principalmente a casos de dolor leve, ya que en situaciones de mayor intensidad suelen requerirse terapias combinadas con otros fármacos, como opioides, gabapentinoides, anestésicos locales o corticosteroides, para lograr un adecuado control analgésico. (Allgood et al., 2025).

- Corticoides orales

Busca la recuperación total o parcial de la función del nervio facial, especialmente de la actividad motora, junto con la recuperación de la función de los músculos faciales. Asimismo, pretende disminuir la progresión de la parálisis facial de parcial a completa, reducir la incidencia de sincinesias y contracturas motoras y disminuir el riesgo de daño ocular. (Pauna et al., 2024).

Los efectos antiinflamatorios de los esteroides reducen el edema nervioso, facilitando así la recuperación funcional. El régimen de esteroides recomendado generalmente implica iniciar esteroides orales en dosis altas como prednisolona a 60 mg diarios durante 5 días, seguido de una reducción de 10 mg cada día durante los 5 días restantes, u otro esquema de prednisolona 50 mg diarios durante 10 días. (Kim et al., 2025).

En mujeres embarazadas, la indicación de esteroides debe evaluarse cuidadosamente, considerando los posibles riesgos maternos y fetales. Aunque estudios recientes no han demostrado una asociación clara entre el uso de esteroides sistémicos y malformaciones congénitas, se recomienda un control estricto de parámetros clínicos como la glucemia, la presión arterial, el peso corporal, la presencia de infecciones y los síntomas gastrointestinales durante el tratamiento. (Kim et al., 2025).

Todos los pacientes con parálisis de Bell deben ser evaluados para determinar si el cierre del párpado es completo. Para aquellos con cierre incompleto, se requiere cuidado ocular para evitar lesiones en la córnea. Además de la exposición física por la debilidad del párpado, la córnea tiene un mayor riesgo de sequedad y abrasión debido a la reducción de la producción de lágrimas de la glándula lagrimal, que también está innervada por el nervio facial. Se suelen emplear medidas conservadoras como gotas lubricantes, al igual que utilizar anteojos protectores para evitar un trauma externo en el ojo. (Hernández et al., 2021).

- Núcleo CMP

El núcleo CMP, es un fármaco perteneciente al grupo de los nootrópicos, el cual ha sido utilizado en el manejo de diversos trastornos neuromusculares, incluida la parálisis facial periférica. Este compuesto contiene nucleótidos como uridina monofosfato, uridina difosfato, uridina trifosfato y citidina monofosfato, los cuales han mostrado efectos favorables en la recuperación del tejido nervioso y muscular. (Attar et al., 2018).

El núcleo-CMP actúa como un agente coadyuvante que contribuye a la recuperación funcional del nervio facial, debido a su capacidad para favorecer la regeneración neuronal y muscular. Diversos estudios han evidenciado que los nucleótidos aceleran la regeneración de las fibras nerviosas tras lesiones periféricas, además de mejorar la recuperación muscular y disminuir la transmisión del dolor. (Attar et al., 2018).

Asimismo, se ha descrito que estos compuestos ejercen su efecto mediante la activación de receptores purinérgicos tipo P2, lo que se asocia con un efecto antinociceptivo en el manejo del dolor agudo y neuropático. De igual manera, el núcleo-CMP se ha empleado en otras condiciones neurológicas, mostrando un perfil de seguridad favorable, sin efectos adversos significativos ni interacciones medicamentosas relevantes, pudiendo ser utilizado incluso durante el embarazo y la lactancia. (Attar et al., 2018).

- Neurotropas

Los fármacos neurotrópicos constituyen una estrategia terapéutica complementaria en el manejo de la parálisis facial periférica, debido a su capacidad para favorecer la regeneración del tejido nervioso y mejorar la función neuromuscular. Estos agentes actúan promoviendo la síntesis de mielina, la reparación axonal y la recuperación de la

conducción nerviosa, procesos fundamentales en la recuperación del nervio facial tras su lesión. (Baltrusch, 2021)

La vitamina B12, o cobalamina, es esencial para el mantenimiento de la mielina, la vaina protectora que rodea las fibras nerviosas. También desempeña un papel crucial en los procesos de síntesis y metilación del ADN, que son importantes para la reparación y regeneración celular. La fisiopatología de la neuropatía inducida por deficiencia de B12 implica alteración de la formación de mielina, degeneración axonal y muerte neuronal. Estudios clínicos han demostrado que la suplementación con vitamina B12 en neuropatías como la parálisis facial periférica puede mejorar significativamente los síntomas como parestesias y déficits motores, al promover la remielinización y mejorar la regeneración nerviosa. (Cuyubamba et al., 2025).

Además, los efectos neuroprotectores de la vitamina B12 van más allá de su función en la mielinización. Se ha demostrado que la cobalamina mejora la síntesis del factor de crecimiento nervioso (NGF), una proteína fundamental implicada en la supervivencia y el mantenimiento de las neuronas sensoriales y simpáticas. Este efecto neurotrófico subraya la importancia de la vitamina B12 no solo para prevenir el daño nervioso, sino también para facilitar la reparación de los nervios lesionados. (Cuyubamba et al., 2025).

Tratamiento fisioterapéutico

Según Ruelas (2024), la fisioterapia en la parálisis facial periférica se basa en un enfoque terapéutico sistemático que considera las características semiológicas y electromiográficas propias de cada paciente, lo que permite su evaluación según la reversibilidad y la gravedad del cuadro clínico. La rehabilitación especializada desempeña un papel fundamental en el tratamiento, iniciando con una valoración integral que incluye la simetría facial en reposo, los movimientos voluntarios e involuntarios, el control de la posición ocular y el impacto emocional asociado. En las terapias aplicadas se incluyen:

- El tratamiento térmico consiste en la aplicación de calor local mediante compresas tibias y húmedas sobre la hemicara afectada durante aproximadamente 10 minutos, con el objetivo de mejorar la circulación sanguínea.

- El drenaje linfático manual, basado en el método de Vodder, actúa sobre el tejido conectivo laxo y los fluidos intersticiales, favoreciendo el equilibrio tisular, normalizando funciones alteradas y estimulando el sistema linfático mediante movimientos suaves, rítmicos y progresivos, con efectos sobre el sistema nervioso autónomo, especialmente en la activación parasimpática.
- La acupuntura se presenta como una alternativa terapéutica que, mediante la estimulación de puntos específicos en el rostro, manos y pies, contribuye a activar los músculos afectados y favorecer la regeneración nerviosa. Su eficacia es mayor cuando se inicia de forma temprana, idealmente dentro de las primeras 24 a 48 horas desde el inicio de los síntomas.
- La facilitación neuromuscular propioceptiva constituye otra estrategia terapéutica relevante, basada en la ejecución de movimientos faciales en patrones diagonales y de forma bilateral. Este enfoque permite que el lado sano contribuya al fortalecimiento del lado afectado, favoreciendo la coordinación y sincronización de los movimientos, además de promover el fortalecimiento muscular mediante la activación de otras regiones corporales.

Tratamiento quirúrgico

El manejo quirúrgico de la parálisis facial periférica está indicado principalmente en casos de lesión nerviosa severa, ausencia de recuperación espontánea o parálisis de larga evolución. Las principales opciones incluyen el injerto nervioso, las anastomosis con otros nervios motores y las transferencias musculares. (De Luca et al., 2025).

El injerto nervioso constituye una de las principales opciones quirúrgicas en la reconstrucción del nervio facial cuando existe una interrupción del mismo y se dispone de los extremos proximal y distal. Este procedimiento consiste en interponer un segmento nervioso, generalmente sensorial, con el objetivo de restablecer la continuidad anatómica y funcional del nervio facial. Su indicación es más frecuente en lesiones recientes, donde la reinervación temprana permite mejores resultados funcionales. No obstante, la recuperación suele ser parcial debido a la pérdida axonal durante la regeneración, pudiendo presentarse movimientos sincinéticos o limitación en la función facial. (Wang et al., 2025).

Las transferencias nerviosas se emplean cuando el muñón proximal del nervio facial no está disponible o no es funcional. Estas técnicas consisten en conectar el nervio facial distal con otros nervios motores, como el nervio hipogloso o el nervio maseterino, con el fin de proporcionar una nueva fuente de inervación. Este tipo de procedimiento permite recuperar el tono facial y generar movimientos voluntarios, siendo especialmente útil en parálisis de evolución intermedia. Entre las opciones más utilizadas destacan la transferencia hipogloso-facial y la transferencia maseterina, esta última asociada a una recuperación más rápida del movimiento. Sin embargo, los resultados pueden no ser completamente espontáneos y dependen de la adaptación neurológica de cada paciente. (Wang et al., 2025).

Las transferencias musculares se indican en casos de parálisis facial de larga evolución, generalmente superiores a 18–24 meses, en los cuales la denervación prolongada condiciona atrofia muscular irreversible e imposibilita la reinervación directa. Estas técnicas consisten en emplear músculos funcionales para restablecer la dinámica facial, ya sea mediante transferencias regionales, como la del músculo temporal, o mediante transferencias musculares libres funcionales (FFMT). En este contexto, pueden asociarse estrategias de reinervación como el injerto nervioso facial cruzado (CFNG), con el objetivo de mejorar la funcionalidad y favorecer la coordinación del movimiento. En conjunto, estos procedimientos contribuyen a recuperar la simetría facial, aunque los resultados pueden variar en cuanto a espontaneidad. (De Luca et al., 2025).

Respuesta tratamiento

El pronóstico y la respuesta terapéutica en la parálisis facial periférica están condicionados por la gravedad inicial de la denervación y el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento. Una respuesta positiva se caracteriza por una recuperación funcional temprana, sin embargo, en casos de daño axonal severo, la recuperación puede prolongarse significativamente. Se ha observado que técnicas avanzadas, como el uso de toxina botulínica en combinación con rehabilitación física, son eficaces no solo para mejorar la simetría facial, sino también para gestionar las complicaciones dinámicas que surgen durante el proceso de recuperación (D'Alatri et al., 2024).

Cuando la regeneración nerviosa no es completa o se produce de forma desorganizada, aparecen secuelas crónicas que afectan la funcionalidad y la estética del paciente. Entre

las complicaciones más frecuentes se encuentran las sincinesias, el espasmo hemifacial y la contractura muscular, son el resultado de una reinervación aberrante donde los axones en crecimiento alcanzan grupos musculares distintos a los originales. La evidencia clínica sugiere que la identificación temprana de estos patrones es fundamental para ajustar el plan de rehabilitación y minimizar el impacto de estas secuelas a largo plazo (Petrucelli et al., 2025).

En lo que respecta a las recidivas, la parálisis facial recurrente representa un desafío diagnóstico y terapéutico menor pero significativo en la práctica clínica. Aunque la mayoría de los casos son episodios únicos de naturaleza idiopática, la repetición de la parálisis en el mismo lado o de forma contralateral puede estar asociada a factores genéticos, anomalías anatómicas del canal de Falopio o condiciones sistémicas subyacentes. El manejo de estos pacientes requiere un seguimiento estrecho y, en ocasiones, el uso de terapias adyuvantes como el láser de baja intensidad (LLLT) o la acupuntura, que han mostrado resultados prometedores en la reducción de la inflamación nerviosa y la prevención de daños acumulativos en episodios recurrentes (Arango et al., 2025).

VII. Diseño metodológico.

Área de estudio.

Consulta externa del Hospital SERMESA, Masaya, Nicaragua.

Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo, serie de casos.

Universo:

78 pacientes con parálisis facial periférica atendidos en la consulta externa del Hospital SERMESA Masaya en el período 2024-2025.

Muestra:

78 pacientes con parálisis facial periférica atendidos en la consulta externa del Hospital SERMESA Masaya en el período 2024-2025.

Estrategia muestral

Correspondió al 100% de la muestra.

Muestreo: No probabilístico, Por conveniencia.

Unidad de análisis

Pacientes con parálisis facial periférica atendidos en la consulta externa del Hospital SERMESA Masaya en el período 2024-2025.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico clínico de parálisis facial periférica, independientemente de su etiología.
- Pacientes atendidos durante el período comprendido entre enero de 2024 y diciembre de 2025.
- Pacientes cuyo expediente clínico contenga la información requerida para este estudio.

