

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Práctica Clínica

**SEDENA**

**SEMAR**

Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell  
(Parálisis Facial Idiopática)

## Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-066-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis Facial Idiopática), México: Secretaría de Salud; 2008

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

G51.0 Parálisis de Bell

Guía de Práctica Clínica  
Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell  
(Parálisis Facial Idiopática)

**Autores:**

Dr. José Tomás Terán Loredo	Medicina Familiar	IMSS	Jefatura de Prestaciones Médicas, Delegación San Luis Potosí UMF No. 80 Morelia, Delegación Michoacán HGZ No. 6 Ciudad Juárez, Delegación Chihuahua
Dr. Jaime Rayas Lundes			
Dra. Olivia Torres Vega	Oftalmología	ISSSTE	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, IMSS. UMF No. 6 Monterrey, Delegación Nuevo León
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez			
Dra. Irma Flores	Medicina Física y Rehabilitación		
Dra. Lesley Farrel González	Oftalmología		Dirección General Medica

**Validación Interna:**

Dr. Carlos Cuevas García	Neurología	IMSS	HE CMN SIGLO XXI Distrito Federal, Delegación D. F. Sur UMF No 29 Acapulco, Delegación Guerrero UMF No. 10 Xalapa, Delegación Veracruz Norte.
Dr. Víctor Jesús Guerrero Montenegro	Medicina Familiar		
Dra. Graciela Mota Velazco			UMF y R Centro Distrito Federal, Delegación D. F HGZ No 1 San Luis Potosí, Delegación San Luis Potosí
Dr. Alfonso Servín Álvarez	Medicina Física y Rehabilitación		
Dra. Reyna Ivonné Tello Medina	Oftalmología		
Dr. Héctor Alejandro Velazquez Chong	Otorrinolaringología		Coordinación de UMAE, IMSS

**Validación Externa:**

Dr. Gerardo Guinto Balanzar	Neurocirugía	Academia Mexicana de Cirugía A. C.
Dr. Alfredo Vega Alarcón	Oto-neurología	Academia Mexicana de Medicina

## ÍNDICE:

1. Clasificación .....	5
2. Preguntas a Responder por esta Guía .....	6
3. Aspectos Generales .....	7
3.1 Justificación .....	7
3.2 Objetivo de Esta Guía .....	7
3.3 Definición .....	8
4. Evidencias y Recomendaciones .....	9
4.1 Prevención Secundaria .....	10
4.1.1 Factores de Riesgo .....	10
4.2. Diagnóstico .....	11
4.2.1 Diagnóstico Clínico .....	11
4.2.2 Pruebas Diagnósticas Electrofisiológicas .....	12
4.3. Tratamiento .....	13
4.3.1 Tratamiento farmacológico .....	13
4.3.2 Tratamiento no Farmacológico .....	15
4.4 Criterios de Referencia y Contrarreferencia .....	18
4.4.1 Criterios Técnico Médicos de Referencia .....	18
4.4.1.1 Referencia al Segundo Nivel de Atención .....	18
4.5 Vigilancia y Seguimiento .....	18
4.6 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando proceda .....	19
Algoritmos .....	20
5. Definiciones Operativas .....	21
6. Anexos .....	23
6.1 Protocolo de búsqueda .....	23
6.2 Sistemas de Clasificación de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación .....	24
6.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad .....	27
6.4 Medicamentos .....	30
7. Bibliografía .....	31
8. Agradecimientos .....	33
9. Comité Académico .....	34
10. Directorio .....	35
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica .....	36

## 1. CLASIFICACIÓN

Registro : <b>IMSS-066-08</b>	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Médico familiar, médico oftalmólogo y médico rehabilitador
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>Capítulo VI Enfermedades del Sistema Nervioso G510 Trastornos del Nervio Facial</b>
<b>GRD</b>	GR: 018.Trastornos de nervios craneales y periféricos con complicaciones y/o comorbilidad
<b>CATEGORÍA DE GPC</b>	Primero nivel de atención. Diagnóstico y Tratamiento: Farmacológico, Oftálmico y de Rehabilitación.
<b>USUARIOS POTENCIALES</b>	Médico familiar, médico general y médico residente de medicina familiar
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social Jefatura de Prestaciones Médicas delegación San Luis HGZ No. 6 Ciudad Juárez Chihuahua División de Excelencia Clínica Coordinación de UMAE UMF No. 6 Monterrey Nuevo Leon. UMF No. 80 Morelia Michoacán Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado Dirección General Médica. Delegaciones o UMAE participantes Unidades Médicas participantes
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Hombres y mujeres adultos. Se excluyen pacientes con parálisis facial central, periférica no idiopática o periférica con factores de riesgo, así como los niños.
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Diagnóstico clínico Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico Pronóstico: Clasificación de House Brackman
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Referencia oportuna y efectiva Satisfacción con la atención Reducción en los días de incapacidad Disminución de complicaciones y secuelas
<b>METODOLOGÍA<sup>1</sup></b>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: <b>9</b> Guías seleccionadas: <b>1 del período 2000-2008</b> ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: <b>Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica</b> Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión externa : <b>Academia Mexicana de Cirugía A.C.</b>
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	REGISTRO <b>IMSS-066-08</b> FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>a partir del registro 2 a 3 años</b>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los signos y síntomas para establecer el diagnóstico de parálisis facial idiopática?
2. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico recomendado actualmente en la parálisis facial idiopática?
3. ¿Cuál es la terapia de rehabilitación que se recomienda en los pacientes con parálisis facial idiopática y en qué momento se recomienda iniciarla?
4. ¿Cuál es el manejo oftálmico en los casos de parálisis facial idiopática en el primer nivel de atención?
5. ¿Cuáles son los criterios para extender incapacidad para el trabajo?
6. ¿Cómo establecer el tiempo de incapacidad laboral?
7. ¿Cuáles son las indicaciones para referencia al especialista de otro servicio?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La parálisis facial idiopática o parálisis de Bell se aplica a la parálisis del VII nervio craneal de tipo periférico y de comienzo agudo, puede ser completa con pérdida total de la movilidad o incompleta, cuando permanece algún tipo de movilidad del lado afectado. (Jorbe, 2001). Es rara en la infancia en donde la recuperación es más rápida y completa, la frecuencia aumenta con la edad hasta los 40 años en que se mantiene, descendiendo hasta ser muy rara después de los 75 años, en los cuáles tiene peor pronóstico, no hay predominio de sexo, raza o contagio demostrados (Jorbe, 2001) (Ruiz, 2006)

