

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA ESPECIALIDAD
TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**



**Prevalencia de parálisis facial en pacientes que acudieron al
Hospital Privado del Norte, durante el periodo enero a marzo del
2017**

**Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en
Tecnología Médica con especialidad en Terapia Física y Rehabilitación**

Autor:

Anastacio Yovera Maria Olga

Asesor:

LIC.TM Valladares Macalupu Jessenia

Piura - Perú

2019

Palabras clave:

Parálisis Facial; Nervio Facial

Líneas de Investigación:

Salud Pública

**Prevalencia de parálisis facial en pacientes que acudieron al
Hospital Privado del Norte, durante el periodo enero a marzo del
2017**

RESUMEN

La pérdida del desarrollo facial provoca una pérdida fragmentaria o suprema de los músculos encargados de la sonrisa y la copia, lo que provoca una breve insuficiencia, un elemento comparativo que ofrece un bajo nivel de acción en la vida cotidiana y en el lugar de trabajo.

El objetivo de este examen es decidir la omnipresencia de la pérdida facial de movimiento en los pacientes de 18 a 83 años que acudieron al Hospital Privado del Norte en la ciudad de Piura. Se completó una revisión a considerar, con una estructura de corte transversal no exploratoria, y de grado ilustrativo, con una metodología cuantitativa. Para obtener los resultados correctos, se realizó una revisión y un examen de cada registro clínico de pacientes en el área de recuperación que depende de la actividad de enero a marzo de 2017.

. Los resultados demuestran un predominio del 9% de pérdida de movimiento facial en conexión a condiciones alternas, involucrando el cuarto lugar de las heridas más continuas que se tratan en el Centro. El número absoluto de casos de esta patología fue de 186 pacientes. De las cuales 118 eran mujeres, lo que equivale al 63% y 68 a los hombres, que corresponde al 37%. Por último, se propone armar una estructura de control y control para pacientes con pérdida de desarrollo facial para aplicar el tratamiento adecuado según la dimensión de la gravedad y el período de desarrollo de la inquietud. Igualmente servirá para finalizar los exámenes extra del habitual de esta patología.

Palabras clave: PARALISIS FACIAL; PREDOMINIO; NERVIO FACIAL; DESABILITADO TEMPORALMENTE; AFECCIONES.

ABSTRACT

The loss of facial development causes a fragmentary or supreme loss of the muscles responsible for the smile and the copy, which causes a brief insufficiency, a comparative element that offers a low level of action in everyday life and in the workplace.

The objective of this test is to decide the omnipresence of the facial loss of movement in patients aged 18 to 83 who attended the Hospital Privado del Norte in the city of Piura. A review was completed to consider, with a non-exploratory cross-sectional structure, and an illustrative degree, with a quantitative methodology. To obtain the correct results, a review and examination of each clinical record of patients in the recovery area was carried out. It depends on the activity from January to March 2017.

. The results show a predominance of 9% of loss of facial movement in connection with alternating conditions, involving the fourth place of the most continuous wounds treated in the Center. The absolute number of cases of this pathology was 186 patients. Of which 118 were women, which is equivalent to 63% and 68 to men, which corresponds to 37%. Finally, it is proposed to set up a control and control structure for patients with loss of facial development to apply the appropriate treatment according to the severity dimension and the period of development of the restlessness. It will also serve to complete the extra tests of the habitual of this pathology.

**Watchwords: FACIAL PARALYSIS; PREVALENCE; FACIAL NERVE;
TEMPORARY DISABILITY; AFFECTIONS.**

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG.
INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Formulación del Problema	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo General	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
4. MARCO TEORICO	8
4.1. Marco Referencial.....	8
4.2. Marco Teórico.....	11
4.2.1. Parálisis facial concepto.....	11
4.2.2. Epidemiología parálisis facial.....	11
4.2.3. Etiología parálisis facial.....	11
4.2.4. Función del nervio facial	12
4.2.5. Manifestaciones clínicas parálisis facial.....	12
4.2.6. Parálisis facial central.....	12
4.2.7. Parálisis facial periférica	13
4.2.8. Diagnóstico parálisis facial.....	13
4.2.8.1. Alteración sensitiva y sensorial	13
4.2.8.2. Disfunciones parasimpáticas y secretoras	14
4.2.8.3. Exploración física	14
4.2.9. Evaluación de la parálisis fácil periférica	14
4.2.9.1. Historia clínica funcional.....	14
4.2.10. Complicaciones y secuelas	15

4.2.11. Tratamiento fisioterapéutico.....	15
4.2.12. Electroterapia definición.....	16
4.2.12.1. Indicaciones.....	16
4.2.12.2. Contraindicaciones.....	16
4.2.12.3. Precauciones generales.....	16
4.2.13. Termoterapia.....	17
4.2.14. Masaje facial.....	18
4.2.15. Reeducción facial.....	18
4.2.16. Láser terapéutico definición.....	19
4.2.16.1. Indicaciones.....	19
4.2.16.2. Contraindicaciones.....	19
4.2.16.3 Precauciones generales.....	20
4.3. Marco Legal.....	21
4.3.1. Código del trabajo.....	22
5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	23
6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	24
6.1 Operacionalización de las Variables.....	24
7. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
7.1 Justificación de la Elección del Diseño.....	25
7.2 Población.....	26
7.3 Criterios de inclusión.....	26
7.4 Técnicas e Instrumentos en la Recolección de Datos.....	27
7.4.1 Técnicas.....	27
7.4.2 Instrumentos.....	28
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	29
9. CONCLUSIONES.....	35
10. RECOMENDACIONES.....	37

11.1. Matriz de Seguimiento y Control.....	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

La pérdida facial de movimiento es una lesión en la dimensión del nervio craneal VII o, además, se llama nervio facial. Ocurre con mayor frecuencia en contraste con la diferente pérdida de movimiento en los otros nervios craneales, influyendo de esta manera en un lado de la cara y, a veces, tiende a ser recíproco, sin embargo, sus aspectos clínicos dependerán de su caracterización. , el más incesante es la pérdida de movimiento o la parálisis de Bell. En esta patología existen factores de riesgo inequívocos, por ejemplo, causas virales, bacterianas, horrendas, energéticas, climáticas e idiopáticas, el paciente que se presenta a estas afecciones en general perseverará a través de la enfermedad, causando diferentes heridas en el componente de los músculos faciales que incluye diversas secuelas, como aquellas que, si no se tratan a tiempo con un tratamiento satisfactorio, se mantendrán amplias a pesar del hecho de que el paciente sigue estas líneas, confinándolas de diferentes maneras. La inspiración impulsó por qué esta investigación piensa acerca de la comparabilidad, la descripción y el examen de esta patología, por lo que se seleccionó para pensar en cada uno de los pacientes que fueron al Hospital Privado del Norte de Piura.

En este examen, se creó una base de datos con la motivación de caracterizar a los pacientes con esta patología, haciendo uso de la información más básica, por ejemplo, su historial de recuperación número, nombres, apellidos, sexo, edad, fecha de insistencia, permiso, lado Calidez , droga, valoración del fisiatra entre otros. En este sentido, se logra una biblioteca actualizada y adecuadamente accesible para las personas que requieren tales referencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFIC, 2009) afirma: "La pérdida de movimiento facial es la deficiencia o pérdida de movimiento de la musculatura inervada por el nervio facial (nervio craneal VII) debido a lesiones del nervio craneal VII en cualquier lugar su camino desde el núcleo del punto de partida hasta las estructuras que inerva "(p.1). Esta patología ocurre a pesar del paciente y puede ser unilateral o recíproca y está causada por diversas variables, entre las que se incluyen: la infección por herpes simple, lesión de nacimiento, tumores cerebrales, accidentes cerebrovasculares.

Lagarde y Améri (2012) informan que la pérdida facial de movimiento puede tener una fuente focal o marginal. Los de punto de inicio focal son administrados por una llaga supranuclear, desde la corteza del motor hasta el tallo del cerebro (el paquete corticonuclear completo). Los flecos se deben a una lesión del núcleo protuberante de la VII o del propio tronco ansioso en cualquier punto distal con respecto a los núcleos del motor del tronco encefálico (borde cerebelopontino, cráneo, parótida). La longitud del nervio facial aclara la gran cantidad de causas concebibles. (p.1)

La frecuencia anual de esta patología es de 20 a 30 pacientes por cada uno.

100,000. No tiene una tendencia de orientación sexual o racial, sea como sea, el riesgo es varias veces mayor en mujeres embarazadas en el primer trimestre (Cruz, 2015).