- Pacientes que hayan recibido algún tipo de abordaje clínico y/o terapéutico en la institución.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otras patologías neurológicas o faciales que puedan simular o interferir con el diagnóstico de parálisis facial periférica. Como parálisis facial central, miastenia gravis, esclerosis múltiple, enfermedad de Lyme y neuralgia del trigémino.
- Pacientes atendidos fuera del período de estudio establecido entre enero de 2024 y diciembre de 2025.
- Pacientes cuyo expediente clínico no contenga la información necesaria para el análisis del estudio o que no acuda a citas de seguimiento.
- Pacientes que no hayan recibido manejo clínico o terapéutico documentado en la institución.
- Pacientes que estén recibiendo medicamentos que interfieran en la terapia indicada para el manejo de la parálisis facial periférica. Como anticoagulantes.

Variables por objetivos

1. Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.
 - Edad
 - Grupo etario
 - Sexo
 - Procedencia
 - Ocupación
 - Escolaridad
 - Estado civil
 - Comorbilidades
2. Reconocer las características clínicas de la parálisis facial periférica.
 - Lateralidad
 - Manifestaciones clínicas
 - Etiología
 - Secuelas
3. Establecer el grado de severidad de la parálisis facial periférica que presenta la población en estudio.
 - Escala clínica de House-Brackmann

4. Caracterizar el abordaje terapéutico brindado a la población en estudio.
 - Terapia farmacológica
 - Terapia no farmacológica
5. Determinar la respuesta al tratamiento de la población en estudio.
 - Mejoría clínica.
 - Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento
 - Tiempo de mejoría

Matriz de operacionalización de las variables

Objetivo 1

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Años	Razón
Grupo etario	Tiempo transcurrido desde el nacimiento agrupado en intervalos.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Menor de 18 años 18 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años Igual o mayor a 60 años	Ordinal
Sexo	Conjunto de características fenotípicas que diferencian al hombre de la mujer.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Femenino Masculino	Nominal
Procedencia	Lugar donde se reside según departamento.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Granada Managua Masaya Otros	Nominal
Ocupación	Oficio informal o	Según lo consignado en	Operario y personal de	Nominal

	formal.	el expediente clínico.	producción Profesionales y técnicos Jubilados Personal administrativo y financiero Otros	
Escolaridad	Nivel de estudios cursados.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Primaria Secundaria Universidad Otros	Ordinal
Estado civil	Es la clasificación de la situación familiar o legal de una persona.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Soltero Casado Viudo Unión de hecho estable	Nominal
Comorbilidades	Presencia de enfermedades crónicas o trastornos al mismo tiempo en una persona.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Hipertensión arterial (HTA) Diabetes mellitus (DM) HTA y DM Neuropatía diabética Ninguna Otros	Nominal

Objetivo 2

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Lateralidad	Hemicara donde se presenta la afectación muscular	Según lo consignado en el expediente clínico.	Bilateral Unilateral derecho Unilateral izquierdo	Nominal
Manifestaciones clínicas	Sintomatología presente en los	Según lo	Hipotonía Epifora	Nominal

	pacientes en estudio	consignado en el expediente clínico.	Dolor Lagoftalmos Ojo seco Desviación de la comisura labial Ausencia de surco nasogeniano Otros	
Etiología	Conjunto de causas o factores responsables del origen de la enfermedad	Según lo consignado en el expediente clínico.	Idiopática Viral Traumática Bacteriana Otros	Nominal
Secuelas	Alteraciones o déficits que persisten después de la fase aguda de la enfermedad	Según lo consignado en el expediente clínico.	Alteraciones en la masticación Persistencia de las manifestaciones clínicas Sincinesias. Otros Ninguno	Nominal

Objetivo 3

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Escala clínica de House-Brackmann	Es la clasificación del grado de disfunción facial periférica.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Grado I Grado II Grado III Grado IV Grado V Grado VI	Ordinal

Objetivo 4

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Terapia farmacológica	Tratamiento médico que hace uso de medicamentos específicos para aliviar la sintomatología	Según lo consignado en el expediente clínico.	Analgésicos Miorrelajantes Corticoides Núcleo CMP Neurotropas Otros	Nominal
Terapia no farmacológica	Tratamiento médico que hace uso de enfoques distintos a los fármacos para aliviar la sintomatología	Según lo consignado en el expediente clínico.	Tratamiento térmico Masoterapia Facilitación neuromuscular propioceptiva Electroterapia Higiene postural Ejercicios de la mímica facial Otros	Nominal

Objetivo 5

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Mejoría clínica.	Cambio favorable en el estado funcional del paciente evidenciado por disminución del grado de severidad.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Si No	Nominal
Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento	Período de tiempo en horas entre el inicio de los síntomas hasta el momento de inicio del tratamiento médico.	Según lo consignado en el expediente clínico.	Menos de 6 horas Entre 6-24 horas Más de 24 horas	Ordinal

Tiempo de mejoría	Periodo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la aparición de signos clínicos de recuperación	Según lo consignado en el expediente clínico.	Menor de 1 mes De 1 a 3 meses Mayor de 3 meses	Ordinal
-------------------	--	---	--	---------

VIII. Método de obtención de información

Para llevar a cabo el presente estudio, se gestionó la autorización correspondiente ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la UAM y la dirección del Hospital SERMESA Masaya. Una vez aprobados los permisos, se acudió al departamento de estadística del hospital con el fin de solicitar los expedientes clínicos de los pacientes con dicho diagnóstico. Posteriormente, se realizó la validación del instrumento de recolección de datos mediante 5 expedientes clínicos, para luego dar inicio al proceso completo de recopilación de información.

Fuente: Secundaria; Expediente clínico.

Técnica: Análisis documental.

Instrumento de recolección de datos: Ficha elaborada por los investigadores constituida por 5 secciones donde se registran los datos de las variables en estudio. (Ver Anexo I).

IX. Plan de análisis

Univariadas	Bivariadas
• Edad • Grupo etario • Sexo • Procedencia • Ocupación • Escolaridad • Estado civil • Comorbilidades • Lateralidad • Manifestaciones clínicas • Etiología • Secuelas • Escala clínica de House-Brackmann • Terapia farmacológica • Terapia no farmacológica • Mejoría clínica. • Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento • Tiempo de mejoría	• Grupo etario según Mejoría clínica • Sexo según Mejoría clínica • Terapia farmacológica según Mejoría clínica. • Terapia no farmacológica según Mejoría clínica. • Escala clínica de House-Brackmann según Mejoría clínica. • Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento según mejoría clínica.

Procesamiento de datos

Los resultados de las variables cualitativas se presentarán en tablas de frecuencia absoluta y relativa, se elaborarán gráficos de barras y columnas de acuerdo a la naturaleza estadística de las variables.

Para variables cuantitativas correspondientes a edad serán analizadas mediante medidas de tendencia central y dispersión según la distribución de los datos.

X. Consideraciones éticas

La presente investigación respetó los 4 principios bioéticos fundamentales:

No maleficencia: Los datos recolectados se manejaron con confidencialidad y sólo para fines académicos y científicos. Se respetó la privacidad y se preservó el anonimato. No se cometió ningún daño a la integridad física o mental de las personas en estudio.

Beneficencia: Los resultados del estudio buscaron brindar información sobre la clínica y terapia de la parálisis facial periférica con el propósito de promover el bienestar de los pacientes que padecen esta condición.

Justicia: No se incurrió en ningún tipo de discriminación por género, etnia, religión o cualquier ideología que practique la población en estudio.

Autonomía: Ya que la fuente de información fueron los expedientes y no se estableció contacto directo con los pacientes no se aplicó consentimiento informado. El equipo investigador se comprometió en garantizar la confidencialidad de los datos resguardados por las autoridades del hospital.

XI. Resultados

Se realizó la revisión de 78 expedientes de pacientes con diagnósticos de parálisis facial periférica, encontrando los siguientes resultados:

La media de edad en la población en estudio fue de 40.81 con una mediana de 39 años respectivamente y una desviación de 15.8. (Ver tabla 1).

En relación con los grupos etarios predominó el de 30-39 años con un 25.6% (20), seguido del grupo de 18-29 años con un 21.8% (17), el grupo de 40-49 años continuaron con un 20.5% (16), los pacientes del grupo de 50-59 años e igual o mayor de 60 se presentaron en el mismo porcentaje de 14.1% (11) el primer grupo y 14.1% (11) el segundo. Por último, en un porcentaje de 3.8% (3) pacientes menores de 18 años. (Ver tabla 1).

El 50%(39) de la población en estudio eran del sexo femenino y el 50% (39) eran del sexo masculino. (Ver tabla 1).

En la población un 87.2% (68) provienen del departamento de Masaya, un 9% (7) de Managua y un 3.8% (3) de Granada. (Ver tabla 1).

La ocupación predominante correspondió a los operarios y personal de producción, representando el 32.1% (25) de los pacientes. Le siguieron los profesionales y técnicos con el 14.1% (11), los jubilados con el 11.5% (9) y el grupo de transporte y seguridad con el 10.3% (8). Por otra parte, el personal administrativo y financiero, así como el comercio y las ventas, representaron cada uno el 6.4% (5). Los servicios generales y la atención al público, al igual que el sector público y de gestión, constituyeron el 5.1% (4). Finalmente, la agricultura representó el 1.3% (1), mientras que el 3.8% (3) correspondió a la categoría de no aplica y otro 3.8% (3) a los casos sin dato registrado. (Ver tabla 1).

Al analizar la escolaridad, predominó el nivel de secundaria con un 44.9% (35), seguido por estudios universitarios con un 24.4% (19) y primaria con un 19.2% (15). Asimismo, el 1.3% (1) correspondió a pacientes no escolarizados, en el 2.6% (2) este parámetro no aplicó debido a la edad y en el 7.7% (6) los expedientes no reflejaban esta información. (Ver tabla 1).

En cuanto al estado civil predominó con un 38.5% (30) la población casada, seguido de un 30.8% (24) soltero, en unión de hecho estable se observó un 25.6% (20). El 5.1% (4) estaba sin datos. (Ver tabla 1).

En relación con las comorbilidades, predominó la ausencia de estas en el 53.8% (42) de los pacientes, mientras que el 46.2% (36) presentó alguna condición asociada. Entre las más frecuentes se encontró la hipertensión arterial en un 20.5% (16), seguida de la diabetes mellitus en un 11.5% (9) y la coexistencia de ambas patologías en un 10.3%

(8). Por último, se registró un 1.3% (1) de insuficiencia venosa profunda, un 1.3% (1) de trastorno ansioso y un 1.3% (1) con hipertensión arterial, diabetes mellitus y neuropatía periférica. (Ver tabla 1).

Con relación a la lateralidad, el 55.1% (43) de los casos correspondió a afectación unilateral derecha y el 44.9% (35) a afectación unilateral izquierda. (Ver tabla 2, gráfico N°1).

Al evaluar las manifestaciones clínicas, la desviación de la comisura labial fue la más frecuente, presentándose en el 56.4% (44) de los pacientes, seguida por el lagofthalmos en el 50.0% (39) y la hipotonía facial en el 35.9% (28). La ausencia del surco nasogeniano y la epífora se observaron en el 34.6% (27) cada una, mientras que el dolor estuvo presente en el 30.8% (24) de la población. Por su parte, el ojo seco y el signo de Bell se registraron en el 11.5% (9). Entre las manifestaciones menos frecuentes se encontraron la inmovilidad de la comisura bucal en el 5.1% (4), la presencia leve del surco nasogeniano en el 3.8% (3) y, finalmente, las ampollas en el pabellón auricular izquierdo en el 1.3% (1). (Ver tabla 2, gráfico N°2).

Al analizar la etiología, el origen idiopático fue el más frecuente, correspondiente al 96.2% (75) de los casos. Por otra parte, el 1.3% (1) fue de origen bacteriano, el 1.3% (1) de origen traumático y el 1.3% (1) de origen viral, correspondiente al Síndrome de Ramsay Hunt. (Ver tabla 2, gráfico N°3).

Al evaluar la presencia de secuelas, se encontró que la mayoría de los pacientes no presentó, es decir el 92.3% (72). Entre las secuelas identificadas, la persistencia de las manifestaciones clínicas fue la más frecuente con un 5.1% (4). Asimismo, alteraciones en la masticación y sincinesias en el párpado derecho, cada uno correspondiente al 1.3% (1). (Ver tabla 2, gráfico N°4).