La elaboración de una GPC de parálisis facial se justifica por la alta incidencia que se presenta en la población económicamente activa y la necesidad de atención que se genera a partir de este problema. Durante el 2007 se solicitaron 785,551 consultas en el primer nivel de atención por este motivo según refiere la División Técnica de Información Estadística en Salud. El manejo inicial de la gran mayoría de estos pacientes se realiza en el primer nivel. Unificar los criterios para realizar un diagnóstico y manejo oportuno permitirá disminuir la frecuencia de secuelas y complicaciones, que afectan la calidad de vida del paciente y genera un estigma social. El impacto económico es importante por su alta incidencia en las edades productivas donde se genera incapacidad laboral y disminución de la productividad.

El propósito de esta GPC es aportar una herramienta que sea de utilidad al médico familiar y al médico general para integrar el diagnóstico y estandarizar el manejo farmacológico oportuno que permita lograr la máxima recuperación motora y sensitiva y que paralelamente disminuya las complicaciones y secuelas en estos pacientes.

#### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **para el Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis Facial Idiopática)**. Forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Orientar y consensuar el abordaje de la parálisis facial idiopática en el primer nivel de atención.
2. Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica y el consenso de expertos sobre el diagnóstico y tratamiento de la parálisis facial idiopática.
3. Establecer los criterios de referencia de la parálisis facial idiopática al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### **3.3 DEFINICIÓN**

El término parálisis facial o parálisis de Bell se aplica a la parálisis del VII nervio craneal de tipo periférico y de comienzo agudo, unilateral que puede ser completa con pérdida total de la movilidad o incompleta, cuando permanece algún tipo de movilidad del lado afectado de etiología desconocida.

Es importante además mencionar que la parálisis facial puede acompañarse de pródromo viral ser brusca o completa, y seguirse de otalgia que precede a la aparición de vesículas en conducto auditivo externo, pabellón auricular, concha, cuello, cara, mucosa bucal, o lengua. Puede además presentar síntomas como vértigo, hipoacusia, que es causada por el virus varicela zoster y es conocida como síndrome de Ramsay Hunt entidad que difiere en cuanto a tratamiento por ser de origen viral.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E.</b> La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ [GIB, 2007]

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E.</b> El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

## 4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La historia de cuadros recurrentes de parálisis facial idiopática es considerado un factor de riesgo.</p>	<p>IV Ruiz 2004</p>
 <p>Interrogar sobre cuadros previos o repetitivos con la misma sintomatología</p>	<p>D</p>
 <p>Existen factores de riesgo asociados como embarazo, edad mayor de 65 años, diabetes mellitus, hipertensión, neoplasias, otitis, cuadros infecciosos generalizados y alteraciones neurológicas.</p>	<p>III IMSS 2004</p>

**R**

La presencia de factores de riesgo como embarazo, edad mayor de 65 años, diabetes mellitus, hipertensión, neoplasias, otitis, cuadros infecciosos generalizados y alteraciones neurológicas excluye al paciente para este manejo.

C

**E**

Otros criterios de exclusión en estos pacientes son lactancia, úlcera péptica, herpes zoster, esclerosis múltiple, sarcoidosis.

Ib  
Sullivan 2007

**R**

Interrogar sobre factores de riesgo excluyentes.

C

## 4.2. DIAGNÓSTICO

### 4.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b> La pérdida de la expresión facial completa o incompleta de un lado de la cara, de inicio agudo, caracterizado por dificultad para los movimientos faciales, dolor generalmente de localización retroauricular, disgeusia, algiacusia y disminución en la producción de lágrima son datos clínicos presentes en los pacientes con parálisis facial idiopática.	III IMSS 2004 Holland 2004
<b>R</b> Interrogar sobre dificultad para ingerir y retener los líquidos en la cavidad oral, dolor retroauricular, intolerancia al ruido, alteración del gusto, dificultad para ocluir el ojo y lagrimeo	C
<b>E</b> Las alteraciones visuales, exposición corneal, ausencia de parpadeo, epifora, ectropión, retracción palpebral y lagofthlmo pueden estar presentes en estos pacientes.	IV Rahman 2007
<b>R</b> Interrogatorio y exploración en busca signos y síntomas oculares.	D



Los músculos afectados orientan a establecer el grado y nivel de lesión nerviosa.

IV  
Domínguez 2002  
Ruiz 2004



Se recomienda consultar tablas en anexo para determinar la localización anatómica del nervio de acuerdo a la sintomatología.