En el Perú, la pérdida facial de movimiento en la actualidad, como lo indica la información objetiva, demuestra que lo común es de 14 a 25 casos por cada 100,000 individuos en un año. Esta enfermedad es cada vez más básica en mujeres de 20 a 60 años y en hombres de más de 40 años, y ocurre más en mujeres de edad adulta en una proporción de 2 a varias veces más que los hombres de edad similar.

Además, en la mujer embarazada 3.3 veces más que la que no está embarazada. (Molina y Ortiz, 2016, p.2)

A pesar de la forma en que la pérdida de movimiento facial es una de las principales razones para una reunión neurológica. El trabajo de titulación actual trata de decidir qué tan común es la pérdida de movimiento facial mostrada en pacientes que acuden al Hospital Privado del Norte, en el territorio de rehabilitación y recuperación activa, para darse cuenta de qué cantidad de personas lo soportaron. En el período comprendido entre enero y marzo de 2017, se examinó sobre sexo, edad, artificialidad, precursores individuales, cuáles fueron las reglas de administración fisioterapéutica y la temporada de desarrollo.

1.1 Formulación del Problema

¿Cuál es la prevalencia de parálisis facial en pacientes del Hospital Privado del Norte de la ciudad de Piura en el periodo de enero a marzo del 2017?

1. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de la parálisis facial en pacientes que acudieron al Hospital Privado del Norte de la ciudad de Piura de enero a marzo del 2017.

2.2 Objetivos Específicos

- Recopile datos de los registros terapéuticos de los pacientes para elegir distintos tipos de pérdida de movimiento facial.
- Caracterizar los tipos de parálisis facial, para determinar la frecuencia según el tipo de paciente en cuanto a su sexo, edad, lado afecto, causas aparentes, las pautas de manejo fisioterapéutico y el grado de afección según escala de House Brackmann.
- Desarrollar una cuadrícula de observación y control para pacientes con pérdida de Movimiento facial.

2. JUSTIFICACIÓN

El objetivo fundamental de esta prueba es elegir qué tan regular es la pérdida del desarrollo facial. En el Hospital Privado del Norte de la ciudad de Piura, en el período comprendido entre enero y marzo de 2017, 186 pacientes con pérdida de desarrollo facial en algún lugar entre los 18 y 83 años visitaron esta patología y afectaron la disposición de los individuos que experimentar los impactos negativos de la misma, puede causar piedad mental y desorden presupuestario debido a un trabajo insuficiente; Cuando todo está establecido, los pacientes no tienen idea de las causas o segmentos del peligro, lo que hace que el paciente busque un tratamiento tardío para su afección. Lo que causa una patología estable en este sentido, la entrada al trabajo será diferida.

"En Perú, la pérdida facial de movimiento en la actualidad según la información medible muestra que el predominio es de 14 a 25 casos por cada 100,000 individuos en un año" (Molina y Ortiz, 2016, pág. 2). Por lo tanto, una investigación de la información se termina con los datos enlistados en los registros del Hospital Privado del Norte.

Esta investigación proporciona nueva información sobre el predominio de la pérdida facial del desarrollo y su procedimiento con las causas. Se considera básico realizar este examen con la premisa de que no hay datos cuantificables actualizados que muestren la ubicuidad de la patología, pensando en cada punto de vista interno.

La información se recopiló a partir de los útiles registros de los pacientes, considerando los rasgos que vacilan en cada uno de ellos, por ejemplo, edad, sexo, lado de la compañía, historia singular, fisioterapia, pautas de carga, evaluación del tamaño de la Casa Brackmann, afirmada. Drogas y tiempo. De los avances en esta línea, se seleccionan los diversos tipos de pérdida facial de desarrollo y, a través de esta información, se descubrió una base de datos.

3. MARCO TEORICO

4.1. Marco Referencial

En un examen dirigido por Stanley et al. (2016) en el Hospital Maiduguri, Nigeria, titulado: Revisión de la pérdida de movimiento del nervio facial. Esta investigación exploró los transportes sociodemográficos, los tipos y las razones normales de la parálisis del nervio facial y los casos aludidos a la fisioterapia entre enero de 2003 y diciembre de 2012 en una instalación de curación terciaria en Maiduguri, Nigeria. A través de una investigación de revisión de la pérdida de movimiento del nervio facial en el Hospital Terciario. Se seleccionaron y exploraron los organizadores de pacientes que tenían la pérdida del movimiento de los nervios faciales y supervisaban el centro de curación utilizando el procedimiento de examen intencional. Los datos tolerantes se separaron de los organizadores y se utilizaron ideas expresivas para delinear la información recopilada. Se adquirió un total de 48 sobres de pacientes con pérdida de movimiento del nervio facial desde enero de 2003 hasta diciembre de 2012. El rango de edad y la edad normal de los pacientes fue de 3-65 años y 31.02 ± 12.3 años, individualmente. La acumulación de edad de 23-32 años fue la parte dominante (37.5%) y los hombres fueron más en número (64.6%) que las mujeres. La pérdida de movimiento del nervio neuronal del nervio facial (56.2%) prevaleció sobre el tipo de neurona del motor superior. Veinte (41.7%) casos fueron aludidos para fisioterapia. Se concluyó que a pesar del hecho de que la pérdida de movimiento del nervio facial de esta investigación no es básica en esta subregión, la cruzada de la atención plena es importante para edificar a la población general acerca de esta patología. (p.100)

Otra exploración realizada por Hohman y Hadlock (2014), titulada Etiología, determinación y tratamiento de la pérdida de movimiento facial: 2000 pacientes en un centro operacional facial. Esta investigación fue responsable de evaluar la extensión y la frecuencia de las etiologías de la pérdida facial de movimiento en los casos que ocurren en un enfoque terciario del nervio facial y auditar el rango expansivo y evolutivo de las metodologías analíticas y los ejecutivos de la enfermedad. El plan de la investigación fue una auditoría de la tabla de revisión. Los registros de pacientes aludidos.

Debido a una deficiencia facial en algún lugar del rango de 2003 y 2013, se evaluaron para los casos de pérdida de movimiento facial. Se evitaron casos de rotura muscular y ajuste hemifacial esencial. El resto se diseccionó por edad, sexo y determinación. Se verificaron los procedimientos indicativos y de tratamiento. Hubo 1,989 registros que cumplieron con los criterios de consideración. La parálisis del carillón representó el 38% de los casos, las resecciones del neuroma acústico al 10%, el crecimiento maligno al 7%, las heridas iatrogénicas al 7%, la varicela zoster al 7%, las lesiones favorables al 5%, la pérdida intrínseca del movimiento al 5%, la enfermedad de Lyme al 4% y otras causas 17 %. El 61% de los pacientes eran mujeres. El período medio de introducción fue de 44,5 años (\pm 18,6 años). Los hallazgos fueron descubiertos principalmente por la historia, aunque también contribuyeron exámenes físicos secuenciales, radiografías y análisis de sangre. Los procedimientos de los ejecutivos incluyeron la percepción, el tratamiento no intrusivo, el tratamiento farmacológico, la quimiodenervación, la investigación del nervio facial, la descompresión, la corrección y el alcance completo de las mediaciones cuidadosas estáticas y dinámicas. Debido al examen, se resolvió que la parálisis de Bell sigue siendo la pérdida de movimiento facial más conocida; Las damas son presentadas tanto más tiempo para la evaluación. Se requiere investigación diagnóstica completa en casos atípicos, y los administradores de larga data deben ser multidisciplinarios. Las estimaciones que aparecen aquí se refieren a la metodología de centro único para el paciente con pérdida de desarrollo facial, que proporciona una estructura en la que los especialistas que atienden a estos pacientes pueden adaptarse a su condición específica.

Un examen dirigido por Gkampeta et al. (2014) titulado, las causas y los medicamentos de 47 jóvenes con pérdida de movimiento del nervio facial experimentados en dos oficinas de medicamentos en el norte de Grecia. El objetivo principal es analizar y analizar la etiología, los funcionarios y los impactos auxiliares de la pérdida del desarrollo facial en los jóvenes, a través de una encuesta realizada a 47 pacientes del norte de Grecia menores de 15 años que habían perdido el desarrollo del nervio facial. En algún lugar en el rango de 2000 y 2011. Terminamos un total de 47 pacientes (25 mujeres, 22 hombres)

Edad normal de 9 años. Las razones para la pérdida facial de movimiento fueron irresistibles (22 pacientes, 46,8%), parálisis de Bell (18 pacientes, 38,3%), lesión (4

pacientes, 8,5%), innatos (2 pacientes, 4,3%) u otros (1 tranquilo). El 50% izquierdo de la cara estaba ocupado con el 55,3% de los casos. La pérdida de desarrollo facial fue, lógicamente, en edades comprendidas entre 6 y 10 años, con un poder del 42,6%. Entre estas edades, las causas más progresivas fueron la parálisis de Bell (45%) y las causas convincentes (45%). Último: en este examen, el propósito más implacable detrás de la pérdida facial del desarrollo fue la poderosa enfermedad buscada por la parálisis de Bell. En la parálisis de Bell no hubo un refinamiento básico en la tasa de recuperación entre reuniones con o sin tratamiento con prednisolona.