De acuerdo con la escala de House-Brackmann, el grado III fue el más frecuente, correspondiente al 37.2% (29) de los casos. Posteriormente, se identificó el grado II en el 29.5% (23) y el grado IV en el 26.9% (21). El grado I se presentó en el 5.1% (4) de los pacientes, mientras que el 1.3% (1) correspondió a datos sin disponibilidad (SD). (Ver tabla 3, gráfico N°5).

En relación con el tratamiento farmacológico, se observó que el 84.6% (66) de los pacientes fueron tratados con núcleo CMP. Asimismo, el 74.4% (58) recibió la combinación de analgésicos más miorrelajantes, mientras que el 61.5% (48) fue tratado con neurotropas. Por otra parte, los corticoides fueron administrados al 7.7% (6) de los pacientes. Entre los otros tratamientos empleados, las lágrimas artificiales fueron las más frecuentes, utilizadas en el 62.8% (49), en tanto, el aciclovir y la gabapentina se administraron en el 1.3% (1) de los pacientes, respectivamente. (Ver tabla 4, gráfico N°6).

Respecto a los tratamientos no farmacológicos, el tratamiento térmico fue aplicado en el 87.2% (68) de los pacientes, seguido de la electroterapia, utilizada en el 85.9% (67). Asimismo, la masoterapia y la higiene postural se implementaron en el 80.8% (63) de los pacientes, respectivamente. Por su parte, los ejercicios de la mímica facial y la Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (FNP) fueron empleados en el 74.4% (58) de los pacientes, cada uno. (Ver tabla 4, gráfico N°7).

En cuanto a la evolución clínica, se observó que el 97.4% (76) de los pacientes presentó mejoría, mientras que el 2.6% (2) no evidenció cambios favorables. (Ver tabla 5).

Al analizar el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento, se identificó que el 96.2% (75) de los pacientes recibió atención después de las 24 horas, mientras que el 3.8% (3) la recibió dentro de las primeras 24 horas. (Ver tabla 5).

Por último, al evaluar el tiempo requerido para alcanzar la mejoría clínica, el intervalo de 1 a 3 meses fue el más frecuente, correspondiente al 75.6% (59) de los pacientes. Posteriormente, el 15.4% (12) presentó mejoría después de los 3 meses y el 9.0% (7) la evidenció en un período menor de un mes. (Ver tabla 5).

Se identificó que la mayoría de los pacientes que presentó mejoría clínica correspondió al grupo de 30 a 39 años, representando el 26.3% (20), seguido por el grupo de 18 a 29 años con 22.4% (17) y el de 40 a 49 años con 19.7% (15). En menor medida, se identificaron pacientes de 50 a 59 años con 14.5% (11), aquellos con 60 años o más con 13.2% (10) y los menores de 18 años con 3.9% (3). Por otro lado, los dos pacientes que no presentaron mejoría clínica pertenecían a los grupos de 40 a 49 años e igual o mayor a 60 años, representando cada uno el 50.0% (1) de este grupo. (Ver tabla 6, gráfico N°8).

En cuanto al sexo según mejoría clínica, se observó una distribución equivalente entre ambos grupos, dado que tanto el sexo femenino como el masculino representaron el 50.0% (38) de los pacientes que presentaron mejoría clínica. De igual manera, los dos pacientes que no evidenciaron mejoría clínica se distribuyeron uniformemente, registrándose un caso en cada sexo, el 50.0% (1). (Ver tabla 6, gráfico N°9).

Al evaluar la terapia farmacológica según mejoría clínica, el uso de núcleo CMP estuvo presente en el 84.2% (64) de los pacientes con mejoría y en el 100% (2) de quienes no mejoraron. Los analgésicos más miorrelajantes se utilizaron en el 73.7% (56) de los casos con evolución favorable y en el 100% (2) de aquellos sin mejoría. El uso de lágrimas artificiales se registró en el 63.2% (48) de los pacientes que mejoraron y en el 50% (1) de quienes no presentaron mejoría. Las neurotropas estuvieron presentes en el 60.5% (46) de los pacientes con mejoría y en el 100% (2) del grupo sin mejoría. Por su parte, los corticoides representaron el 7.9% (6) de los pacientes con mejoría, sin registrarse casos en el grupo sin mejoría. Finalmente, aciclovir y gabapentina representaron cada uno el 1.3% (1) de los casos con mejoría y no se registraron pacientes sin mejoría tratados con estos fármacos (Ver tabla 7, gráfico N°10).

Al evaluar el tratamiento no farmacológico según mejoría clínica, el tratamiento térmico estuvo presente en el 86.8% (66) de los pacientes con mejoría y en el 100% (2) de quienes no mejoraron. La electroterapia se registró en el 85.5% (65) de los pacientes con mejoría y en el 100% (2) del grupo sin mejoría. La masoterapia y la higiene postural estuvieron presentes cada una en el 80.3% (61) de los pacientes con mejoría y en el 100% (2) de quienes no presentaron mejoría. La FNP se utilizó en el 75.0% (57) de los pacientes con mejoría y en el 50.0% (1) del grupo sin mejoría. Finalmente, los ejercicios de la mímica facial se registraron en el 73.7% (56) de los pacientes con mejoría y en el 100% (2) de aquellos sin mejoría (Ver tabla 7, gráfico N°11).

En la tabla cruzada entre la escala de House-Brackmann y la mejoría clínica, el grado III estuvo presente en el 38.2% (29) de los pacientes con mejoría y no se registraron casos sin mejoría. El grado II correspondió al 30.3% (23) de los pacientes con mejoría y no presentó casos sin mejoría. El grado IV se registró en el 25.0% (19) de los pacientes con mejoría y en el 100% (2) de quienes no mejoraron. El grado I representó el 5.3% (4) de los pacientes con mejoría y no se registraron casos sin mejoría. Finalmente, SD correspondió al 1.3% (1) de los pacientes con mejoría y no presentó casos sin mejoría (Ver tabla 8, gráfico N°12).

Al evaluar el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento según mejoría clínica, se observó que la mayoría de los pacientes pertenecían al grupo que inició el tratamiento después de las 24 horas, representando el 96.1% (73) de aquellos que presentaron mejoría clínica. Asimismo, los dos pacientes que no evidenciaron mejoría clínica corresponden al grupo que inició el tratamiento después de las 24 horas, representando el 100.0% (2) de esta categoría. Mientras que el 3.9% (3) recibió tratamiento entre las 6 y 24 horas. (Ver tabla 8, gráfico N°13).

XII. Discusión de resultados

La parálisis facial periférica es caracterizada por ser una de las neuropatías más frecuentes de origen multifactorial según Khalfaoui et al (2019). Esta patología se presenta con diferentes manifestaciones clínicas, las cuales son de suma importancia ya que “el diagnóstico de la parálisis facial es fundamentalmente clínico” (Hernández, 2021).

En relación con lo anterior, se decidió investigar el abordaje clínico y terapéutico de la parálisis facial periférica, por lo que se analizaron los resultados encontrados.

En cuanto a los rangos de edad, la parálisis facial periférica predominó en los pacientes entre los 30-39 años, con una media de edad de 40.81 años. Este hallazgo es similar con lo reportado por Uriarte (2022), quien identificó una media de 38 años y predominio del grupo etario entre 31 y 40 años. De igual manera, estos resultados son consistentes con lo descrito por Martínez et al. (2025), quienes señalan un incremento en la prevalencia de la patología entre los 20 y 60 años. Lo anterior permite considerar que la parálisis facial periférica representa una condición de especial interés dentro de la población adulta.

Se observó la misma proporción en ambos sexos. Así mismo, Uriarte (2022) concuerda en gran medida con la presentación de esta patología, la misma proporción en ambos sexos, tanto femenino como masculino ambos se presentaron en un 50% cada uno, al igual que en nuestro estudio. Sin embargo, Ortega (2015) logró identificar un predominio en un 66% de los casos masculinos. No obstante, la literatura internacional describe que la parálisis facial periférica idiopática suele presentarse con una distribución semejante entre ambos sexos, sin evidenciar un predominio consistente hacia alguno de ellos, según (Hohman et al., 2024).

Respecto a la procedencia, predominó la población proveniente del departamento de Masaya, resultado que puede explicarse por la localización donde se desarrolló el estudio, siendo el Hospital SERMESA Masaya el centro más cercano de atención.

Por otro lado, se evidenció que la mayoría de los pacientes eran casados, se desempeñaban como operarios o personal de producción y la secundaria fue el nivel educativo predominante. Si bien estas características no han sido descritas como

factores de riesgo para el desarrollo de parálisis facial periférica, su identificación resulta útil para caracterizar el perfil sociodemográfico de la población atendida y comprender el perfil de cada paciente.

En relación con las comorbilidades, una de las más presentes fue la hipertensión arterial, en conjunto con la diabetes mellitus, lo que coincide con el estudio de Martínez et al (2025), quienes reportaron una mayor presencia de enfermedades metabólicas y vasculares en pacientes con parálisis facial periférica. Este comportamiento representa un aspecto de interés clínico, ya que plantea la necesidad de considerar dichas condiciones durante la valoración integral del paciente. En cuanto al contexto epidemiológico local, de acuerdo con el Ministerio de Salud (2025), dentro del departamento de Masaya las enfermedades crónicas más frecuentes corresponden a la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, respectivamente.

En cuanto a la lateralidad, los resultados coinciden con lo reportado por Calles (2023), donde todas las presentaciones fueron unilaterales. Sin embargo, difieren de lo descrito por Uriarte (2022), dado que predominó la afectación unilateral derecha en poco más de la mitad de los casos. A pesar de ello, el comportamiento observado continúa siendo consistente con lo señalado por Solé (2022), quien refiere que la presentación unilateral constituye la forma clínica más frecuente de la parálisis facial periférica.

Las manifestaciones clínicas por su parte se vieron en mayor medida signos como la desviación de la comisura labial y lagoftalmos. Estos hallazgos podrían interpretarse considerando que la parálisis facial periférica produce debilidad de la musculatura facial inervada por el VII par craneal, lo que puede ocasionar alteración del cierre palpebral y exposición ocular secundaria (Scherrer et al, 2024). Estos resultados coinciden en lo descrito por Revilla (2023), donde se manifiesta que lo principal son las afectaciones en la pérdida progresiva de la movilidad e incompetencia por ende del músculo orbicular de los párpados. No obstante, también se documentaron manifestaciones menos referidas dentro de la literatura revisada, como el ojo seco en el 11.5% de los casos y la presencia de ampollas en el pabellón auricular izquierdo en el 1%, lo que evidencia la variabilidad clínica con la que puede presentarse esta entidad y resalta la importancia de una evaluación clínica detallada.

Respecto a la etiología, Khalfaoui, (2019) refiere que la parálisis facial periférica corresponde en su mayoría a parálisis de Bell o de origen idiopático. Este comportamiento concuerda con lo observado, donde el 96.2% de los casos presentó este origen, coincidiendo además con lo reportado por Calles (2023). Este predominio podría relacionarse con lo descrito en la literatura, donde se establece que la mayoría de los casos de parálisis facial periférica corresponden a formas idiopáticas, atribuyéndose su aparición a mecanismos inflamatorios y edema del nervio facial sin una causa estructural identificable (Santos Lasaosa et al., 2024). En menor proporción se identificaron casos de origen bacteriano, traumático y viral. En contraste, Ortega (2015) encontró predominio de la causa traumática.

En relación con las secuelas, la mayoría de los pacientes no presentó alteraciones posteriores al episodio, únicamente 3 pacientes reflejaron secuelas, predominando la persistencia de las manifestaciones clínicas. Este comportamiento coincide con lo descrito por Calles (2023), quien reportó recuperación completa en la mayoría de los casos. Asimismo, Dalrymple et al. (2023) señala que el pronóstico suele ser favorable en los casos idiopáticos, los cuales representaron la mayor proporción dentro de esta población.

En cuanto a la escala de House-Brackmann, el grado III fue el más frecuente seguido del grado IV, evidenciando un amplio uso dentro de la valoración clínica de esta población. Esta información muestra similitud con lo descrito previamente en el estudio de Uriarte (2022), donde predominó el grado IV. Se observó una alta frecuencia de grados intermedios de severidad. De acuerdo con la clasificación de House-Brackmann, el grado III corresponde a una disfunción moderada caracterizada por una asimetría facial evidente pero no desfigurante durante el movimiento, con cierre ocular completo únicamente con esfuerzo. Por su parte, el grado IV se asocia a una disfunción moderadamente severa, donde existe debilidad facial más evidente, mayor asimetría durante el movimiento e incapacidad para lograr un cierre ocular completo (Murinson et al., 2025).