D

#### 4.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ELECTROFISIOLÓGICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Existen diversos estudios electrofisiológicos que evalúan el grado de lesión al nervio facial y que determinan el pronóstico y no todas las pruebas tienen una fuerza pronóstica establecida. Los estudios disponibles actualmente son electro-miografía y electro-neurografía.</p>	<p>III-Grosheva 2008 IV-Ramos 2006 IV-Ruiz 2006 IV-Pardal 2003 IIb, III-IMSS 2004</p>
	<p>Con base a la evidencia actual no existe apoyo suficiente para que los pacientes sean valorados preferentemente en el servicio de rehabilitación por lo que se realizará envío solo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con grado IV a VI de la clasificación de House-Brackmann (CHB) en su primera cita.</li> <li>• Pacientes con grado II y III que no mejoren después de 8 días de tratamiento.</li> </ul>	<p>C</p>
	<p>Será el especialista en rehabilitación quien tome la decisión de que estudio es el más apropiado en cada caso. Debido a que cada prueba tiene un tiempo específico en el que debe realizarse. Con el objetivo de estimar el pronóstico final y de establecer terapia de rehabilitación en caso que se requiera. Información que debe ser transmitida al paciente. (Ver tratamiento no farmacológico)</p>	<p>✓ Consenso del grupo que elaboró la presente guía</p>

### 4.3. TRATAMIENTO

#### 4.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Existen múltiples estudios, que evalúan mediante diversos diseños metodológicos el tratamiento a base de esteroides y antivirales. Hasta el momento no es posible determinar el tratamiento ideal en los pacientes con parálisis facial idiopática	IV-Shafshak 2006 III-Given 2004 III-Holland 2004 Ia A IMSS 2004 II-NGC 2001 Ib-Sullivan 2007 B-Tiemstra 2007 I-a Ramsey 2000
E	Las pruebas disponibles de los ensayos clínicos controlados aleatorios no muestran beneficios significativos con el tratamiento de corticosteroides en la parálisis de Bell	Ia-Salinas 2004
E	Pruebas limitadas de los ensayos aleatorios sugieren que el aciclovir o el valaciclovir pueden reducir la proporción de pacientes con recuperación incompleta cuatro meses después del tratamiento y que los corticosteroides pueden reducir más que el aciclovir o el valaciclovir	Ia-Dunn 2008
E	La adición de antivirales a los esteroides no proporciona beneficio adicional, en comparación con esteroides solos; por lo tanto, no es compatible la adición de rutina de antivirales	Ia-Quant 2009
E	Pruebas actualmente disponibles, sugieren que la adición de un antiviral a los corticosteroides para el tratamiento de la parálisis de Bell no está asociado con un aumento en la tasa de recuperación completa de la función motora facial	Ia-Goudakos-2009
✓/R	Los resultados son contradictorios, entre las diferentes áreas que intervienen en el manejo del paciente con parálisis de Bell. Por lo que sugerimos iniciar con corticosteroides y en casos de parálisis completa o grave cuando se sospeche de síndrome de Ramsay-Hunt agregar antivirales.	✓ Consenso del grupo que elaboró la presente guía

**R**

Es recomendable iniciar el tratamiento en las primeras 72 horas del padecimiento y realizar dosis reducción.

- Prednisona 1mg/kg/día durante 5 días y reducir 10 mg cada día hasta suspender

B

**E**

Recientemente se ha prestado considerable atención a la posibilidad de que el virus del herpes simple sea un agente causal común que puede estar presente en los ganglios geniculados, donde podría causar una neuropatía inflamatoria aguda del séptimo nervio craneal cuando el virus se activa.

Ia-Dunn 2008

**E**

Los corticosteroides son asociados con un riesgo reducido de recuperación no satisfactoria. Cuando se administran antivirales, con corticosteroides, puede asociarse beneficio adicional.

Ia-De Almeida 2009

**E**

Los resultados sugieren que la combinación de valaciclovir y prednisolona es especialmente eficiente cuando la parálisis es grave o completa debido a que la tasa de recuperación del paciente después de la administración de tratamiento combinado fue 95,7%. En los casos de parálisis moderada, el uso complementario de valaciclovir fue innecesario.

Ib-Hato 2007

**R**

Cuando se sospeche de síndrome de Ramsay-Hunt es recomendable iniciar el tratamiento en las primeras 72 horas del padecimiento agregando antiviral además del corticosteroide.

A

- Valaciclovir a dosis de 1.500 o 2.000 mg/día por 5 días ó
- Aciclovir 2000 mg/día por 5 días

**E**

En los casos con parálisis del orbicular que provoca lagofタルmo y exposición corneal se recomienda: metilcelulosa al 0.5% durante el día y ungüento por las noches, acompañado de parche ocluser.

III  
SOO  
Marzo-Abril 2007

**R**

Se recomienda aplicar en el ojo que tiene imposibilidad de oclusión palpebral.

- Hipromelosa al 0.5%, cada hora
- Hipromelosa al 2% 1 gota antes de dormir y oclusión que logre mantenga el descenso del párpado superior para protección de la cornea.