En el Perú hay datos raros sobre investigaciones fácticas de pérdida de movimiento facial. El presente examen busca evaluar el predominio de esta condición y los diferentes factores de entusiasmo de esta patología en pacientes que acudieron al Hospital Privado del Norte de Piura.

4.2. Marco Teórico

4.2.1. Parálisis facial concepto

La pérdida de movimiento facial es una condición que ocurre cuando hay daño en la dimensión del motor y vías tangibles del nervio facial que causan una modificación en la dimensión de los músculos que están situados en la cara, introduciendo signos, por ejemplo, sialorrea, ptosis palpebral, cambio de la sensación de gusto, entre otros, que produce una disminución en la contractibilidad de los músculos de la cara (Prats, 2015, p.12).

4.2.2. El estudio de la transmisión de enfermedades faciales de pérdida de movimiento.

Un examen completado en "México" por Avendaño (2015) descubrió que la tasa entre las personas es equivalente, con introducción bimodal a las edades de 29 años y de 50 a 59 años. La dama de la edad conceptual está influenciada de dos a varias veces más que el hombre de una edad similar, y en mujeres embarazadas 3.3 veces más (p.2).

4.2.3. Etiología facial pérdida de movimiento

Las razones de la pérdida facial de movimiento son dos, adquiridas e innatas, entre las que se encuentran: idiopática, horrible, tumoral, irresistible, letal, iatrogénica, neurológica, vascular y metabólica. En cualquier caso, la mayor parte del tiempo, la pérdida de movimiento facial ocurre debido a una fuente idiopática, debido a una maravilla conocida como frigori, que resulta en una pérdida de movimiento facial marginal o de otro modo se llama parálisis de Ringer. Clínicamente, esta condición se prueba según lo indicado por la cantidad de nervios faciales incluidos, la razón del daño y el tiempo transcurrido desde la fundación de la confusión (Benítez, 2016, p.23).

4.2.2. Función del nervio facial

4.2.2. Capacidad del nervio facial.

El nervio facial es un nervio con raíces mezcladas que se encarga de inervar la parte delicada y motora de los músculos que se encuentran en la cara y, en consecuencia, desempeña las actividades de estos músculos. A pesar de que su parte tangible también inerva los órganos linguales, por lo tanto, cuando se influye en este nervio, es posible que además ofrezca la sensación de gusto (Chompa, 2013, p. 7).

4.2.3. Signos clínicos de pérdida facial de movimiento.

Existen diversas indicaciones clínicas en la pérdida de movimiento facial, que incluyen:

- Asimetría de la cara.
- Incapacidad para arrugar la sien y levantar la frente del lado afectado.
- Aplanamiento del surco naogeniano.
- Desviación y plomada de la comisura labial o punto de la boca, unidas por nivelación de la superposición nasolabial.
- Apertura permanente de los párpados con impotencia ante el impedimento palpebral.
- Eversión del párpado inferior debido a la pérdida de movimiento del músculo de Horner, haciendo que se desgarre la mejilla (epífora).
- Desviación de los labios cuando se solicita al paciente que sople. Este signo se produce por la pérdida de movimiento del músculo buccinador, inervado por la parte bucal del facial (indicación de fumador de pipa).

Sequedad visual debido a la pérdida de parpadeo, lo que abre la córnea a lesiones y enfermedades de menor escala (Rivera, 2012, p. 42).

4.2.4. Pérdida facial de movimiento focal

La pérdida de movimiento facial es causada por la inclusión de la neurona del motor superior y con frecuencia se une con hemiplejía en un lado similar de la lesión. Ajustando los desarrollos voluntarios de la parte inferior de la cara y los músculos frontales y orbiculares de los párpados permanecen utilitarios. De manera similar, los desarrollos faciales de los sentimientos son generalmente ordinarios (Rodríguez, 2011, p.149).

4.2.3. Franja facial de pérdida de movimiento

Se ve como una úlcera neuronal del motor inferior, posteriormente se presenta como hipotonía, pérdida de trofismo sólido en la masa de los músculos de la apariencia o el mimetismo facial, que están específicamente asociados con diversos movimientos o apariencias externas (Rivera, 2012, pág. 42).

Produce ajustes tangibles, táctiles y del motor, según lo indicado por las cualidades que presentará como pérdida de movimiento agregada o incompleta (paresis), en todo el hemicírculo está influenciado. Hay una disminución en la capacidad de los reflejos de la córnea y el impedimento de los párpados. Como lo indican sus signos, están delegados: Pérdida de movimiento facial súbita, intensa y subaguda (Cruz, 2015, pp.34-35).

4.2.4. Análisis facial de pérdida de movimiento.

En este momento de la necesidad de analizar una pérdida de movimiento facial, uno debe tener la capacidad de separarse entre una pérdida de movimiento marginal o una pérdida de movimiento focal, y la mejor manera de hacerlo es clínicamente, la distinción entre el PFC se basa en el terreno. que influye en la mitad inferior del globo de la cara solo, mientras que la PFP influye en todo el lado del ecuador de la cara influenciada (Álvarez, 2015, p.250).

4.2.8.1. Ajuste tangible y táctil

En 2013, Cáceres expresó que los más sucesivos son: otalgia, hipo / hiperacusia o trastorno vertiginoso debido a una llaga situada en el centro, el oído interno, el canal interno relacionado

con el sonido o el borde pontocerebeloso; Naturaleza inflexible, muerte o parestesias; disgeusia (sabor metálico); hiposmia; Discusión algiacusia; Alteraciones parasimpáticas (p.14).

4.2.8.1. Disfunciones parasimpáticas y secretoras.

"Puede haber enrojecimiento, hinchazón, temperatura elevada del lado afectado, disminución, abrogación o hipersecreción de lágrimas o hiperproducción de salivación" (Cáceres, 2013, p.14).

4.2.8.2. Investigación física

La evaluación física correcta se debe realizar con el paciente antes que el especialista de Voyager, y comprende fundamentalmente el reconocimiento de los desarrollos gestuales y expresivos, lo que hace que parezca diferente en relación con el lado sólido de la cara. Además, a lo largo de estas líneas se distingue el lado influenciado del ecuador y el nivel de daño. El paciente debe realizar desarrollos, por ejemplo, girando hacia arriba arrugando la sien y levantando las cejas, cerrando o levantando los párpados, mueva las estructuras de la oreja todo lo que se pueda esperar, levante el ala nasal, sonría, sople, muestre los dientes, abra y cierre la boca, baje el labio inferior y fije la musculatura cervical (Prats, 2015, p.25).

4.2.9. Evaluación de la pérdida de movimiento de flecos simple

En el Centro clínico ambulatorio de Tarqui North Day Hospital, los pacientes con pérdida de movimiento facial se evalúan mediante las pruebas que se acompañan:

- Escala de la casa-Brackmann.

- Prueba muscular

4.2.9.1. Historia clínica útil

4.2.10. La Historia Clínica es un informe de increíble estima médica, administrativa, legítima y escolar; Su organización apropiada y la junta contribuyen directamente a la expansión en la naturaleza de la consideración del paciente, al

igual que la racionalización de la administración del bienestar, la defensa de los intereses legítimos del paciente, la fuerza laboral del bienestar y la fundación, además de proporcionar datos para la investigación. y mostrando propósitos (Giusio, 2014, p.3).

4.2.11. Complicaciones y secuelas

Si bien la mayoría de los PFP avanzan decididamente y se recuperan rápidamente, algunos dejan secuelas que generan una serie de inconvenientes. Toda la recuperación, al igual que la presencia de secuelas, cambiará de algunos factores, por ejemplo, la causa del daño, la fuerza de la aprehensiva artificialidad, el tratamiento que se realiza y el factor individual de cada paciente. Las complejidades más incesantes después de una recuperación fragmentada de una PFP son:

- Pérdida muscular de desarrollo.
- Avances masivos.
- Contracturas musculares
- Siquinosis o avances relacionados.
- Modificación hemifacial.
- Cuestión de hiperlacrimación gustativa (lágrimas de cocodrilo), apariencias visuales en la pérdida del desarrollo facial.
- La afectación de la vida cotidiana funciona, por ejemplo, comiendo y bebiendo líquidos.

Asimismo, charla (Cáceres, 2013, p.17).