En relación con los tratamientos farmacológicos, uno de los más utilizados destacaron el núcleo CMP, en conjunto con analgésicos y neurotropas, mientras que el uso de corticoides se observó en menor proporción. Este comportamiento contrasta con lo descrito por Calles (2023), quien reportó que el 88% de los pacientes recibió

tratamiento con corticoides orales. Según Attar et al (2018), el núcleo CMP favorece la regeneración de las fibras nerviosas tras lesiones periféricas, contribuye al control del dolor y presenta un perfil de seguridad favorable. Por otra parte, los corticoides tienen como objetivo favorecer la recuperación funcional del nervio facial mediante su efecto antiinflamatorio, además de disminuir la progresión de la parálisis y reducir el riesgo de secuelas funcionales. A pesar de que el uso de corticoides fue menor dentro de la población estudiada, la literatura los continúa describiendo como una de las principales estrategias terapéuticas en el manejo inicial de la parálisis facial periférica, particularmente cuando son administrados de forma temprana (Somasundara et al., 2017). En contraste, según Allgood et al (2025) los analgésicos cumplen principalmente un papel orientado al alivio sintomático del dolor. En este caso logramos observar que se brindaron los analgésicos en conjunto con miorrelajantes.

Lo anterior permite observar una tendencia institucional hacia el uso de terapias dirigidas a favorecer la regeneración nerviosa mediante núcleo CMP por encima del empleo rutinario de corticoides, constituyendo un abordaje terapéutico diferente al reportado en otros estudios.

Así mismo, entre otros tratamientos lo más destacado fueron las lágrimas artificiales, las cuales no fueron mencionadas previamente en ningún estudio pero se observaron en un 62.8% de los casos, siendo un manejo muy frecuente. Lo cual concuerda con lo descrito por Hernández et al (2021), quien describe que se suelen emplear medidas conservadoras como gotas lubricantes, al igual que utilizar anteojos protectores como manejo.

Entre los tratamientos no farmacológicos, el tratamiento térmico fue la modalidad más utilizada, seguido de la electroterapia, la masoterapia, la higiene postural, los ejercicios de la mímica facial y la facilitación neuromuscular propioceptiva. Estos hallazgos son parcialmente concordantes con los reportados por Ruelas (2024), quien describió el uso de la facilitación neuromuscular propioceptiva en el 61.11% de los pacientes y el tratamiento térmico en el 7.41%. Según Ruelas (2024), el tratamiento térmico favorece la circulación sanguínea mediante la aplicación de calor local, mientras que la facilitación neuromuscular propioceptiva contribuye a mejorar la coordinación y sincronización de los movimientos faciales. Lo anterior podría explicar la elevada utilización del tratamiento térmico y de la facilitación neuromuscular propioceptiva, así

como de otras opciones fisioterapéuticas en los pacientes incluidos en el presente estudio.

En cuanto a la evolución clínica, la mayoría de los pacientes presentó mejoría, resultado comparable con lo reportado por Ortega (2015), quien documentó mejoría clínica en el 100% de los pacientes sometidos a tratamiento microquirúrgico. Si bien ambos estudios difieren en el tipo de intervención terapéutica empleada, en ambos se observó una evolución clínica favorable. Estos hallazgos guardan relación con lo descrito por Dalrymple et al. (2023), quienes señalan que más de dos tercios de los pacientes con esta entidad logran una recuperación espontánea completa. Esto podría explicarse por el predominio de casos de etiología idiopática en la población estudiada, condición que, de acuerdo con la literatura, suele presentar un pronóstico favorable.

Respecto al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento, se observó que la mayoría de los pacientes recibió atención después de las primeras 24 horas. De acuerdo con Fieux et al. (2020), la parálisis de Bell constituye una forma de parálisis facial periférica de inicio súbito, cuyo cuadro clínico suele instaurarse entre las 24 y 48 horas, lo que resalta la importancia de una valoración e intervención oportuna.

En cuanto al tiempo requerido para alcanzar la mejoría clínica, el intervalo más frecuente fue de 1 a 3 meses. Asimismo se observaron pacientes con recuperación en menos de un mes y otros cuya evolución se extendió por más de 3 meses. Este comportamiento es consistente con lo descrito por Urban et al. (2020), quienes reportaron una mediana de recuperación de 2.6 meses en pacientes con parálisis de Bell. De igual manera, Shi et al. (2022) señalan que aproximadamente el 70% de los pacientes alcanza una recuperación completa dentro de los seis meses, resultado congruente con el tiempo de mejoría observado en la población estudiada. En conjunto, estos hallazgos indican que el tiempo de recuperación observado en la población estudiada es consistente con la evolución clínica descrita para la parálisis facial periférica.

En relación con el grupo etario según mejoría clínica, la mayor proporción de pacientes que presentó evolución favorable correspondió al grupo de 30 a 39 años, seguido de los adultos jóvenes de 18 a 29 años. Este comportamiento coincide con lo descrito por Lee et al. (2013), quienes observaron que las tasas de recuperación fueron similares entre los diferentes grupos etarios, lo que sugiere que la edad, por sí sola, ejerce una influencia

limitada sobre la recuperación clínica de la parálisis de Bell. En este sentido, la distribución de la mejoría observada en la población estudiada podría estar relacionada con la composición etaria de la muestra, más que con un efecto propio de la edad sobre la evolución clínica.

Respecto al sexo según mejoría clínica, se evidenció una distribución similar entre ambos grupos, sin observarse diferencias relevantes en la evolución clínica entre pacientes femeninos y masculinos. Asimismo, los casos que no presentaron mejoría clínica se distribuyeron de manera uniforme entre ambos sexos, lo que sugiere la ausencia de un patrón diferencial según esta variable. En este sentido, los hallazgos del presente estudio indican que el sexo no mostró una influencia evidente en la mejoría clínica de los pacientes evaluados.

En cuanto a la terapia farmacológica según la mejoría clínica, se observó que el núcleo CMP fue el fármaco más utilizado en los pacientes que presentaron evolución favorable, seguido de los analgésicos asociados a miorrelajantes y las neurotropas. De igual forma, estos medicamentos también estuvieron presentes en los pacientes que no evidenciaron mejoría clínica, aunque en una proporción mínima. El uso de corticoides se registró únicamente en pacientes con evolución favorable, mientras que otros fármacos como lágrimas artificiales, aciclovir y gabapentina mostraron una distribución similar entre los grupos.

En relación al tratamiento no farmacológico según la mejoría clínica, se observó que el tratamiento térmico el más frecuente en los pacientes que presentaron evolución favorable, seguido de la electroterapia, la masoterapia, la higiene postural, los ejercicios de la mímica facial y la facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP). De manera general, estas intervenciones también se emplearon en los pacientes que no evidenciaron mejoría clínica, aunque en una proporción mínima. Según Khan et al. (2022), la rehabilitación de la parálisis facial periférica se basa en un abordaje que integra diferentes técnicas de fisioterapia orientadas a mejorar la función muscular y la coordinación facial, sin evidenciarse una única intervención superior. En este sentido, los hallazgos del presente estudio reflejan la aplicación conjunta de diversas modalidades fisioterapéuticas en la mayoría de los pacientes con evolución favorable.

En cuanto a la severidad evaluada mediante la escala de House-Brackmann según mejoría clínica, se evidenció que el grado III, correspondiente al de mayor frecuencia en la población estudiada, presentó el mayor porcentaje de pacientes con mejoría clínica. Asimismo, los grados de menor severidad registraron mejoría en todos los casos, mientras que el único grado que presentó pacientes sin mejoría fue el grado IV. Esto podría estar relacionado con lo descrito por D'Alatri et al. (2024), quienes señalan que el pronóstico y la respuesta terapéutica en la parálisis facial periférica dependen en gran medida del grado inicial de daño.

En cuanto a la severidad evaluada mediante la escala de House-Brackmann según la mejoría clínica, se observó que los pacientes con grados I, II y III presentaron evolución favorable, siendo el grado III el de mayor frecuencia en la población estudiada, mientras que los únicos casos sin mejoría correspondieron al grado IV. En este sentido, D'Alatri et al. (2024) señalan que el pronóstico y la respuesta terapéutica en la parálisis facial periférica guardan relación con el grado inicial de afectación del nervio facial, lo que permite contextualizar el comportamiento observado en la población estudiada.

Respecto al tiempo de inicio del tratamiento según la mejoría clínica, se observó que la mayoría de los pacientes inició el manejo después de las 24 horas y presentó evolución favorable. Asimismo, los pacientes que no evidenciaron mejoría también recibieron el tratamiento después de ese período. En este sentido, D'Alatri et al. (2024) señalan que el tiempo de instauración del tratamiento constituye un factor relevante en la evolución clínica y en la recuperación funcional de los pacientes con parálisis facial periférica.

XIII. Conclusiones

1. La media de edad fue de 40.81 años, predominó el grupo etario entre 30-39 años, con distribución equitativa en ambos sexos. La mayoría de los pacientes procedían del departamento de Masaya, se encuentran casados y desempeñan labores como operarios o personal de producción. Respecto al nivel de educación la secundaria predominó en escolaridad, y la mayoría no presentó comorbilidades.
2. Las características clínicas encontradas en el estudio mostraron que la mayoría de los casos de parálisis facial periférica correspondió a presentación unilateral derecha, con desviación de la comisura labial y lagofthalmos como manifestaciones clínicas predominantes. Se determinó que el origen idiopático fue el más frecuente y que la evolución en su mayoría ocurrió sin secuelas.
3. En cuanto al grado de severidad más frecuente según House-Brackman, se observó que predominó el grado III (disfunción moderada).
4. En el manejo terapéutico implementado, se caracterizó por brindar tratamiento farmacológico, entre los cuales destacaron el núcleo CMP y los analgésicos. Y como manejo no terapéutico el tratamiento térmico.
5. Se evidencio un alto porcentaje de mejoría clínica en la población. Sin embargo, el tratamiento fue brindado en su mayoría transcurridas las 24 horas y el tiempo de mejoría fue de 1 a 3 meses.

XIV. Recomendaciones

Al Ministerio de salud (MINSA):

1. Fortalecer las estrategias orientadas al inicio oportuno del tratamiento y terapias de rehabilitación.
2. Promover la elaboración y aplicación de protocolos de atención para el manejo clínico y terapéutico de la parálisis facial periférica en los distintos niveles de atención.

Al Hospital SERMESA Masaya:

1. Promover la valoración individualizada de los pacientes, considerando la realización de estudios complementarios cuando el cuadro clínico lo amerite.
2. Fomentar el desarrollo de investigaciones dentro del hospital que permitan generar evidencia local sobre el manejo integral de esta patología.

A la Universidad Americana:

1. Incentivar la realización de investigaciones relacionadas con la parálisis facial periférica que permitan ampliar el conocimiento sobre su manejo dentro del contexto nacional.
2. Promover actividades de formación académica relacionadas con el abordaje clínico y terapéutico de las patologías neurológicas más frecuentes.