C

#### 4.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>Existen pruebas limitadas que sugieren beneficio del ultrasonido en la parálisis de Bell.</p> <p>No hay evidencia que apoye la eficacia de láser o la onda corta de diatermia.</p> <p>No hay evidencia que la estimulación eléctrica apoye en casos agudos, solo algunos estudios sugieren beneficio en casos crónicos.</p>	<p>III Quinn R.</p>
<p><b>E</b></p> <p>Debido al pequeño número de ensayos clínicos, no se posible analizar si los ejercicios, asociados con espejo o EMG son eficaces, por lo que no es posible realizar conclusiones definitivas. La evidencia no es lo suficientemente fuerte como para ser integrados en la práctica clínica.</p>	<p>III Rosa O8</p>
<p><b>R</b></p> <p>Se recomienda iniciar con termoterapia, masaje y ejercicios activos a partir del 6to día de establecido el diagnóstico sin importar el grado de afectación.</p>	<p>D</p>
<p><b>R</b></p> <p>Termoterapia: aplicación de calor superficial con compresas calientes (seca o húmeda) por 20 min. Indicar en que lado debe de aplicárselo. Recomendada en todos los pacientes.</p>	<p>D</p>

R

Masaje: Favorece la circulación y retarda la atrofia muscular, se realiza en ambos lados, del lado sano se realiza masaje de relajación iniciando de la oreja hacia la comisura labial y del lado afectado se da estiramientos de la comisura labial hacia la oreja. Se realizan 2 repeticiones de cada ejercicio tres veces al día. Recomendada en todos los pacientes.

D

R

Terapia recomendada para pacientes en grado II-III de CHB  
Ejercicios activos: se le enseña al paciente movimientos de mímica frente al espejo para mantener el tono muscular, sin llegar a la fatiga como:

Elevar las cejas: músculo occipitofrontal

Fruncir el entrecejo : músculo superciliar

Cerrar los ojos: músculo orbicular de los párpados.

Arrugar la nariz: músculo elevador del ala de la nariz

Enseñar los dientes: músculo cigomático

D

Realizar una sonrisa : músculo risorio

Desplazamiento del labio inferior: triangular de los labios

Silbar : músculo orbicular de los labios

Inflar las mejillas: buccinador

Elevar la barbilla. Cuadrado de la barba

Jalar el mentón y la comisura de los labios hacia abajo: músculo cutáneo del cuello

Se realizan 2 repeticiones de cada ejercicio tres veces al día.

R

Terapia recomendada para pacientes en grado IV a VI de CHB

Ejercicio activo asistido: se enseña al paciente que acompañado de un familiar realice masajes en forma circular hacia arriba y afuera aplicando algún lubricante con los dedos índice y medio sobre la superficie del lado afectado (lado contrario de la desviación)

Masaje su cara (ambos lados), utilizando movimientos circulares, siguiendo la línea de la mandíbula de su boca hacia el exterior, así como de su mentón hacia afuera.

Se realizan 2 repeticiones de cada ejercicio tres veces al día.

D

R

Relajación del músculo elevador del párpado superior: Consiste en pedirle al paciente que dirija su mirada al frente y abajo a una distancia de 30 cm. Cuando existe una parálisis severa puede realizarse de forma asistida con ayuda del dedo índice que descenderá el párpado superior. El movimiento permitirá la relajación de los músculos palpebrales y el descenso del párpado superior. Realizar de 5 a 10 repeticiones tres veces al día. Recomendada en todos los pacientes.

D

R

Férula palpebral: Realizada con cinta micropore para elevar el párpado inferior y si aún permanece con dificultad para descender el párpado superior se coloca otra sobre este o definitivamente se sugiere la oclusión completa. Durante el día es opcional y obligatoria durante la noche.

D

R

Ejercicios resistidos: Están indicados en el paciente que no muestra datos de sincinesia, se realizan aplicando resistencia manual en dirección opuesta a los movimientos.

D

✓/R

Se encuentra contraindicado el uso de vibrador y goma de mascar. Así como la aplicación de té de manzanilla en los ojos.

✓

Consenso del grupo que elaboró la presente guía

## 4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### 4.4.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

#### 4.4.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel/Grado
	
<p>Se recomienda en envío urgente al segundo nivel de aquellos pacientes con:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución súbita de la agudeza visual</li> <li>• Ulcera corneal</li> </ul>	
<p>Se recomienda envío ordinario en pacientes con:</p>	<p>✓ Buena Practica</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de respuesta al tratamiento</li> <li>• En caso de localizar patología asociada con el médico que corresponda</li> <li>• Secuelas como ectropión y sincinesia</li> </ul>	