4.2.11. Tratamiento de fisioterapia

El tratamiento fisioterapéutico para pacientes que experimentan pérdida de desarrollo facial se puede conceder, de todos modos hay reglas entre las que se hace referencia:

- Electroterapia
- Termoterapia
- masaje facial
- Reeducción facial.

- Tratamiento láser

4.2.12. Significado de la electroterapia

La electroterapia se describe mediante el examen de los empleos curativos de intensidad; En su referencia de aserción, el SAR se describe como el tratamiento de enfermedades explícitas a través del poder. Comienza en griego electro (poder) y tratamiento (fix). Además, es la parte del medicamento que utiliza la contribución de la corriente eléctrica a través de parte o la mayoría del animal con fines de recuperación (Bernal, 2012, página 252).

4.2.12.1. Señales

Su utilización se muestra en situaciones en las que se desea provocar la retirada y las indicaciones musculares, obviamente, tiene resultados valiosos en lugares que no están vascularizados y en deterioro muscular e hipotonía; hace un efecto para disminuir el tormento en neuritis y neuralgias, mialgias, heridas y heridas sólidas y heridas articulares (Bernal, 2012, página 254).

4.2.12.2. Contraindicaciones

Está contraindicado en pacientes con marcapasos, suplementos de metal, propósitos centrales de contacto y en mujeres embarazadas o con aparatos intrauterinos (Bernal, 2012, p.254).

4.2.12.3. Valores generales

Considere la protección que acompaña a la aplicación:

- Las corrientes no deberían ser perturbadoras. Puede lograr la calidad soportable más extraordinaria en el punto de encanto más lejano.
- Después de un tiempo en particular, en caso de que sea ventajoso, el poder debería extenderse más allá de lo que muchos considerarían posible, tal como apareció.

- Considere la impedancia o impedimento de la piel (alta para la corriente galvánica, baje la variable y suplante las corrientes). La impedancia o resistencia de la piel disminuye con una repetición conspicua progresiva de la corriente.
- Tenga en cuenta el estado del enlace de control de engranajes. En el caso de identificar un daño en la inclusión de este, impartirlo a las administraciones especializadas y mantenerse alejado de la utilización del equipo hasta la disposición del problema.
- Nunca jale el eslabón del engranaje para desmontarlo. Manténgase alejado de la utilización de expansiones para asociar el hardware (Bernal, 2008, pp. 255-256).
- Es fundamental tomar nota de la estimación del agua en los cojines, lo que mejora la conducción del flujo y evita los impactos no deseados; sin embargo, cuando se asientan legítimamente los ánodos, se pueden compactar más allá de lo que se desea, por lo que es siempre prudente verificar su nivel de humedad y, en eventos específicos, agregar agua adicional al cojín, después de instalar el cátodo.
- Elija la extensión de los ánodos de acuerdo con la zona tratada por la regla adjunta: el territorio de las terminales es tan vital, pero tan expansivo como se pueda esperar razonablemente. Un terminal extenso hace que el tratamiento sea duradero para los pacientes.
- Si se utilizan cátodos de cemento, el ánodo debe estar muy unido al exterior de la piel. Se requieren cátodos que se adhieran sin problemas a toda su superficie (Martín, 2008, págs. 270 - 271).

4.2.13. Termoterapia

Según lo indicado por los estados de Prats (2015), la utilización del calor del vecindario pretende ayudar a reactivar el curso de la sangre para mantener la vascularización y los intercambios celulares sujetos a la aprehensión del diluvio y representar los músculos faciales. Además, se utiliza en la recuperación de la hipertensión, ya que avanza el desenrollamiento muscular. La termoterapia de superficie cercana puede ser utilizada antes de las actividades y frotaciones de espalda. El calor se puede conectar con cojines calientes, paquetes húmedos o infrarrojos, durante un tiempo de 10 minutos en el territorio afectado (página 38).

4.2.13. Masaje facial en la espalda

Los frotaciones faciales en la espalda han demostrado ser excepcionalmente convincentes para mejorar la simetría, la solidez y la versatilidad de los músculos faciales, y también pueden considerarse una técnica para mantener las secuelas de la misma. El roce de la espalda apoya el curso del vecindario, expandiendo la digestión celular. El incremento de temperatura cercano de la musculatura de la cara será útil mientras se realiza la constricción. El roce de espalda influye en el paciente para que se relaje y se concentre en las actividades (p. 39).

Tipos de masaje facial en la espalda

- Frote externo en la espalda: conectado a la vista de edema facial post-horrible o tetanizaciones de los músculos faciales en etapas de recuperación.
- Frote intrabucal: permite desenrollar los músculos profundos (buccinador, estiramiento de labios, caninos, músculos triangulares).
- Masaje con felicitaciones de los dedos.
- Masaje con peso redondo.
- Effleurage frote: tipo de roce de espalda que incluye desarrollos redondos como el tacto, hecho con la palma de la mano (página 40).

4.2.14. Instrucción facial revisada

La instrucción facial revisada es un ejercicio restaurativo que hace avanzar la ejecución de desarrollos faciales simétricos. Sus objetivos son fomentar la acción muscular en los ejemplos prácticos de desarrollo y apariencias externas y sofocar la acción muscular extraña que interfiere con la capacidad facial. Los medicamentos se cambian de acuerdo con los signos y los efectos secundarios de la rotura neuromuscular explícita de cada paciente. Los medicamentos contrastan particularmente cuando hay un problema de calidad fuerte, espasticidad o sincinesia. Los músculos faciales tienen una capacidad limitada para dar

entrada, ya que tienen un par de receptores inherentes que pueden proporcionar datos propioceptivos al sistema sensorial focal. La instrucción neuromuscular revisada, ayudada por el espejo o por el electromiograma (EMG), se relaciona con los resultados preferidos sobre el tratamiento convencional (reiteraciones de aspectos externos básicos, frotamiento de espalda delicado y electroterapia), ya que el paciente tiene la oportunidad de criticar el desarrollo facial (Prats , 2015, p.41).

4.2.13. Definición de restauración con láser

Canales (2007) afirma: "La palabra láser es una abreviatura hecha de las iniciales de las palabras en inglés: Amplificación de luz por emisión estimulada de radiación, que implica luz aumentada por la descarga vigorizada de una radiación" (p.45).

A partir de los encuentros realizados a mediados de los años setenta, se comenzó a ver que la iluminación con láser de bajo nivel de vitalidad, sin crear un impacto cálido, podría tener una actividad vigorizante en ciertos procedimientos naturales, por ejemplo, recuperación o objetivos de edema y agravación. Esta metodología de tratamiento «atérmico» comprende un tratamiento de baja potencia o baja intensidad, de extraordinario entusiasmo por la medicación física (Martínez, Pastor y Sendra, 1998, página 259).

4.2.13.1. Señales

"El tratamiento con láser se demuestra en lesiones abiertas (cortes, consumos), úlceras de peso, úlceras diabéticas, dolor articular y osteoartritis, trastorno miofascial y en algún tormento interminable e intenso" (Bernal, 2012, p.282).

4.2.13.2. Contraindicaciones

Su aplicación inmediata a la retina está contraindicada, podría provocar deficiencia visual. Además, no se sugiere en formas neoplásicas o preneoplásicas, en casos de epilepsia, en mujeres embarazadas y en pacientes con un marcapasos (García y Martínez, 2006, págs. 36 a 37).

4.2.16.3 Medidas generales de seguridad

Entre las medidas generales de seguridad se encuentran:

- No extienda el eje sobre el ojo o sus alrededores, tanto para el paciente como para el administrador.
- Evite las superficies inteligentes, por ejemplo, espejos o superficies con brillo metálico.
- Utilice puntos focales excepcionales para este tipo de radiación.
- Que el divisor no tiene azulejos y que están pintados en tonos mate.
- Evite la utilización de ungüentos o grasas en la piel antes del tratamiento, para evitar reflejos y lograr una mejor asimilación.
- Conocer los alcances y proporciones de seguridad del engranaje.
- En los embarazos no hubo riesgo de que el láser influyera en la cría, sin embargo, debido a la posibilidad de que existiera algún problema, podría atribuirse al láser (p.41).

4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Existe una alta prevalencia de parálisis facial en el grupo femenino con relación al grupo masculino del total de la población que acudió al Hospital Privado del Norte durante el primer trimestre del 2017.

5. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

En la determinación de las variables del presente estudio se tomará en cuenta:

- **Variables de estudio:** parálisis facial, sexo, edad, hemisferio afectado y grado de afectación y causas aparentes.