XV. Bibliografía

- Al-Attar, Z., Hashim, I., & Nashtar, S. B. (2018). The role of nucleo-CMP as an adjuvant agent in the treatment of facial palsy. *International Journal of Medical Research and Health Sciences*, 7, 161–167. <https://www.ijmrhs.com/medical-research/the-role-of-nucleocmp-as-an-adjuvant-agent-in-the-treatment-of-facial-palsy.pdf>
- Allgood, J. E., Whitney, L., Goodwin, J., Chong, B. S. H., Brooks, A., & Pullan, J. (2025). The role of pain medications in modulating peripheral nerve injury recovery. *Journal of Clinical Pharmacology*, 65(4), 411–423. <https://doi.org/10.1002/jcph.6156>
- Arango-Gómez, F., et al. (2025). Complementary Therapies in the Management of Peripheral Facial Paralysis: A Systematic Review. *Neurological Research*. <https://doi.org/10.1080/01616412.2025.2476515>
- Baltrusch, S. (2021). The role of neurotropic B vitamins in nerve regeneration. *BioMed Research International*, 2021, 9968228. <https://doi.org/10.1155/2021/9968228>
- Cáceres Condori, I. A., & Poca Silvestre, N. (2025). Tratamientos en parálisis facial periférica: un análisis de técnicas fisioterapéuticas. *Fisioterapia Ciencia del Movimiento*, 6(1). <https://www.uab.edu.bo/ojs/index.php/fcdm/article/view/253/204>
- Calles Monar, P. S., Marqués Fernández, V. E., Sánchez-Tocino, H., & Galindo-Ferreiro, A. (2023). Estudio retrospectivo de parálisis facial periférica en un hospital de tercer nivel a lo largo de 3 años. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 98(3), 132–141. <https://doi.org/10.1016/j.ofal.2022.12.005>
- Cuyubamba, O., Braga, C. P., Swift, D., Stickney, J. T., & Viel, C. (2025). The combination of neurotropic vitamins B1, B6, and B12 enhances neural cell maturation and connectivity superior to single B vitamins. *Cells (Basel, Switzerland)*, 14(7), 477. <https://doi.org/10.3390/cells14070477>

- D'Alatri, L., et al. (2024). Combined Treatment with Botulinum Toxin and Physical Therapy in Peripheral Facial Palsy: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(20), 6124. <https://doi.org/10.3390/jcm13206124>
- Dalrymple, S. N., Row, J. H., & Gazewood, J. (2023). Bell palsy: Rapid evidence review. *American Family Physician*, 107(4), 415–420. <https://www.aafp.org/afp/2023/0400/bell-palsy#references>
- De Luca, L. M., Cannova, S., Lai, S., Accolla, M., Barbazza, A., Calò, L., Rizzo, D., Tramaloni, P., Bonali, M., Fernandez, I. J., & Bussu, F. (2025). Management of facial paralysis following skull base surgery: A comprehensive narrative review. *Audiology Research*, 15(6), 155. <https://doi.org/10.3390/audiolres15060155>
- Fieux, M., Franco-Vidal, V., Devic, P., Bricaire, F., Charpiot, A., Darrouzet, V., Denoix, L., Gatignol, P., Guevara, N., Montava, M., Roch, J. A., Tankéré, F., Tronche, S., Veillon, F., Vergez, S., Vincent, C., Lamas, G., & Tringali, S. (2020). French Society of ENT (SFORL) guidelines. Management of acute Bell's palsy. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 137(6), 483–488. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.06.004>
- González Eslait, F., Ruiz Tejada, E., Holguín Ruiz, J. A., León Sarmiento, C. E., & Vélez Rodríguez, J. J. (2024). Parálisis facial periférica idiopática: diagnóstico y tratamiento. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*, 52(3), 351–376. <https://doi.org/10.37076/acorl.v52i3.819>
- Hernández Redondo, S. P., & López Lizano, G. S. (2021). Parálisis de Bell: Diagnóstico y Tratamiento. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5(1), ág. 88-94. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i1.221>
- Hohman, M. H., Warner, M. J., & Varacallo, M. (2024). Bell palsy. En StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482290/>
- Khalfaoui S, El Abbassi EM (2019) Peripheral facial paralysis. *J Surg Surgical Res* 5(2): 056-060. DOI: <http://doi.org/10.17352/2455-2968.000072>
- Khan, A. J., Szczepura, A., Palmer, S., Bark, C., Neville, C., Thomson, D., Martin, H., & Nduka, C. (2022). Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): An updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise

- therapy. *Clinical Rehabilitation*, 36(11), 1424–1449.
<https://doi.org/10.1177/02692155221110727>
- Kim, S. H., & Kwak, M. Y. (2025). Update on medical management of acute peripheral facial palsy. *Journal of Audiology & Otology*, 29(1), 1–7.
<https://doi.org/10.7874/jao.2024.00731>
- Lee, H. Y., Byun, J. Y., Park, M. S., & Yeo, S. G. (2013). Effect of aging on the prognosis of Bell's palsy. *Otology & Neurotology*, 34(4), 766–770.
<https://doi.org/10.1097/MAO.0b013e3182829636>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2025). Mapa de salud 2025: Mapa de padecimientos de salud, SILAIS Masaya. Ministerio de Salud.
<https://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-silais-masaya/>
- Murinson, B. B., Lee, L. N., & Kwan, K. (2025). Facial nerve palsy. En StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549815/>
- Navarro-Arias, K. P., Barrera-Reséndiz, J. E., Cintra-Viveiro, A. C., & Palma-Reyes, C. R. (2025). Efectos de la facilitación neuromuscular propioceptiva en pacientes con parálisis facial periférica aguda. Estudio de casos. *Archivos de Neurociencias*, 30(3). <https://doi.org/10.24875/anc.24000017>
- Navarro-Martínez, M., Rodríguez-Fernández, P., Núñez-Rodríguez, S., & González-Bernal, J. J. (2025). Clinical and sociodemographic characteristics of patients with peripheral facial paralysis in medical rehabilitation: A comprehensive description. *Medicina*, 61(5), 925.
<https://doi.org/10.3390/medicina61050925>
- Ortega, J. J. (2015). *Resultado del tratamiento microquirúrgico de la parálisis facial establecida en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en un periodo comprendido entre Enero a Diciembre 2014*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Pauna, H. F., Silva, V. A. R., Lavinsky, J., Hyppolito, M. A., Vianna, M. F., Gouveia, M. C. L., Monsanto, R. C., Polanski, J. F., Silva, M. N. L., Soares, V. Y. R., Sampaio, A. L. L., Zanini, R. V. R., Abrahão, N. M., Guimarães, G. C., Chone, C. T., & Castilho, A. M. (2024). Task force of the Brazilian Society of Otology

- evaluation and management of peripheral facial palsy. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 90(3), 101374. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2023.101374>
- Petrucelli, J., et al. (2025). Assessment and Management of Post-Paralytic Facial Synkinesis: Current Perspectives. *Audiology Research*, 17 (2), 17. <https://doi.org/10.3390/audiolres17020017>
- Revilla Sánchez, M. (2023). Parálisis facial periférica: revisión sistemática. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/61232?show=full>
- Ruelas Añamuro, L. R. (2024). Valoración sintomatológica relacionada con la fisioterapia en pacientes con parálisis facial, Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2023 [Tesis de licenciatura]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. <https://repositorio.uancv.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5bec0476-c149-44e3-9a63-a4a7b958c52f/content>
- Saborío Cervantes, I. E., Villalobos Bonilla, D., & Bolaños Parajeles, C. (2019). Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. *Revista Medica Sinergia*, 4(6), 81–89. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.247>
- Santos Lasaosa, S., Pascual Millán, L. F., Tejero Juste, C., & Morales Asín, F. (2024). Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de neurologia*, 30(11), 1048. <https://doi.org/10.3388/rn.3011.99618>
- Scherrer, M., & Chaloupka, K. (2024). Future treatment options for facial nerve palsy: A review on electrical stimulation devices for the orbicularis oculi muscle. *Frontiers in Neurology*, 15, 1365854. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1365854>
- Shi, J., Lu, D., Chen, H., Shu, M., Xu, Y., Qian, J., Ouyang, K., Huang, H., Luo, Z., Wang, C., & Zhang, Y. (2022). Efficacy and safety of pharmacological and physical therapies for Bell's palsy: A Bayesian network meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 13, 868121. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.868121>
- Sole. (2022, agosto 9). Parálisis Facial: Cuáles son sus tipos y cómo deben tratarse. Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

<https://msptucuman.gov.ar/paralisis-facial-cuales-son-sus-tipos-y-como-deben-tratarse/>

- Somasundara, D., & Sullivan, F. (2017). Management of bell's palsy. *Australian Prescriber*, 40(3), 94–97. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2017.030>
- Urban, E., Volk, G. F., Geißler, K., Thielker, J., Dittberner, A., Klingner, C., Witte, O. W., & Guntinas-Lichius, O. (2020). Prognostic factors for the outcome of Bells' palsy: A cohort register-based study. *Clinical Otolaryngology: Official Journal of ENT-UK ; Official Journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*, 45(5), 754–761. <https://doi.org/10.1111/coa.13571>
- Uriarte Zapata, A. J. (2022). Perfil clínico y epidemiológico de la Parálisis Facial Periférica en el Hospital Aldo Chavarría, durante el período comprendido de Enero a Junio 2020. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/19393>
- Wang, Q., Wang, R., Wang, J., Sai, N., Fan, S., Sun, J., Zhao, Z., Huang, J., Shen, W., & Han, W. (2025). Outcome of different facial nerve managements in petrous bone cholesteatoma patients with facial paralysis. *Head & Face Medicine*, 21(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s13005-025-00520-x>

XVI. Anexos

Anexo I. Ficha de recolección de datos

Abordaje clínico y terapéutico de la parálisis facial periférica en pacientes atendidos en el hospital SERMESA Masaya durante el periodo del 2024 al 2025.

Ficha número: _____ Número de expediente: _____ Fecha de recolección: ____/____/____

I. Características sociodemográficas

Edad: _____ Grupo etario: • Menor de 18 años • 18 a 29 años • 30 a 39 años • 40 a 49 años • 50 a 59 años • Igual o mayor a 60 años Género: • Femenino • Masculino Procedencia: • Granada • Managua • Masaya • Otros _____	Estado civil: • Soltero • Casado • Viudo • Unión de hecho estable Ocupación: • Operario y personal de producción • Profesionales y técnicos • Jubilados • Personal administrativo y financiero • Otros _____	Escolaridad: • Primaria • Secundaria • Universidad • Otros Comorbilidades: • Hipertensión arterial (HTA) • Diabetes mellitus (DM) • HTA y DM • Neuropatía diabética • Ninguna • Otros _____
--	---	---

II. Características clínicas

Lateralidad: • Bilateral • Unilateral derecho • Unilateral izquierdo	Manifestaciones clínicas: • Hipotonía • Epifora • Dolor • Lagofthalmos • Ojo seco • Desviación de la comisura labial • Ausencia de surco • Otros _____	Etiología: • Idiopática • Viral • Traumática • Bacteriana • Otros _____ Secuelas • Alteraciones en la masticación
---	--	---

		● Persistencia de las manifestaciones ● Sincinesias ● Otros _____ ● Ninguno
--	--	--

III. Grado de severidad:

Escala de House-Brackmann: ● Grado I ● Grado II ● Grado III ● Grado IV ● Grado V ● Grado VI

IV. Manejo terapéutico

Terapias farmacológicas: ● Analgésicos + miorrelajantes ● Corticoides ● Núcleo CMP ● Neurotropas ● Otros _____	Terapias no farmacológicas: ● Tratamiento térmico ● Masoterapia ● Facilitación neuromuscular propioceptiva ● Electroterapia ● Higiene postural ● Ejercicios de la mímica facial ● Otros: _____
---	---

V. Respuesta al tratamiento :

Mejoría clínica ● Sí ● No
Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento ● Menos de 6 horas ● Entre 6 - 24 horas ● Más de 24 horas
Tiempo de mejoría ● Menor de 1 mes ● De 1 a 3 meses ● Mayor de 3 meses

Anexo II. Cuadros

Cuadro 1. Escala de House Brackmann

Escala de House Brackmann para secuelas de parálisis facial.		
Grado	Descripción	Características
I	Normal	Función normal en todas las áreas
II	Disfunción leve	Debilidad muscular notoria solo en la exploración
III	Disfunción moderada	Diferencia obvia, pero no desfigurante entre ambos lados de la cara
IV	Disfunción moderadamente severa	Asimetría desfigurante
V	Disfunción severa	Escaso movimiento perceptible
VI	Parálisis total	Sin movimiento

Fuente: Cáceres et al. (2018)