## 4.5 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

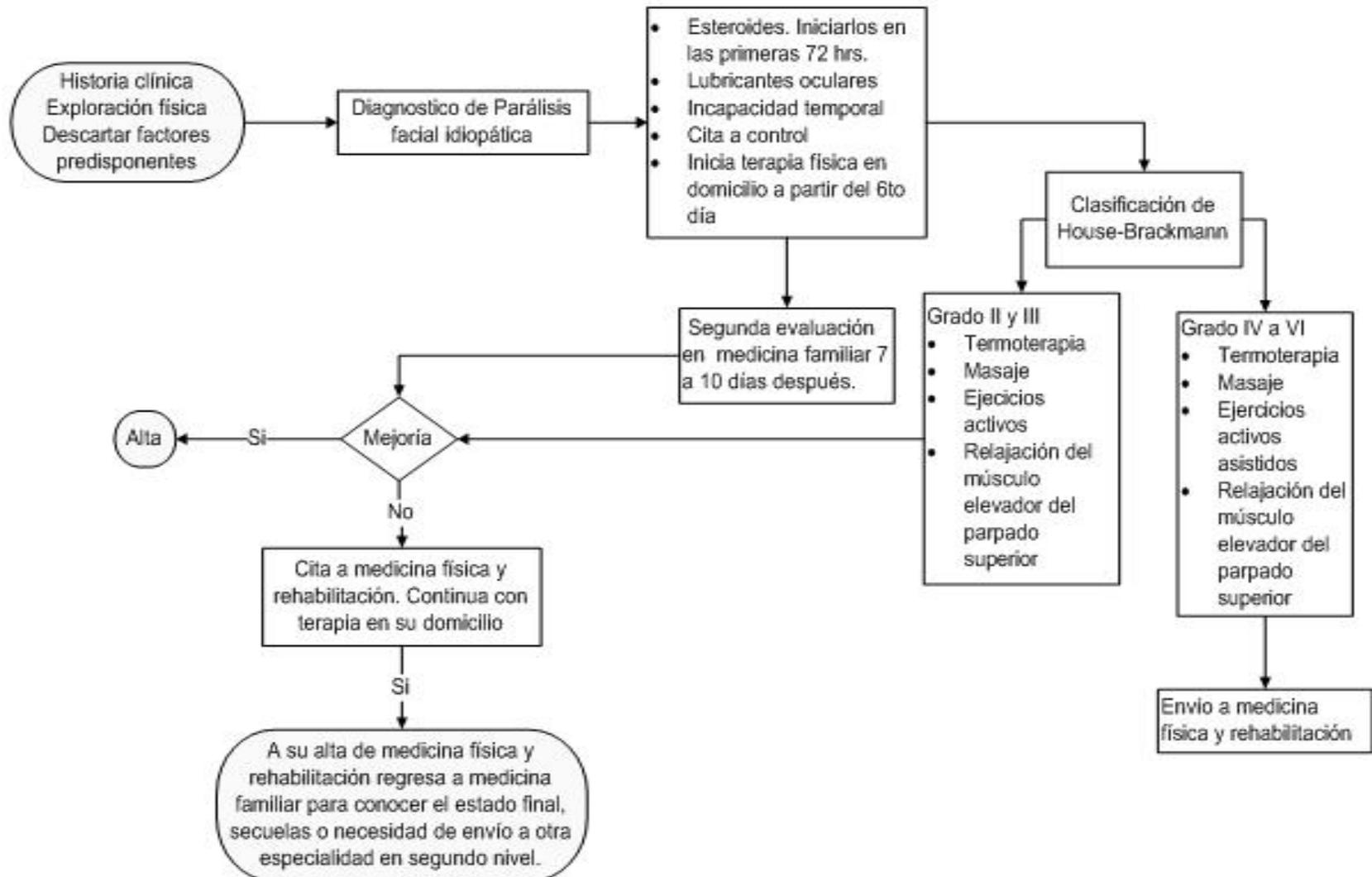
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	
<p>En los casos crónicos se sugiere realizar envío a medicina física y rehabilitaron para evaluación final a los 6 meses en caso de secuelas motoras.</p>	<p>✓ Buena Practica</p>

#### 4.6 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <b>E</b> En los pacientes que no reciben tratamiento se observa recuperación en 3 semanas.	III-Holland 2004
 <b>R</b> Se recomienda la expedición de incapacidad temporal para el trabajo de 3 semanas. <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="464 810 941 947">• En paciente que no haya recuperación evaluar nueva incapacidad considerando el puesto y el ambiente laboral.</li><li data-bbox="464 953 941 1054">• En caso de complicaciones será el médico especialista quien determine el tiempo.</li></ul>	C

## ALGORITMOS

Algoritmo 1.



## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Algiacusia:** alteración de la audición, también llamado discomfort sonoro. Es hipersensibilidad a los sonidos y no pueden tolerar niveles normales de ruido.

**Disgeusia:** alteración en el sentido del gusto.

**Ectropión:** eversión del borde palpebral inferior que ocasiona la exposición de parte de la superficie conjuntival y se acompaña de epifora por eversión de los puntos lagrimales, e hipertrofia de la conjuntiva.

**Epifora:** es el lagrimeo que se genera debido a que las lágrimas no progresan hacia el saco lagrimal por la debilidad del músculo orbicular del párpado.

**Espasmo hemifacial:** síndrome de compresión vascular caracterizado por contracción sincrónica de los músculos unilaterales, por aumento del tono en hemicara afectada que desaparece con el sueño

**Fenómeno de Bell:** es el movimiento involuntario de los globos oculares hacia arriba durante el cierre palpebral. En la parálisis facial la retracción palpebral permite observar el desplazamiento del globo sin necesidad de forzar la apertura palpebral requerida para su exploración en pacientes sin parálisis.

**Infracordal:** se ha considerado que las lesiones dístales al nervio cuerda del tímpano entre el origen de la cuerda del tímpano y el agujero estilomastoideo. Clínicamente se manifiesta por: parálisis de toda la musculatura facial voluntaria y refleja, conservación del lagrimeo, conservación del reflejo estapedial, conservación del gusto y de la secreción salival.

**Supracordal:** se ha considerado que las lesiones proximal al nervio cuerda del tímpano. La boca se desvía hacia el otro lado, el alimento se colecta entre los carrillos y las encías y se pierde la sensibilidad facial profunda; el paciente no puede silbar, parpadear, cerrar su ojo o arrugar su frente. Ocurre lagrimeo si el ojo no está protegido, pérdida del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua y salivación reducida en el lado afectado.

**Lagoftalmo:** dificultad o imposibilidad para lograr el cierre de la hendidura palpebral. El ojo del lado afectado está más abierto que el del lado sano, debido al predominio del tono del músculo elevador del párpado superior inervado por el tercer par craneal, sobre el orbicular de los párpados inervados por el facial.

**Movilización activa:** ejercicios llevados a cabo frente al espejo por el paciente sin intervención manual del fisioterapeuta.