6.1 Operacionalización de las Variables

VARIABLES	INDICADORES	INTRUMENTO/MEDICIÓN
Parálisis facial	Tipos	Historia clínica (motivo de consulta)
Sexo	F/M	Historia clínica (anamnesis)
Edad	Rango: 18 -83 años	Historia clínica (anamnesis)
Hemisferio afectado	Izquierdo-derecho	Historia clínica (examen físico)
Grado de afectación	Normal, disfunción leve, disfunción moderada, disfunción moderadamente severa, disfunción severa, parálisis total	Historia clínica (motivo de consulta)
Causas aparentes	Bacteriana, emocional, frígori, idiopática, traumática, viral	Historia clínica (examen físico)

6. METODOLOGIA DE LA

INVESTIGACIÓN 7.1 Justificación de la elección de diseño.

El examen contemplado tiene una metodología cuantitativa, ya que utiliza la recopilación de datos de los registros de medicamentos. Según los métodos para estos datos, el objetivo es probar la especulación propuesta y, de esta manera, decidir la cantidad de pacientes con pérdida de movimiento facial que acudieron al Hospital del Norte de Piura en medio del primer trimestre de 2017. El investigador (2014) afirma que la metodología cuantitativa utiliza la recopilación de información para probar especulaciones que dependen de la estimación numérica y el examen medible, a fin de construir estándares de conducta personal e hipótesis de prueba (p.4).

El alcance del examen de la presente investigación es comprometerse con cada uno de los factores que se desglosan, al igual que los datos y la información obtenida de los registros clínicos de los pacientes que acudieron al hospital. Según el investigador. (2014) se da cuenta de que el grado ilustrativo solo intenta cuantificar o reunir datos de forma exclusiva o conjunta sobre las ideas o los factores a los que se representan y su objetivo no es demostrar cómo están conectados (p.92).

El examen es una revisión a la luz del hecho de que se produjo debido a los datos recopilados en función de las realidades observadas oficialmente, adquiriendo la información de los registros clínicos de los pacientes tratados. La revisión piensa en utilizar datos auténticos para regresar en el tiempo, mirando las ocasiones que han ocurrido de antemano (Ato, López y Benavente, 2013 p.1047).

La configuración de exploración fue de naturaleza transversal no experimental ya que ninguno de los factores de la investigación fue controlado o expuesto a las pruebas; solo la información se recopiló en un minuto a través de la percepción de los registros clínicos y la base de datos. A fin de examinar la similitud de la pérdida de movimiento facial en la población fue en el medio de restauración. Liu y Tucker (como se menciona en Hernández, et al, 2012) aluden que se basa en valores o en una sección transversal, ya que reúnen información en un minuto solitario, en un tiempo solitario, su motivación es retratar factores y desglosar su información.

ocurrencia e interrelación en un minuto dado (p.154). Del mismo modo, Hernández et al. (2014) señalan que una configuración que no es de prueba es una investigación que se crea sin la administración intencionada de factores y en la cual se descomponen solo las maravillas de su hábitat común (p.152).

7.1 Población

En el Hospital Privado del Norte de Piura hay dos días de consideración, en medio de un día normal de

40 pacientes, es decir, varios meses aproximadamente 750 pacientes son evaluados para ir al interior, generalmente adultos, por lo que los niños son aludidos a diferentes establecimientos. En el trimestre principal de 2017, una suma de 2251 pacientes fueron al interior, de los cuales se analizó la historia clínica de 186 pacientes con pérdida de movimiento facial. Arias (2012) señala:

La población, o en términos progresivamente exactos, es una disposición limitada o interminable de componentes con cualidades básicas para las cuales los acabados del examen serán amplios. Esto está restringido por el problema y por los objetivos de la investigación. (p.81)

7.2 Criterios de inclusión

- Todos los pacientes que fueron tratados en la región de restauración física del Hospital Privado del Norte de enero a marzo de 2017.

7.1 Técnicas e instrumentos en la recolección de datos.

7.4.1 Técnicas

Percepción organizada: en el presente trabajo de investigación, se ha creado una base de datos que tiene puntos de vista vitales para la mejora del examen. Arias (2012) afirma que el uno, aparte de realizarse en correspondencia con algunos destinos, utiliza una guía recientemente estructurada, en la que se determinan los componentes que se observarán "(p.70).

Arreglo narrativo: en el Hospital Privado del Norte de Piura hay informes compuestos que certifican los datos de cada paciente, en cualquier caso, las cuentas clínicas son igualmente esenciales en el marco de PC trabajado por cada licenciario. A través de los registros restaurativos, se obtienen los datos requeridos, en esta línea se cumplirán los objetivos establecidos en este estudio de examen. Ortiz Uribe (2016) alude: "El sistema de exploración cuyo motivo de existencia es obtener información y datos de registros compuestos y no escritos, que podrían utilizarse. La administración metódica de esta estrategia es la que informa los mejores resultados" (p.140).

Examen narrativo: se recopiló información de los registros restaurativos de cada paciente, en este sentido se expuso la base de datos, de modo que, en el caso de solicitar cualquier antecesor del paciente, se pudiera obtener de manera efectiva. "La investigación narrativa es una actividad académica que ofrece ascender a un subproducto o archivo opcional que se presenta como una persona intermedia o un instrumento de búsqueda obligatoria entre el primer informe y el cliente que solicita datos" (Castillo, 2005 p.1).

7.4.1 Instrumentos

"La historia clínica es uno de los tipos de alistamiento de la demostración terapéutica, cuyos cuatro atributos fundamentales están asociados con su mejora y son: habilidad pulida, ejecución regular, objetivo y legalidad" (Guzmán y Arias, 2012, p.15).

Base de datos: permitirá organizar y caracterizar todos los datos obtenidos en las crónicas clínicas, en este sentido, será concebible acceder con una viabilidad más notable a los predecesores de cada paciente. Access (según se menciona en Gómez, 2013) afirma que se

trata de una disposición integral de información organizada, confiable y homogénea, organizada de forma autónoma de su utilización y su ejecución en la máquina, abierta de forma continua, compartida por clientes simultáneos que tienen necesidades de datos únicas y no es de extrañar en el tiempo (p.5).

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1. Distribución Porcentual de Datos Obtenidos Según Tipo de Lesiones Osteomusculares más Frecuentes.

Figura 1: Tipos de lesiones osteomusculares más frecuentes

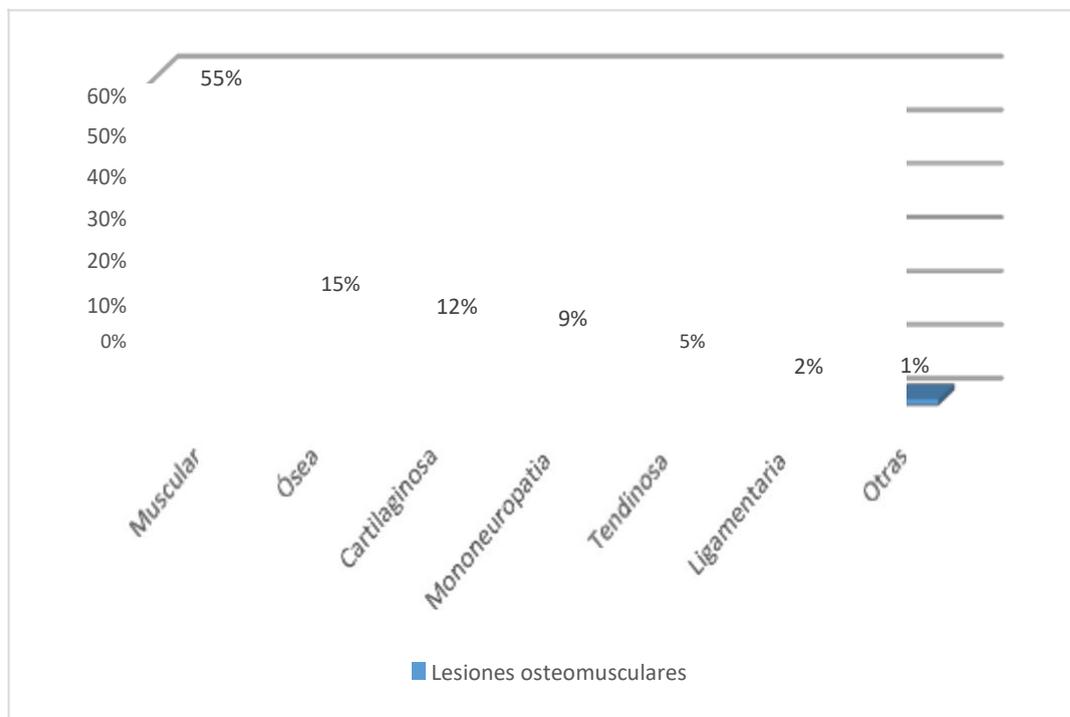


Figura 1. Análisis e interpretación: Las lesiones con mayor prevalencia en el Hospital fueron las musculares, representando el 55% entre las que encontramos con más frecuencia la cervicalgia y la lumbalgia. La mononeuropatía evidencia un total del 9%, los pacientes de este grupo presentaron parálisis facial. Las lesiones con menor prevalencia fueron las siguientes: tendinosas con un 5%, con la tendinitis rotuliana como mayor afección.