Anexo III. Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en estudio

Características sociodemográficas	F	%	Media	Mediana	DE
Edad			40.8	39	15.8
Menor de 18 años	3	3.8%			
18 a 29 años	17	21.8%			
30 a 39 años	20	25.6%			
40 a 49 años	16	20.5%			
50 a 59 años	11	14.1%			
Igual o mayor a 60 años	11	14.1%			
Sexo					
Femenino	39	50.0%			
Masculino	39	50.0%			
Procedencia					
Granada	3	3.8%			
Managua	7	9.0%			
Masaya	68	87.2%			
Ocupación					
Operarios y personal de producción	25	32.1%			
Profesionales y técnicos	11	14.1%			
Jubilados	9	11.5%			
Personal administrativo y financiero	5	6.4%			
Otros					
Transporte y seguridad	8	10.3%			
Comercio y ventas	5	6.4%			
Servicios generales y atención al público	4	5.1%			
Sector público y gestión	4	5.1%			
Agricultura	1	1.3%			
No aplica	3	3.8%			
SD	3	3.8%			
Escolaridad					
Primaria	15	19.2%			
Secundaria	35	44.9%			
Universidad	19	24.4%			
Otros					
No escolarizado	1	1.3%			
No aplica	2	2.6%			
SD	6	7.7%			
Estado civil					
Casado	30	38.5%			
Soltero	24	30.8%			
Unión de hecho estable	20	25.6%			
SD	4	5.1%			
Comorbilidades					
DM	9	11.5%			
HTA	16	20.5%			
HTA, DM	8	10.3%			
HTA, DM, Neuropatía diabética	1	1.3%			
Otros					
IVP	1	1.3%			
Trastorno ansioso	1	1.3%			
Ninguno	42	53.8%			

Fuente: Expediente clínico

Tabla 2. Características clínicas de la parálisis facial periférica

Características clínicas	F	%
Lateralidad		
Unilateral derecha	43	55.1%
Unilateral izquierdo	35	44.9%
Manifestaciones clínicas		
Desviación de la comisura labial	44	56.4%
Lagoftalmos	39	50.0%
Hipotonía	28	35.9%
Ausencia de surco nasogeniano	27	34.6%
Epífora	27	34.6%
Dolor	24	30.8%
Ojo seco	9	11.5%
Otros		
Signo de Bell	9	11.5%
Inmovilidad de la comisura bucal	4	5.1%
Leve presencia de surco nasogeniano	3	3.8%
Ampollas en pabellón auricular izquierdo	1	1.3%
Etiología		
Idiopática	75	96.2%
Bacteriana	1	1.3%
Traumático	1	1.3%
Viral (Síndrome Ramsay Hunt)	1	1.3%
Secuelas		
Alteraciones en la masticación	1	1.3%
Sincinesias en párpado derecho	1	1.3%
Persistencia de las manifestaciones	4	5.1%
Ninguno	72	92.3%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 3. Grado de severidad de la parálisis facial periférica de la población en estudio

Escala de House Brackmann	F	%
Grado I	4	5.1%
Grado II	23	29.5%
Grado III	29	37.2%
Grado IV	21	26.9%
SD	1	1.3%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 4. Abordaje terapéutico brindado a la población en estudio

Abordaje terapéutico	F	%
Terapia farmacológica		
Núcleo CMP	66	84.6%
Analgésicos + miorrelajantes	58	74.4%
Neurotropas	48	61.5%
Corticoides	6	7.7%
Otros		
Lágrimas artificiales	49	62.8%
Gabapentina	1	1.3%
Aciclovir	1	1.3%
Terapia no farmacológica		
Tratamiento térmico	68	87.2%
Electroterapia	67	85.9%
Masoterapia	63	80.8%
Higiene postural	63	80.8%
Ejercicios de la mímica facial	58	74.4%
FNP	58	74.4%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 5. Respuesta al tratamiento según el grado de severidad en la población en estudio

Respuesta al tratamiento	F	%
Mejoría clínica		
Si	76	97.4%
No	2	2.6%
Tiempo transcurrido síntomas - tratamiento		
Entre 6- 24 h	3	3.8%
Más de 24 h	75	96.2%
Tiempo de mejoría clínica		
Mayor a 3 meses	12	15.4%
1 a 3 meses	59	75.6%
Menor de 1 mes	7	9.0%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 6. Grupo etario, sexo según mejoría clínica

Grupos etarios	Mejoría clínica					
	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Menor de 18 años	3	3.9%	0	0.0%	3	3.8%
18 a 29 años	17	22.4%	0	0.0%	17	21.8%
30 a 39 años	20	26.3%	0	0.0%	20	25.6%
40 a 49 años	15	19.7%	1	50.0%	16	20.5%
50 a 59 años	11	14.5%	0	0.0%	11	14.1%
Igual o mayor a 60 años	10	13.2%	1	50.0%	11	14.1%
Sexo						
Femenino	38	50.0%	1	50.0%	39	50.0%
Masculino	38	50.0%	1	50.0%	39	50.0%

Fuente: Expediente clínico

Tabla 7. Terapia farmacológica, terapia no farmacológica según mejoría clínica.

Tratamiento farmacológico	Mejoría clínica					
	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Núcleo CMP	64	84.2%	2	100.0%	66	84.6%
Analgésicos+ miorrelajantes	56	73.7%	2	100.0%	58	74.4%
Neurotropas	46	60.5%	2	100.0%	48	61.5%
Corticoides	6	7.9%	0	0.0%	6	7.7%
Otros						
Lágrimas artificiales	48	63.2%	1	50.0%	49	62.8%
Gabapentina	1	1.3%	0	0.0%	1	1.3%
Aciclovir	1	1.3%	0	0.0%	1	1.3%
Tratamiento no farmacológico						
Tratamiento térmico	66	86.8%	2	100.0%	68	87.2%
Electroterapia	65	85.5%	2	100.0%	67	85.9%
Masoterapia	61	80.3%	2	100.0%	63	80.8%
Higiene postural	61	80.3%	2	100.0%	63	80.8%
Ejercicios de la mímica facial	56	73.7%	2	100.0%	58	74.4%
FNP	57	75.0%	1	50.0%	58	74.4%

Fuente: Expediente clínico

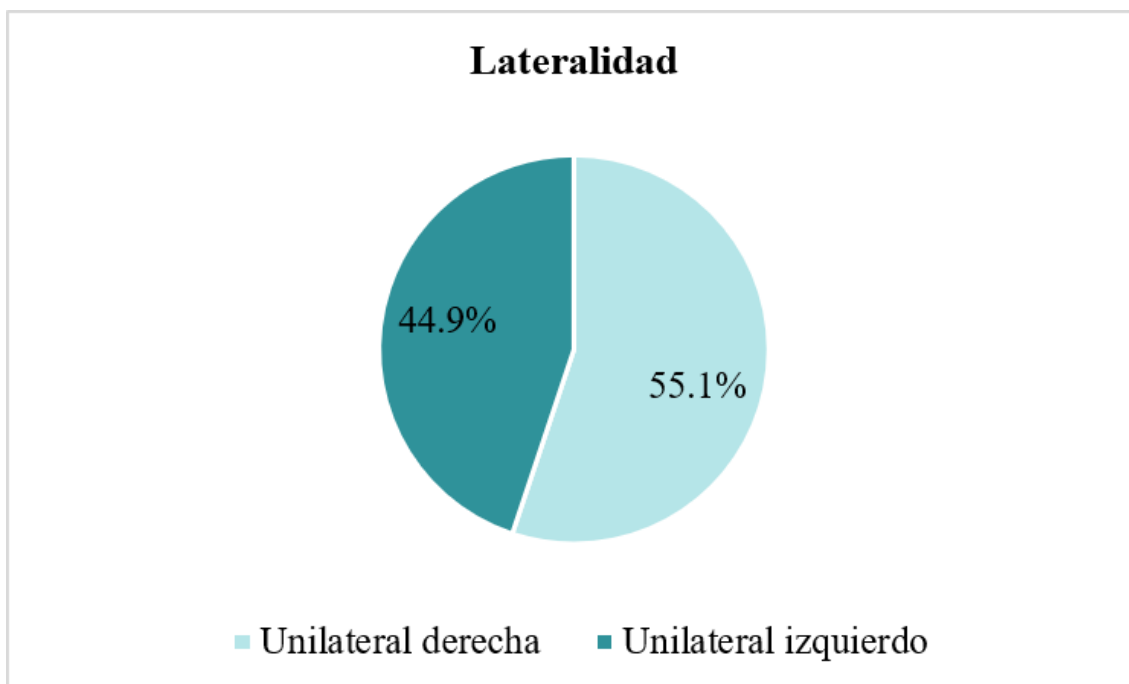
Tabla 8. Escala clínica de House Brackmann, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento según mejoría clínica.

Escala de HB	Mejoría clínica					
	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Grado I	4	5.3%	0	0.0%	4	5.1%
Grado II	23	30.3%	0	0.0%	23	29.5%
Grado III	29	38.2%	0	0.0%	29	37.2%
Grado IV	19	25.0%	2	100.0%	21	26.9%
SD	1	1.3%	0	0.0%	1	1.3%
Tiempo transcurrido síntomas - tratamiento						
Entre 6- 24 h	3	3.9%	0	0.0%	3	3.8%
Más de 24 h	73	96.1%	2	100.0%	75	96.2%

Fuente: Expediente clínico

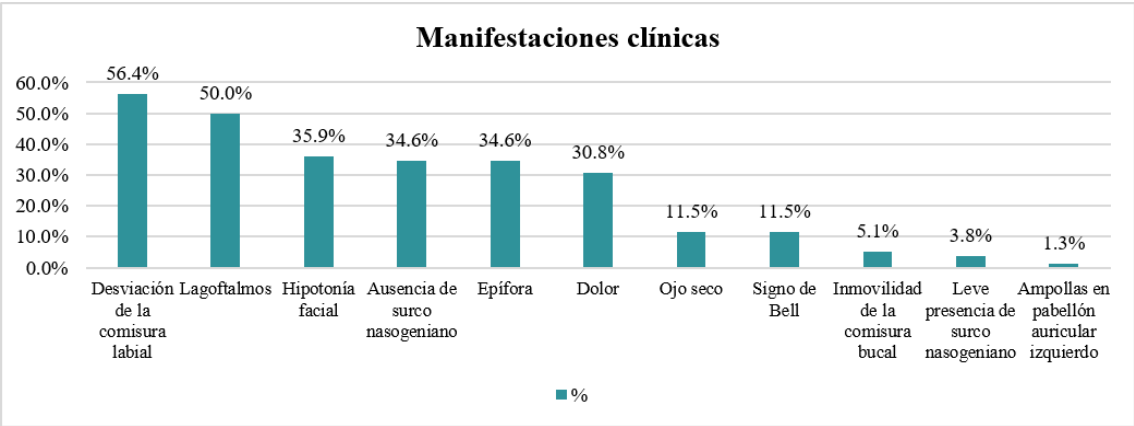
Anexo IV. Gráficos

Gráfico N°1 de lateralidad de la parálisis facial periférica que presentaron los pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.



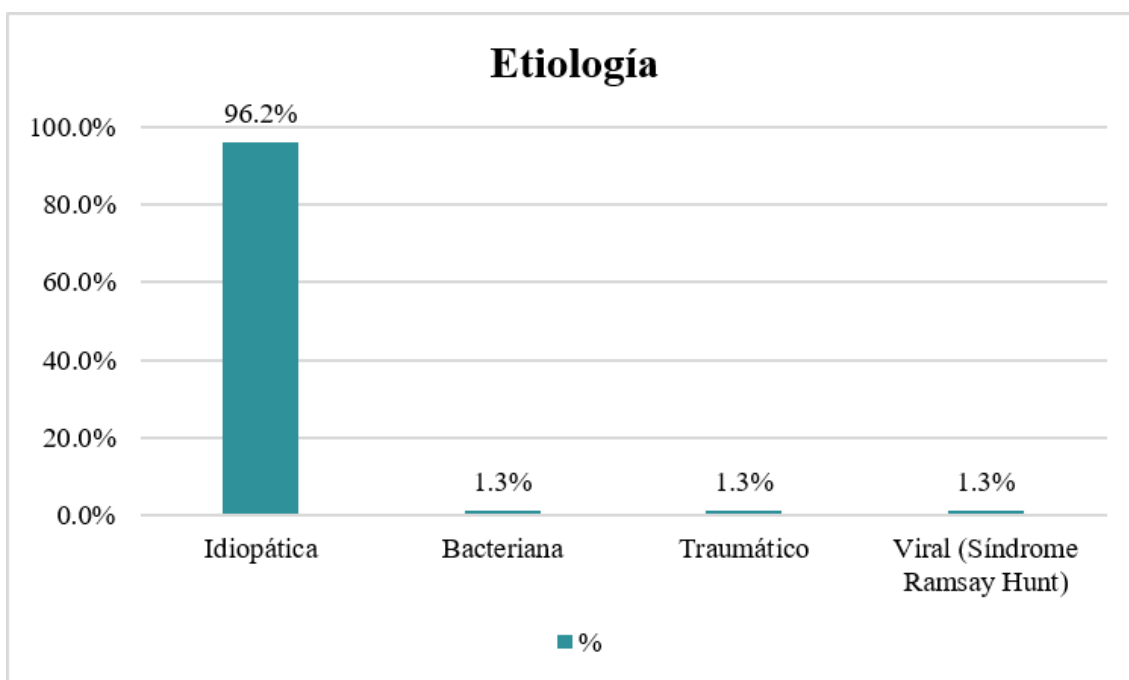
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°2 de manifestaciones clínicas de la parálisis facial periférica que presentaron los pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.