**Movilización activa asistida:** ayuda manual (proporcionada por otra persona) sumada al esfuerzo muscular del paciente, que culmina en movimiento cercano al normal, con reeducación frente al espejo.

**Movilización pasiva:** ejercicios realizados por el fisioterapeuta, mediante manipulación manual y reeducación frente al espejo, se llevan cuando la afectación muscular es severa y el paciente no es capaz de iniciar el movimiento voluntariamente.

**Reeducación neuromuscular:** ejercicio terapéutico cuyo objetivo es el dominio voluntario de la musculatura, mediante la activación, coordinación y resistencia a la fatiga.

**Sincinesia:** movimiento involuntario y anárquico de la hemicara afectada.

## 6. ANEXOS

### 6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre Guía de Practica Clínica Para el Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis Facial Idiopática)

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre Guía de Practica Clínica Para el Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis facial Idiopática) en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes

1. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. IMSS 2004.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: Bell palsy, facial paralysis, facial paralysis idiopathic, parálisis de Bell, parálisis facial, parálisis facial idiopática.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo √ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## 6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

**Cuadro I. La Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores**

<b>Categoría de la evidencia</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>
<b>Ia.</b> Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	<b>A.</b> Directamente basada en evidencia categoría I
<b>Ib.</b> Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
<b>IIa.</b> Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	<b>B.</b> Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
<b>IIb.</b> Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
<b>III.</b> Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	<b>C.</b> Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
<b>IV.</b> Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	<b>D.</b> Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**Cuadro II. Buena Práctica Clínica**

✓	<p>Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.</p> <p>Para la elaboración y modificación de la presente guía se reunió un grupo de expertos médicos familiares y un equipo redactor-editorial del 5 al 9 de mayo en Oaxtepec. Morelos.</p>
---	--

**Cuadro III. Universidad de Illinois Chicago**

<b>A</b>	Evidencia consistente de buena calidad
<b>B</b>	Evidencia inconsistente o de calidad limitada
<b>C</b>	Consenso, evidencia orientada a la enfermedad, practica diaria, opinión de experto o serie de casos

Fuente: <http://www.aafp.org/afpsort.xml>.

**Cuadro IV. Práctica parámetro: los Esteroides, Aciclovir, y la Cirugía de la Parálisis de Bell. Informe del subcomité de normas de calidad**

Fuerza de las Recomendaciones	
Nivel A.	Establecido como eficaces, ineficaces o perjudiciales para la condición dada en la población especificada. Por lo general, una "A" recomendación exige que el combinaron resultado de dos o más distintos estudios de clase I, demuestra una constante, significativo, importante y efecto
Nivel B.	Probablemente eficaces, ineficaces o perjudiciales para la condición dada en la especificado población. Por lo general, una "B" recomendación exige que una sola clase I estudio demuestra una significativa e importante efecto o el resultado de combinaron dos o más distintas clases II estudios demuestra una coherente, significativa, y efecto importante.
Nivel C.	Posiblemente eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la especificado población. Por lo general, una "C" recomendación exige que una sola clase II estudio demuestra una significativa e importante efecto o la combinaron resultado de dos o más distinta clase III estudios demuestra una coherente, significativa, y efecto importante.
Nivel U.	Los datos son inadecuados o conflictivos. Habida cuenta de los conocimientos actuales, el tratamiento no está comprobada y basándose en la evidencia, la recomendación no se puede hacer

### 6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**Cuadro I Clasificación de House Brackman y Sistema Convencional de Calificación de la Parálisis Facial**

Grado	Sistema de House Brackman	Calificación	Descripción
I	<b>FUNCION FACIAL NORMAL EN TODAS SUS AREAS</b>	3	<b>NORMAL</b>
II	<b>DISFUNCION LEVE</b> Global. Debilidad superficial notable a la inspección cercana. Puede haber mínima sincinesia. Al reposo, tono y simetría normal. Movimiento de Frente: función de buena a moderada. Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca: asimetría mínima al movimiento	2	<b>PARESIA LEVE</b> Asimetría al movimiento, y simetría en reposo
III	<b>DISFUNCION LEVE A MODERADA</b> Asimetría al movimiento Global: Obvia pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad. Existencia de sincinesia y/o aumento del tono de músculos faciales. Movimiento de Frente: movimientos moderados a ligeros. Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca : ligera debilidad con el máximo esfuerzo		
IV	<b>DISFUNCION MODERADA A SEVERA PARESIA MODERADA</b> Global: debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa Asimetría al reposo y actividad Al reposo asimetría Movimiento de frente: Ninguno Ojo: cierre incompleto Boca: asimetría al esfuerzo	1	<b>PARESIA MODERADA</b> Asimetría al reposo y al movimiento
V	<b>DISFUNCION SEVERA</b> Global: solamente movimientos apenas perceptibles Asimetría al reposo. Movimiento de frente: ninguno Ojo; cierre incompleto Boca: movimientos ligeros	0	<b>PARALISIS TOTAL</b> Asimetría al reposo y al movimiento
VI	<b>PARALISIS TOTAL</b> Ningún movimiento		

**Cuadro II Diagnóstico Topográfico**

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesión supragenicular:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afectación ocular</li> <li>2. Afectación del reflejo estapedial</li> <li>3. Afectación del gusto y secreción salival</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesión infragenicular:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afectación del reflejo estapedial</li> <li>2. Afectación del gusto y secreción salival</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesión infraestapedial             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afectación del gusto y secreción salival</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesión infracordal:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parálisis de toda la musculatura facial y refleja</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesión infraestiloidea:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parálisis refleja motora de la musculatura dependiente de la inervación de esa rama del nervio</li> </ol> </li> </ul>