8.2. Distribución Porcentual Según Edad y Sexo.

Figura 2: Prevalencia de parálisis facial por edad y sexo.

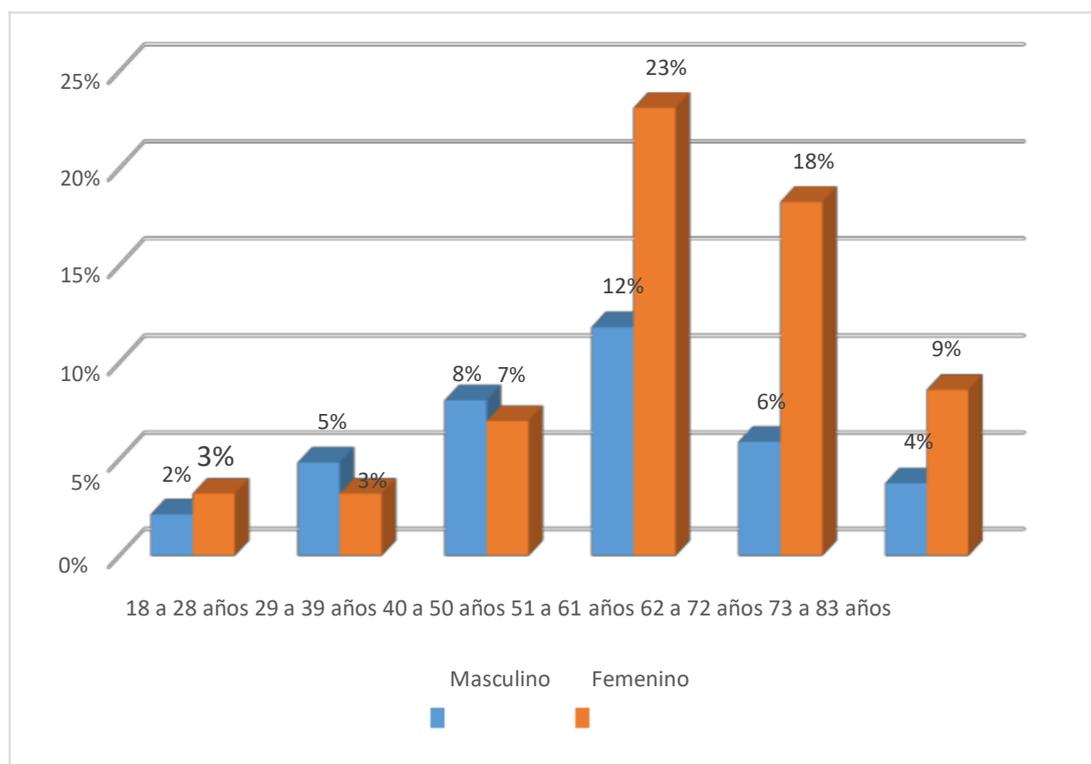


Figura 2. Análisis e interpretación: Se observa que hay mayor prevalencia de la patología en el género femenino con 63%, mientras que en el masculino hubo 37%. La parálisis facial se presentó con mayor frecuencia entre los 51 a 61 años con el 35% de la población, seguido con el 24% en las edades de 62 a 72 años, no obstante, el grupo de 73 a 83 años tiene el 13%. Las edades comprendidas entre los 18 a 28 y los 29 a 39 años reflejan la menor incidencia, con un 5% y 8% respectivamente.

8.3. Distribución Porcentual Según Causas Frecuentes

Figura 3: Prevalencia de parálisis facial según causas frecuentes.

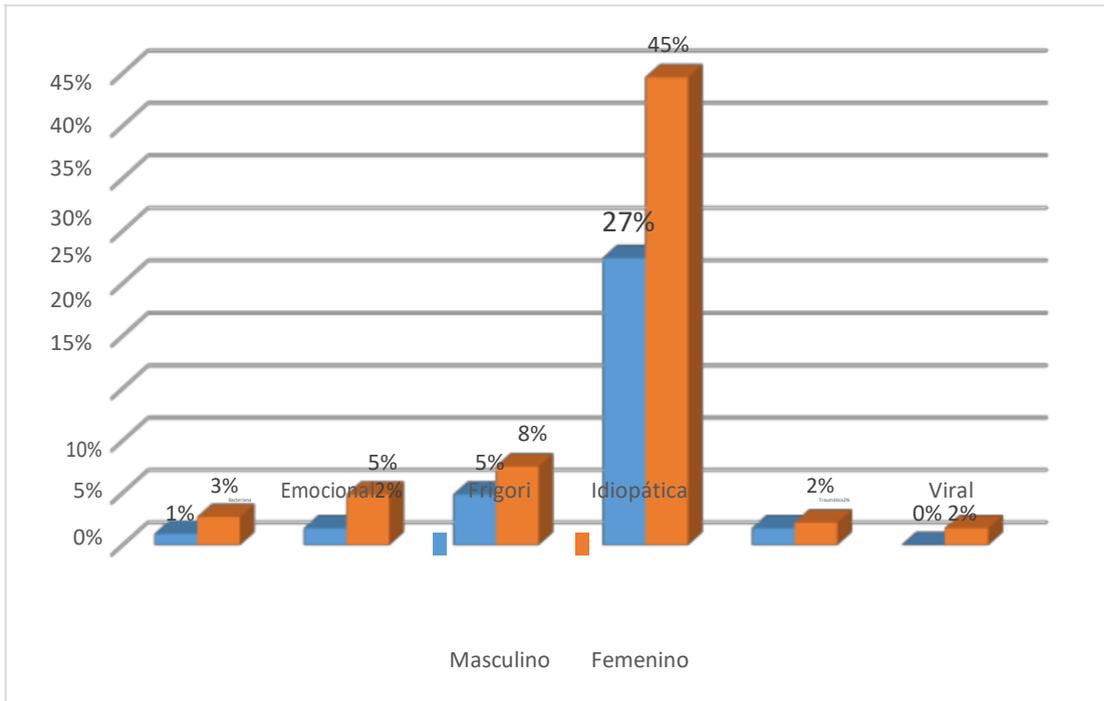


Figura 3. Análisis e interpretación: Se observa que la causa con mayor frecuencia de parálisis facial es la idiopática con 134 casos, lo que representa un total de 72%, seguido de a frígida con un 13%. Las causas con menor frecuencia registrada son las bacterianas con un 4%, traumática con 4% y virales con un 2%.

8.4. Distribución Porcentual Según Escala de House Brackmann

Figura 4: Prevalencia de parálisis facial según la escala de House Brackmann.

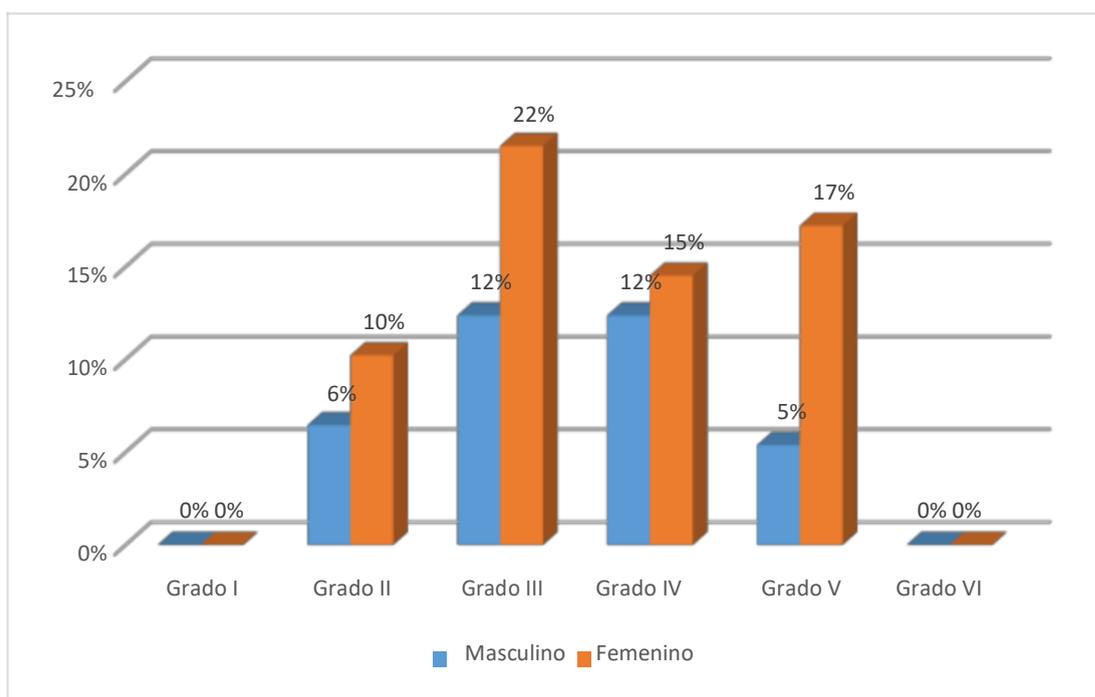


Figura 4. Análisis e interpretación: La escala de House Brackmann es la escala con la que se mide la funcionalidad de la musculatura facial. No se registró ningún caso en grado I ni en grado VI, sin embargo en grado II se presentó un total del 16%. Mientras que en grado III se registró el 34%. En grado IV se presentó el 27%. Finalmente en grado V se presentó un total de 22%.