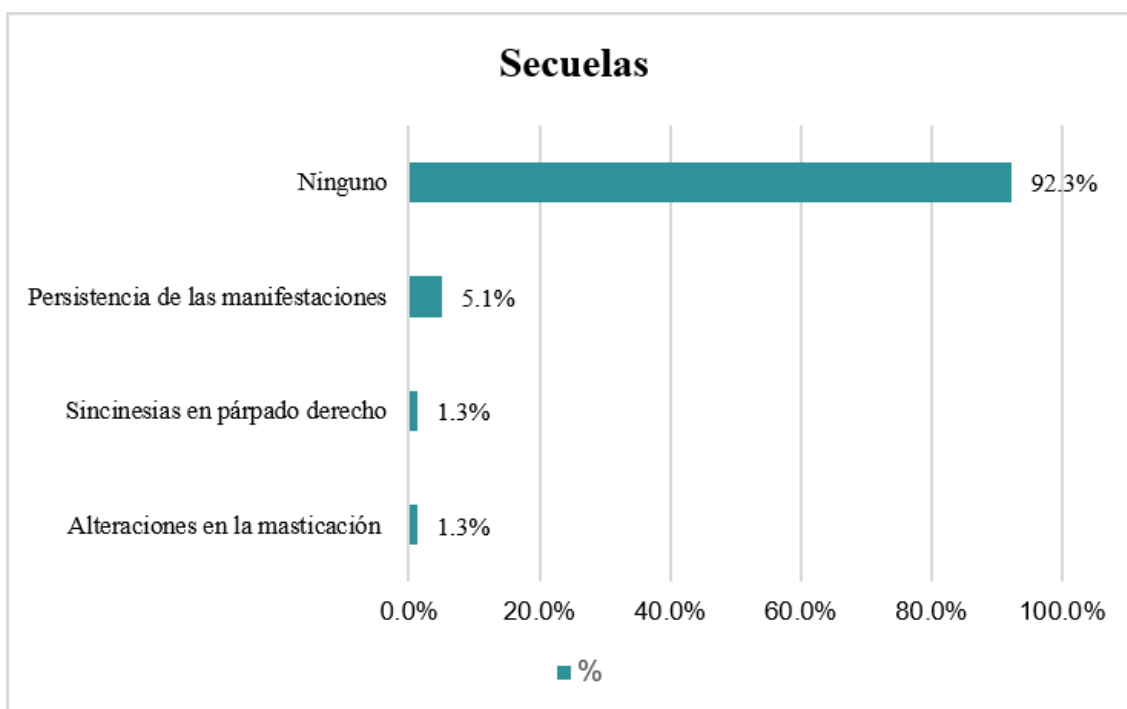
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°3 de etiología de la parálisis facial periférica que presentaron los pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.



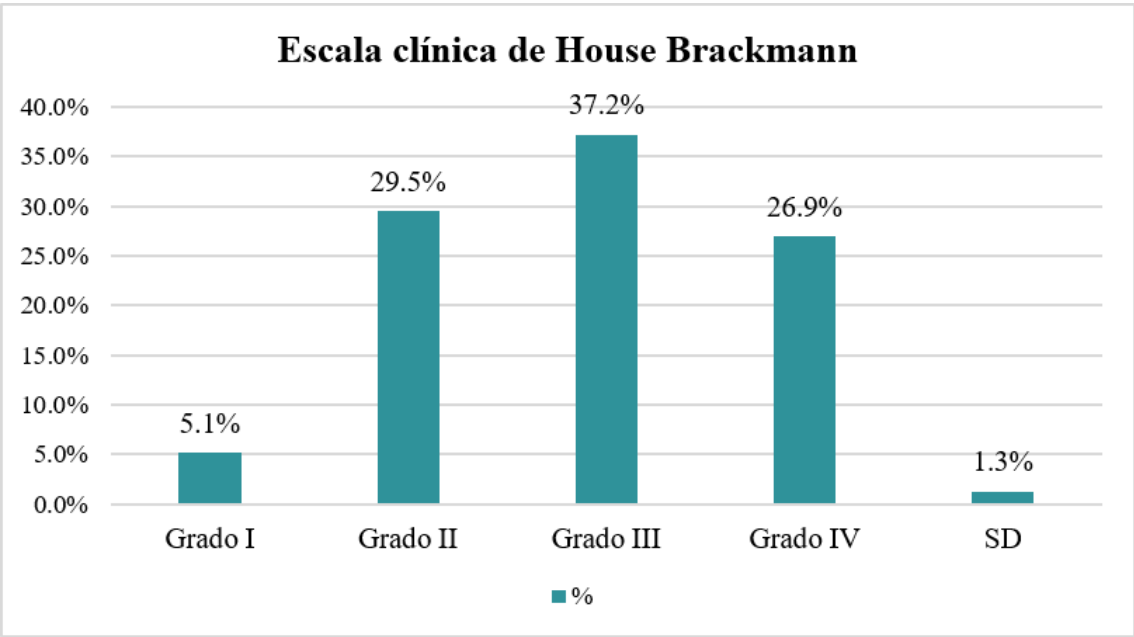
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°4 de secuelas de la parálisis facial periférica que presentaron los pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.



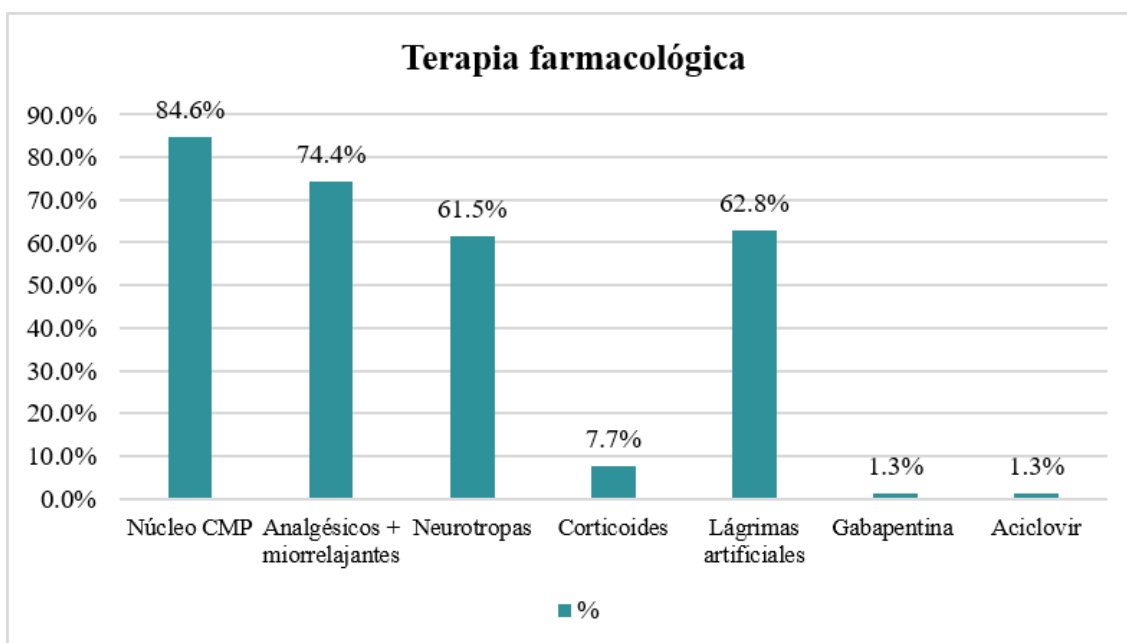
Fuente: Tabla N°2

Gráfico N°5 de escala clínica de House Brackmann que presentaron los pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.



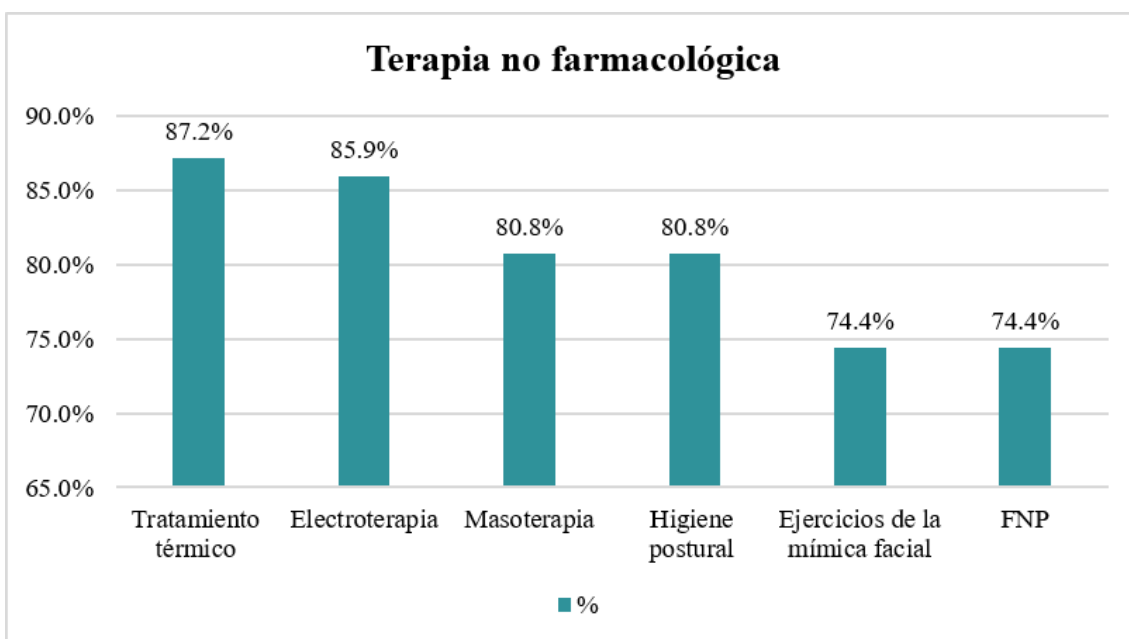
Fuente: Tabla N°3

Gráfico N°6 de terapia farmacológica recibida por los pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.



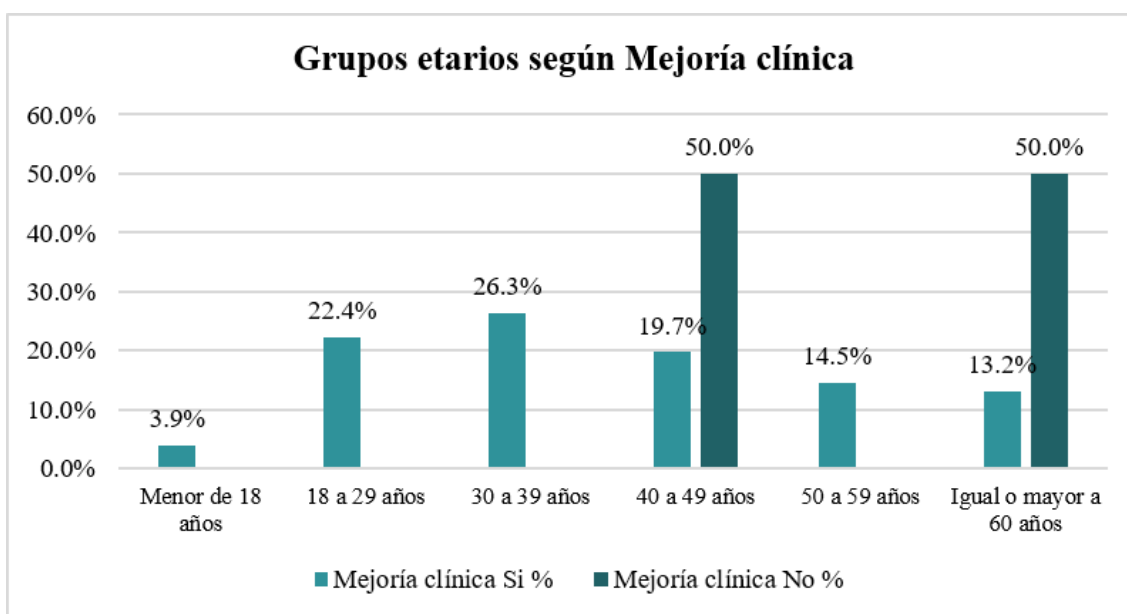
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°7 de terapia no farmacológica recibida por los pacientes atendidos en el Hospital SERMESA Masaya durante el período del 2024–2025.