[http://www.otorrinoweb.com/\\_izquier/temas/24.1nerfa/07\\_diagnostico.htm](http://www.otorrinoweb.com/_izquier/temas/24.1nerfa/07_diagnostico.htm)

**Cuadro III Zonas Anatómicas de Lesión en Parálisis Facial Periférica y su Relación Etiológica**

Zona	Localización anatómica	Músculos faciales	Gusto	Lagrimeo	Salivación	Hiperacusia	Otro par craneal afectado
I	Núcleo	Afectado	Normal	Normal	Normal	Presente	VI nervio
II	Puente a meato	Afectado	Afectado	Afectado	Afectado	Presente	VIII nervio
III	G. geniculado	Afectado	Afectado	Afectado	Afectado	Presente	Normal
IV	N. estapedio	Afectado	Afectado	Normal	Afectado	Presente	Normal
V	C. del tímpano	Afectado	Afectado	Normal	Afectado	Ausente	Normal
VI	A. estilo mast	Afectado	Normal	Normal	Normal	Ausente	Normal
VII	Ramas terminales	Afectado parcialmente	Normal	Normal	Normal	Ausente	Normal

Ciruj 2002; 70: 239-245

**Cuadro IV Zonas Anatómicas de Lesión en Parálisis Facial Periférica y su Relación Etiológica**

Sitio anatómico del daño	Hallazgos del VII par craneal	Otros hallazgos médicos y neurológicos	Etiología común	Comentarios
Corteza motora	Parálisis de la porción inferior de la cara (porción superior de la cara respetada) tono muscular y movimientos emocionales normales, lagrimeo, salivación y gusto sin lesiones	Hemiparesia ipsilateral  Debilidad de la lengua ipsilateral  Signos de lóbulo frontal	Lesión vascular de la corteza motora o capsula interna sobre el lado contralateral de la parestesia	Parestesias faciales raramente vista como único hallazgo. Espasticidad e hiperreflexia
Núcleo pontino	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto intactos	Hemiparesia contralateral  Parálisis del abductor ipsilateral	Infarto (síndrome de Millard Gubler y Foville), glioma Pontigo, esclerosis múltiple, toxicidad por talidomida, síndrome de Mobius	Lesión es debajo de la decusación del facial y por encima de la decusación córtico espinal. Si es congénita pueden verse anomalías de la oreja o mandíbula
Ángulo Cerebelopontino	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto puede ser anormal	Hipoacusia, aumento de tinitus Deterioro vestibular (VIII par craneal) Parestesias (V par craneal), ataxia incoordinación (cerebelo)	Neuroma del acústico, meningioma de nervio facial, neuroma, colesteatoma	El VIII par esta involucrado, y estos síntomas son usualmente la principal queja, especialmente hipoacusia unilateral. Como grandes lesiones, otras estructuras están involucrada
Meato auditivo interno (segmento meatal)	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto probablemente involucrado	Hipoacusia, aumento de tinitus Deterioro vestibular (VIII par craneal)	Neuroma intracanalicular (acústico o facial)	Signos y síntomas del VII y VIII par solamente
Canal facial: segmento laberíntico	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto probablemente involucrado	Hipoacusia, aumento de tinitus Deterioro vestibular (involucro coclear o vestibular)	Parálisis de Bell, síndrome de Ramsay-Hunt, fractura de hueso temporal, hemangioma	Cuando el canal facial esta involucrado, la cóclea, y/o el órgano vestibular puede estar involucrado. Hipoacusia puede ser conductiva o neurosensorial
Canal facial (Segmento timpánico)	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) salivación, el gusto probablemente involucrado (lagrimeo respetado)	Hipoacusia, aumento de tinitus Deterioro vestibular	Parálisis de Bell, otitis media, colesteatoma, fractura de hueso temporal	Si hubo trauma, buscar LCR, otorrea, sangre en canal auditivo, signo de batalla, deterioro de la conciencia
Canal facial: segmento mastoideo	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) salivación, el gusto puede ser involucrado (lagrimeo respetado)	Hipoacusia, aumento de tinitus Deterioro vestibular	Parálisis de Bell, otitis media, colesteatoma, tumor de glomus	Lesiones antes de la cuerda timpánica tienen deterioro de la salivación y el gusto
Agujero estilomastoideo	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto normal	Evidencia de trauma facial, parotídeo o masa faríngea, uveítis	Laceración facial fractura o cirugía, tumor parotídeo, sarcoidosis	Pueden observarse ramas periféricas respetadas

U. Pereira, E. A. Santos, J. Monteiro, A. de Araújo Morais & C. Tôres Santos : Peripheral Facial Palsy: Anatomy And Physiology. An Update . The Internet Journal of Neurosurgery. 2005 Volume 2 Number 2  
[http://www.ispub.com/journal/the\\_internet\\_journal\\_of\\_neurosurgery/volume\\_2\\_number\\_2\\_37/article/peripheral\\_facial\\_palsy\\_anatomy\\_and\\_physiology\\_an\\_update.html](http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_neurosurgery/volume_2_number_2_37/article/peripheral_facial_palsy_anatomy_and_physiology_an_update.html)