8.5. Distribución Porcentual Según el Lado Afectado.

Figura 5: Prevalencia de parálisis facial según el lado afectado

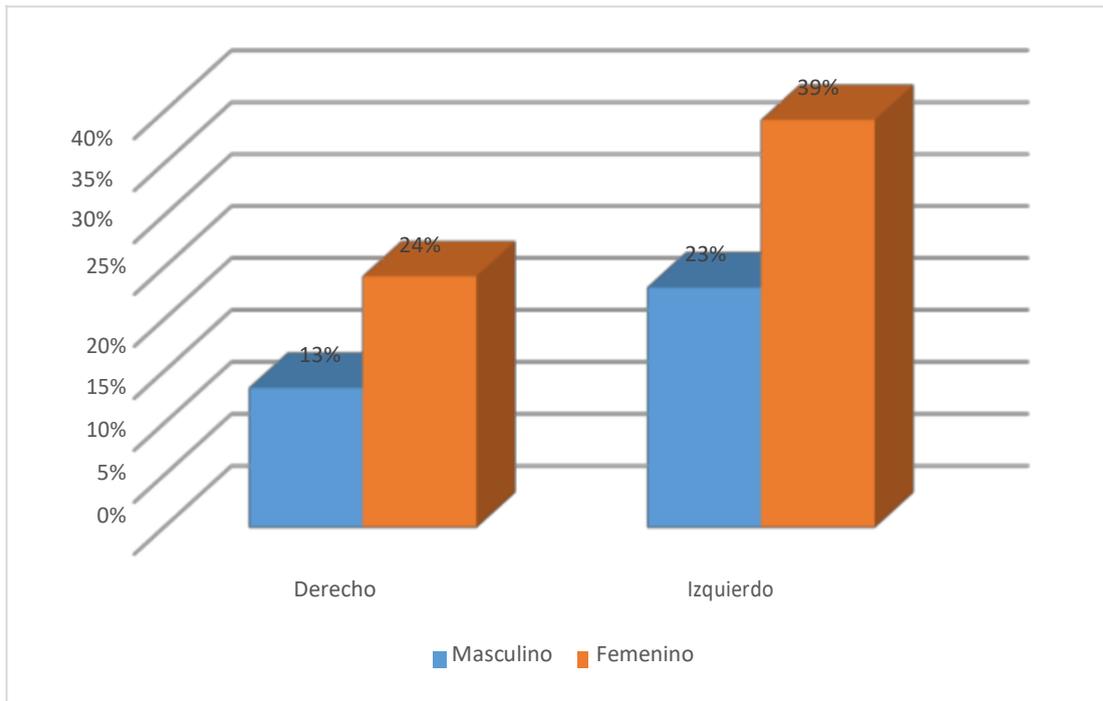


Figura 5. Análisis e interpretación: El lado de la cara que se afectó con mayor frecuencia fue el lado izquierdo, con el 62% del total de la población. Mientras que el lado derecho representó el 38% del total, siendo el grupo femenino en el que presentó mayor con frecuencia en comparación con el grupo masculino.

8.6. Distribución Porcentual Según los Fármacos Prescritos

Figura 6: Prevalencia de parálisis facial según los fármacos prescritos

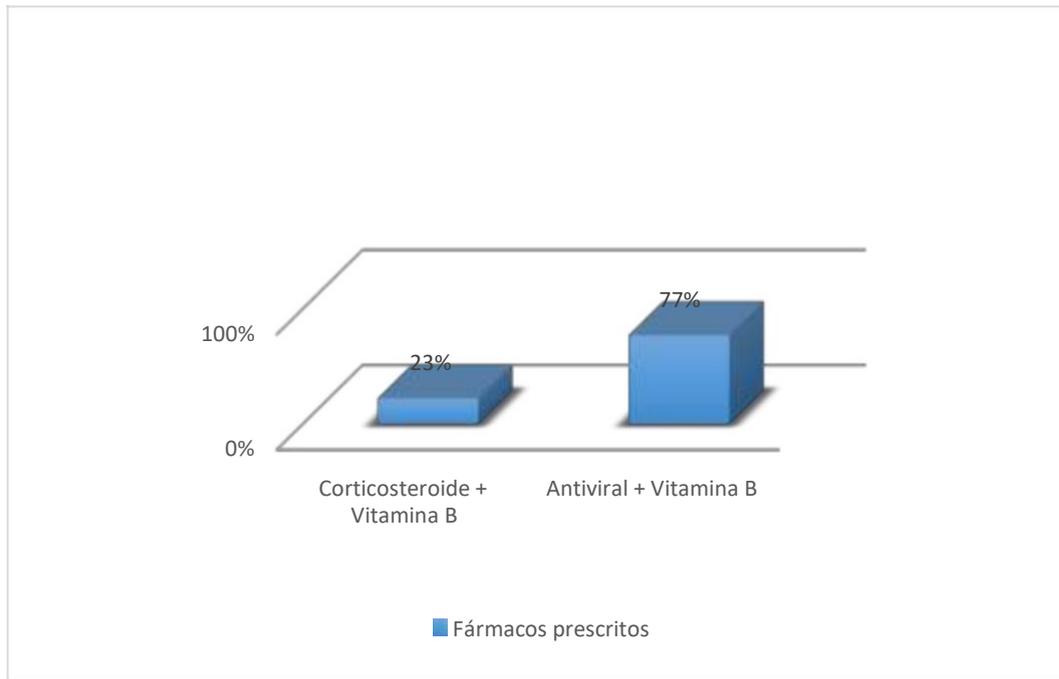


Figura 6. Análisis e interpretación: Los fármacos que se administraron fueron, complejo B a todos los pacientes con parálisis facial, por los beneficios que brinda a nivel nervioso. Al 77% de la población se le prescribió antivirales al ser considerada como una infección del herpes simple, y al 23% restante se le administró corticoesteroides al ser un desinflamatorio. El tratamiento que predomina en el centro son los antivirales y la vitamina B.

8. CONCLUSIONES

1. La población investigadora fue de 2251 clientes que acudieron al Hospital del Norte de Piura en el trimestre principal de 2017, lo que arrojó una suma de 186 pacientes con pérdida facial de movimiento, de los cuales el 63% habló con mujeres y el 37% habló con hombres.

2. En relación con la edad, se realizó una investigación con las reuniones de los interinos en edad de 51 a 61 años hablando a 35% con 23% en mujeres y 12% en hombres, los pacientes expresaron que la pérdida de movimiento facial surgió debido a "problemas de trabajo" ". Las edades en algún lugar en el rango de 18 y 28 años ocurrieron con menos frecuencia con un 5%. El calor en la hemicara izquierda prevaleció, hablando al 62% de la población, dañando el sexo femenino de vez en cuando. La razón más incesante en esta patología fue idiopática, es decir, la razón es oscura, con 134 casos, que es idéntico al 72%.

3. En cuanto a la evaluación de la patología registrada por el fisiatra en el Hospital con la escala de House Brackmann, que permite cuantificar los signos clínicos del paciente. En la revisión I, donde la capacidad de los músculos faciales es normal y en la revisión VI hay una pérdida total de tono, no hubo registros de pacientes en estas clases. En la revisión II hay una leve alteración y una deficiencia muscular, estaba disponible en el 16% de los casos, en la revisión III hay una moderada rotura y ocurrió en el 34% de los casos. En la revisión IV hay un modesto quebrantamiento extremo, que se refiere al 27% de los casos. En la revisión V se producirán rupturas graves y se hablará al 22% de los casos. Se ve que hay un nivel más prominente de pacientes que introdujeron la revisión III de artificialidad, siendo esta la más sucesiva en esta patología.