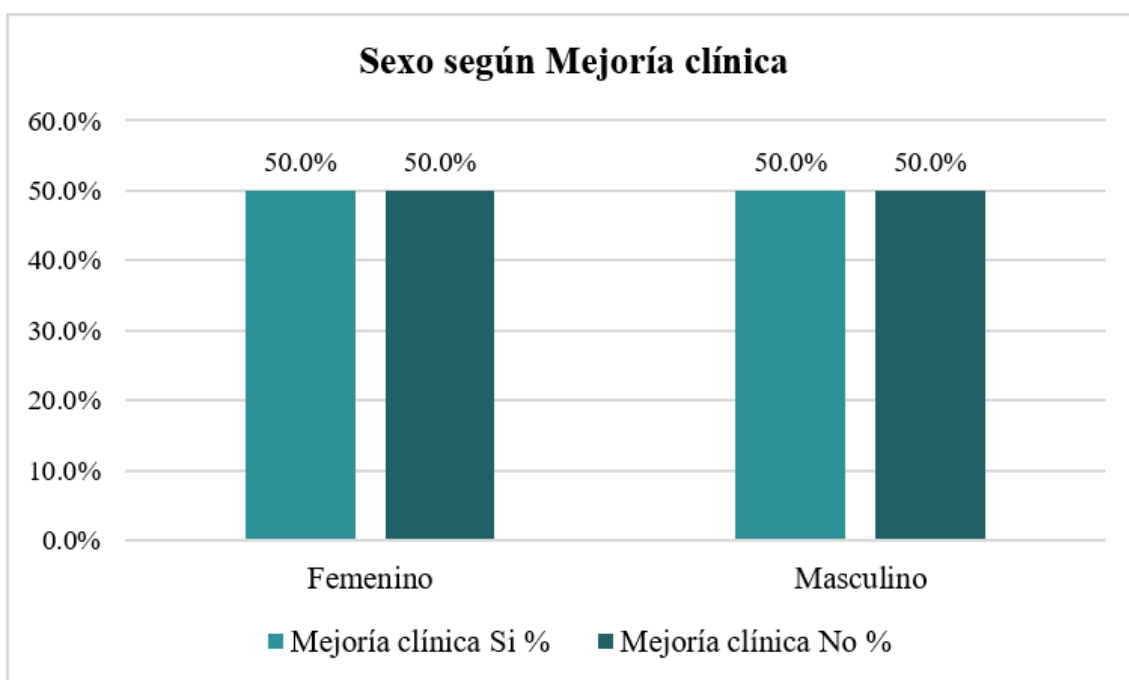
Fuente: Tabla N°4

Gráfico N°8 de grupo etario según Mejoría clínica



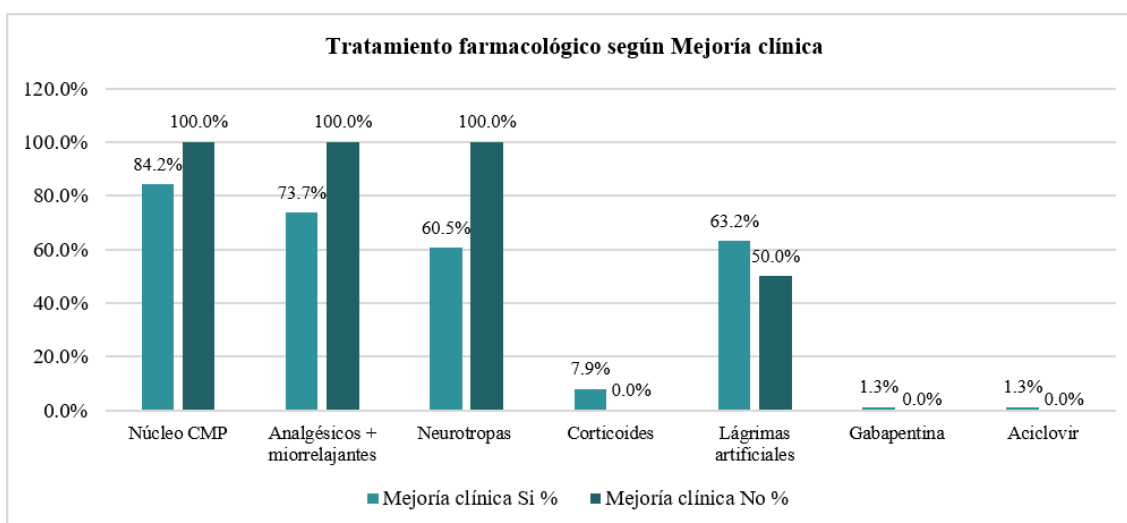
Fuente: Tabla N°6

Gráfico N°9 de sexo según mejoría clínica



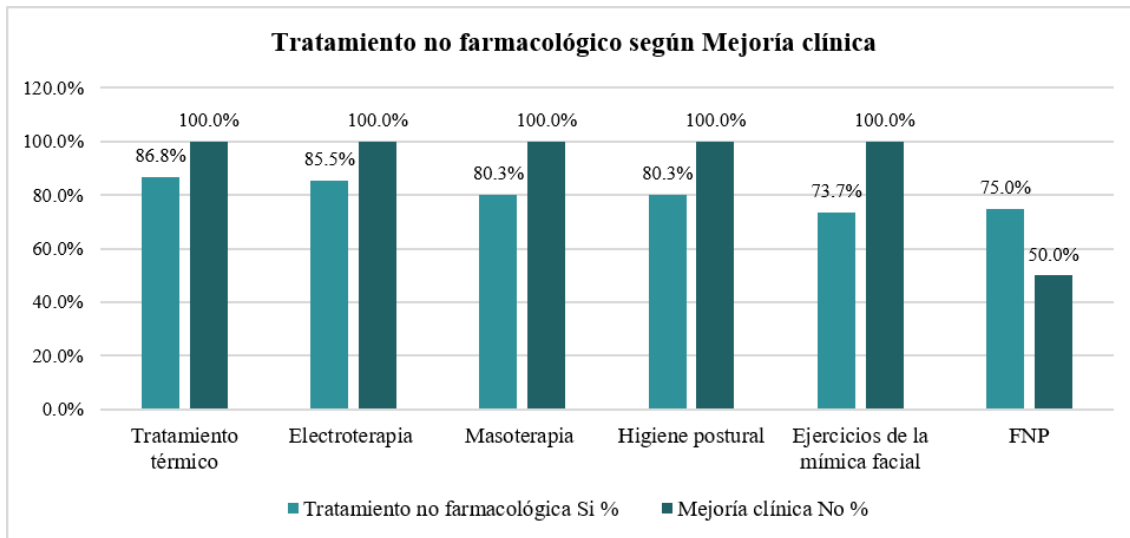
Fuente: Tabla N°6

Gráfico N°10 de terapia farmacológica según mejoría clínica



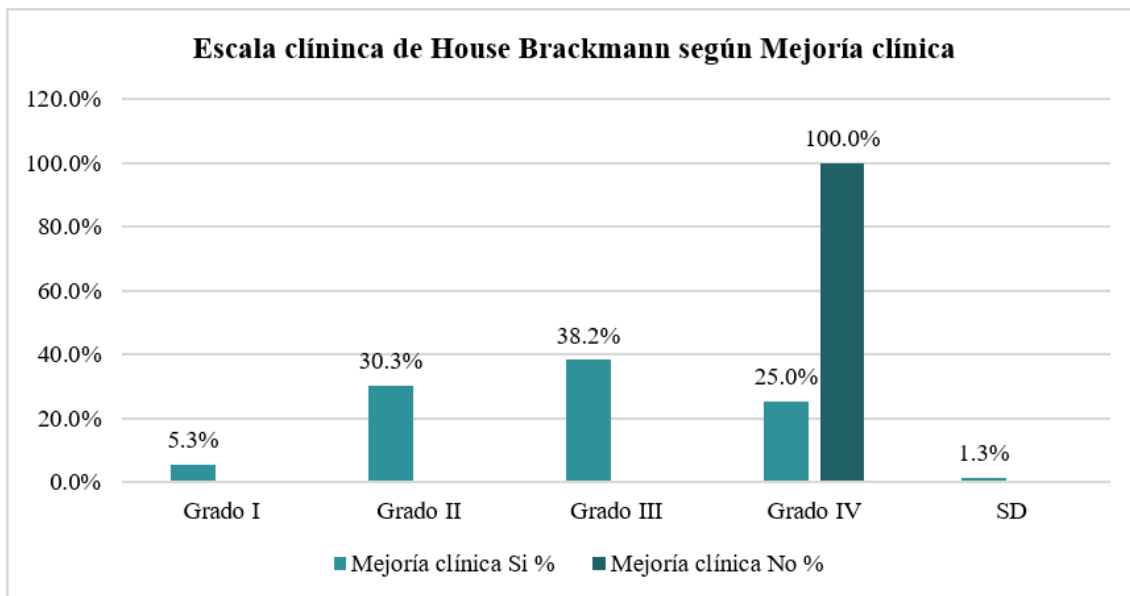
Fuente: Tabla N°7

Gráfico N°11 de terapia no farmacológica según mejoría clínica



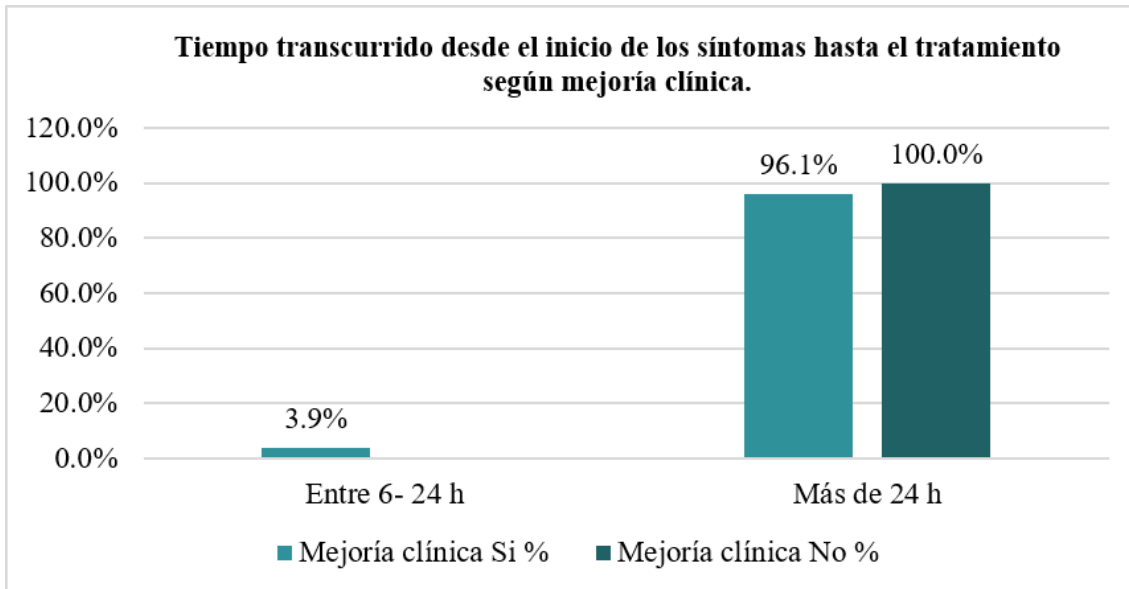
Fuente: Tabla N°7

Gráfico N°12 de escala clínica de house brackmann según mejoría clínica



Fuente: Tabla N°8

Gráfico N°13 de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento según mejoría clínica



Fuente: Tabla N°8