4. Debido al atractivo de los pacientes que acuden al enfoque de recuperación, los clientes no se reservan con prontitud, por lo tanto, no permite al personal médico dar la consideración rápida que es importante para esta reunión de pacientes, hacer que el tiempo comience la recuperación es extremadamente amplio, lo que puede generar secuelas genuinas y dificultades para los pacientes.

10. RECOMENDACIONES

1. Los Alumnos de Terapia Física en el ejercicio deben proceder con los exámenes sobre el carácter común de las patologías debido a los escasos datos que tienen los enfoques terapéuticos, en este sentido tendrían una información más amplia de ellos y podrían complementar exámenes adicionales.
2. Se prescribe para revisar las leyes o artículos que aseguran al trabajador, la ausencia de coherencia en el tratamiento de los clientes fue confirmada en los registros. Dado que hay empresas o supervisores que no permiten el descanso o la autorización satisfactoria a sus representantes, se ven obligados a regresar antes de su recuperación completa a sus ejercicios de trabajo, dejando así incompleta la restauración física, extrayendo su tratamiento y entregando secuelas al futuro.
3. Los pacientes que van al centro deben ser tratados sin estar apretados durante mucho tiempo, ya que, al posponer la recuperación, considerando todo, el paciente no puede recuperarse por completo mostrando secuelas derivadas de un inicio deficiente del tratamiento y haciendo que el paciente necesite un número más notable de sesiones para su mejora.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

- Alzamora, L. (2011). *Tipos de Estudio*. *Inppares.org*. Recuperado de <https://goo.gl/wmCTmi>
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación*. Caracas, Venezuela: Episteme. Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf>
- Bernal Luis. (2012). *Oposiciones de fisioterapia*. Madrid, España: BernalPro.
- Canales Sánchez, M. (2007). El láser de media potencia y sus aplicaciones en medicina. *Medigraphic Artemisa En Línea*. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2007/prn071_2g.pdf
- Castillo, L. (2005). *Temario de documentación*. Valencia, España. Recuperado de <http://www.uv.es/macass/T5.pdf>
- Cruz Ausejo, R. (2017). *Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica de un año de evolución* (Tesis Pregrado). Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima, Perú.
- Cuadrado Castillo, E. (2015). *Aplicación de crioterapia como tratamiento complementario en pacientes con parálisis facial periférica* (Tesis Pregrado). Universidad Nacional De Chimborazo, Ecuador.
- De los accidentes, L.O (2015). *Ley Orgánica del trabajador*. Ecuador.
- Del Ecuador, C. P. (2008). Asamblea Nacional Constituyente. *Montecristi, Ecuador*.
- G. Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación Introducción a la metodología científica*. Caracas, República Bolivariana de Venezuela: Episteme.

- García González, José E., & Martínez Rodríguez, Fernando de la C. (2006). *El láser motivación o realidad para el estudio de Física por los estudiantes de las Ciencias para la Salud* Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 25(1), 6-7. Recuperado de <https://goo.gl/z7cQkt>
- Gkampeta, A., Triantafyllaki, E., Mavroudi, A., Pavlidou, E., Evangeliou, A., & Pavlou, E. (2014). *The causes and treatments of 47 children with facial nerve palsy experienced in two hospitals in northern Greece*. *Journal Of Pediatric Sciences*, 6(0), 2. doi: [org/10.17334/jps.44705](https://doi.org/10.17334/jps.44705)
- GómezFuentes, M. (2013). *Base de datos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- González H, J. (2006). *Estudio epidemiológico de la parálisis de Bell o parálisis facial idiopática realizado en el servicio de fisioterapia del hospital clínico universitario de la universidad central de Venezuela. Noviembre 2003 - marzo 2.004*. Resultados preliminares. *Acta Odontología Venezolana*, 45(3), http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/paralisis_bell_facial_idiopatica.asp
- Guzmán, F., y Arias, C., (2012). *La historia clínica: elemento fundamental del acto médico*. Scielo. Recuperado de <https://goo.gl/wbas7x>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill
- Hohman, M. H. and Hadlock, T. A. (2014). Etiology, diagnosis, and management of facial palsy: 2000 patients at a facial nerve center. *The Laryngoscope*, 124(7), 283–293. doi:10.1002/lary.24542
- Jay Pensler, C. R. (2017). *Method of applying electrotherapy to facial muscles*. *Journal*, 1.

Lacomba, B., y Agut, L. (2009). Parálisis facial. *Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria*. Recuperado de: <http://www.svmfyc.org/fichas/f063/ficha063.pdf>

Lagarde, J., & Améri, A. (2012). *Parálisis facial*. *EMC - Tratado De Medicina*, 16(3), 1-7. [http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410\(12\)62726-](http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410(12)62726-)

M. Delgado Castilloa (2013). *Utilidad del campo magnético y el láser en el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática*. Elsevier España, 252 - 257.

Maduagwu Stanley, Umeonwuka Chuka Ifeanyi, Saidu Zuwera, Oyeyemi Adetoyeje Yunus, Dabkana Theophilus, Jaiyeola Olabode Abiodun, (2016). Review of Facial Nerve Palsy at a Tertiary Hospital in Maiduguri, Nigeria. *American Journal of Health Research*, 4, (4), 100-103. doi: 10.11648/j.ajhr.20160404.15

Maroto Martin, M.(2015). *Metodología de la investigación* (p. 3). Granada, España. Recuperado de <https://goo.gl/VbVwwc>

Martín Cordero, J. (2008). *Agentes Físicos Terapéuticos*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Martín, J. M. (2014). *Revista de Neurología Panamericana*.

Martínez Morillo, M., Pastor Vega, J., & Sendra Portero, F. (1998). *Neurología*. Madrid, España: Harcourt.

Martínez Rodríguez, J. (2011). *Métodos de Investigación Cualitativa*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://goo.gl/DWzIFg>

Oosterveer, D. M., Bénit, C. P., & Schryver, M. D. (2012). Differential diagnosis of recurrent or bilateral peripheral facial palsy. *The Journal of Laryngology & Otology*, 833

Ortiz Uribe, F. (2016). *Diccionario de metodología de la investigación*. Madrid: Limusa.

Rivera Cardona, G. (2012). Nervio Facial: Aspectos Esenciales Desde Las Ciencias Biomédicas. *Revista Estomatología y Salud*, 20(2), 36 - 44.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por el amor recibido y por el avance y desarrollo profesional y por estar Presente en mi diario camino de la vida

A Dios por la vida que nos da por bendecir día día mi vida gracias a Dios por permitir amar a mis padres

Gracias a Dios por permitirme amar a mis padres y a mis padres por conocer de Dios
Gracias a la vida por este nuevo triunfo y a todos

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico

A mis padres porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

ANEXOS

Figura 7. Escala de House Brackmann

GRA.	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS
I	Normal:100% de motilidad facial (8/8)	Normal funcionamiento en todas las áreas
II	Disfunción leve:80% de la motilidad facial (7/8)	Global: mínimos cambios a una cuidadosa inspección, pueden presentarse ligeras sincinesias sin contracturas En reposo: simetría y tono normales En movimiento: Frente: buena función o moderada Ojo: cierre completo con el mínimo esfuerzo Boca: ligera asimetría.
III	Disfunción moderada :el 60% de la motilidad facial (de 6/8 a 5/8)	Global: diferencia obvia entre los dos pero no desfigurativa. Sincinesias, contracturas y espasmos de la hemicara están presentes pero en grado moderado En reposo: simetría y tono normales En movimiento: Frente: de moderado a leve Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca: un poco débil con el máximo esfuerzo
IV	Disfunción moderadamente grave: en el 40% de la motilidad facial (de 4/8 a 3/8)	Global: debilidad obvia o asimetría En reposo: tono normal y simetría conservada En movimiento: Frente: ausencia de arrugas Ojos: cierre incompleto a pesar de un esfuerzo máximo. Boca: asimétrica con el máximo esfuerzo La presencia de sincinesias o espasmos impide la movilidad de la cara y se clasifican en este grado.
V	Disfunción grave: 20% de la motilidad facial (por 2/8 al octavo)	Global: los movimientos apenas son perceptibles En reposo: asimetría evidente y tono reducido En movimiento Frente: ninguno Ojos: cierre incompleto Boca: mínimo movimiento En esta etapa no pueden estar presentes espasmos o sincinesias
VI	Parálisis total: 0% de motilidad facial (0/8)	La ausencia de movimiento.

FOTOS