## 6.4 MEDICAMENTOS

### Medicamentos Indicados en el Tratamiento de Parálisis Facial Idiopática

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
0473	Prednisona	50mg/día	Tabletas 50mg	5 días	Catarata subcapsular posterior, hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis, superinfecciones, glaucoma, coma hiperosmolar, hiperglucemia, hipermetabolismo muscular, cicatrización retardada, retraso en el crecimiento.	Con digitálicos aumenta el riesgo de arritmias cardíacas e intoxicación digitálica. Aumenta la biotransformación de isoniazida. Aumenta la hipokalemia con diuréticos tiazídicos, furosemida y anfotericina B. La rifampicina, fenitoína y fenobarbital aumentan su biotransformación hepática. Con estrógenos disminuye su biotransformación. Con antiácidos disminuye su absorción intestinal	Hipersensibilidad al fármaco, micosis sistémica. Precauciones: Úlcera péptica, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, insuficiencias hepática y renal, inmunosupresión.
0472	Prednisona	Dosis reducción/día	Tabletas 5mg	5 días			
2126	Aciclovir	2000 mg/día/5 días	Tableta 400 mg	5 días	náusea, vómito, diarrea	Con probenecid aumenta la vida media plasmática del fármaco	Hipersensibilidad al fármaco.
2814	Hipromelosa 0.5%	1 gota cada hora	Frasco gotero	Durante la exposición corneal	Visión borrosa transitoria, irritación leve, edema, hiperemia, pegosteo de párpados y pestañas.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco.
2893	Hipromelosa 2%	Aplicar por la noche	Frasco gotero	Durante la exposición corneal			

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo de Salubridad General. Cuadro básico y catálogo de medicamentos Edición 2007 Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud
2. De Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, Witterick IJ, Lin VY, Nedzelski JM, Chen JM. Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;2;302(9):985-93.
3. Domínguez CL. Zonas anatómicas de lesión en parálisis facial periférica y su relación etiológica. Experiencia de 780 casos. *Cir Ciruj* 2002; 70:239-245.
4. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-circir/e-cc2002/e-cc02-4/em-cc024e.htm>
5. Dunn AD. Aciclovir o valaciclovir para la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática). Biblioteca Cochrane Plus. 2008 Número 1. [Acceso marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
6. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425
7. Grosheva M, Wittekindt C, Guntinas-Lichius O. Prognostic value of electroneurography and electromyography in facial palsy. *Laryngoscope* 2008;118:394-397. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18090862>
8. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382.
9. Goudakos JK, Markou KD. Corticosteroids vs corticosteroids plus antiviral agents in the treatment of Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;135(6):558-64.
10. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270 (17); 2096-2097
11. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
12. Hato N, Yamada H, Kohno H, Matsumoto S, Honda N, Gyo K, Fukuda S, Furuta Y, Ohtani F, Aizawa H, Aoyagi M, Inamura H, Nakashima T, Nakata S, Murakami S, Kiguchi J, Yamano K, Takeda T, Hamada M, Yamakawa K. Valacyclovir and prednisolone treatment for Bell's palsy: a multicenter, randomized, placebo-controlled study. *Otol Neurotol*. 2007;28(3):408-13.
13. Holland NJ, Graeme MW. Recent developments in Bell's palsy. *BMJ* 2004;329:553-557. <http://www.bmj.com/cgi/reprint/329/7465/553> <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7474/1103-a> [acceso marzo del 2008]
14. Jorba BS,<sup>1</sup> Peñaloza GJM,<sup>2</sup> González SF,<sup>3</sup> Bravo GA, Escobar,<sup>1</sup> González OSI,<sup>3</sup> Sánchez MLA,<sup>2</sup> Arrieta GJR,
15. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743.
16. National Guidelines Clearinghouse. Practice parameter: steroids, acyclovir, and surgery for Bell's palsy (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of American Academy of Neurology. *Neurology* 2001 Apr10; 56(7):830-836. <http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/g10064.pdf>
17. Pardo FJM, Gacia AG, JerezGP, Marco GJ, Almodovar AC. Parálisis facial periférica. Utilidad de la neurofisiología clínica. Revisión. *Neurology* 2003; 36(10):991-996.
18. <http://www.infodoctor.org/www/paralisisfacial.htm>
19. Pérez ChE, Gámez MC, Guzmán GJM, Escobar RD, López R VM, Montes D, Mora CJR, Ramírez CJ. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Revista médica del IMSS* 2004;42(5)425-436.

20. [http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/A7912D59-1DD3-43EF-91E8-DA8B6DFAB3AB/0/2004rm4205rehab\\_paciente\\_paralisisfacial.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/A7912D59-1DD3-43EF-91E8-DA8B6DFAB3AB/0/2004rm4205rehab_paciente_paralisisfacial.pdf)
21. Quant EC, Jeste SS, Muni RH, Cape AV, Bhussar MK, Peleg AY. The benefits of steroids versus steroids plus antivirals for treatment of Bell's palsy: a meta-analysis. *BMJ*. 2009;7;339:b3354. doi: 10.1136/bmj.b3354.
22. QuinnR, Cramp F, . The efficacy of electrotherapy for Bell's palsy: a systematic review. *Physical Therapy Reviews* 2003;8(3) :151-164.
23. <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=12004008315>
24. Ramsey MJ, DerSimonian R, Holtel M, Burgess L. Corticosteroide treatment for idiopathic facial nerve paralysis: A Meta-analysis. *Laryngoscope* 2000;110:335-341.
25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718415>
26. Ruiz JG, Rodriguez M. Parálisis idiopática. [acceso abril 2008]. Disponible en:<http://www.otorrinoweb.com>
27. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
28. Salinas RA, Alvarez G, Ferreira J. Corticosteroides para la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:
29. <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
30. Fecha de la modificación significativa más reciente: 10 de enero de 2004
31. Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, McKinstry B, Davenport RJ, Vale LD, Clarkson JE, Hammersley V, Hayavi S, McAteer, Stewart K, Daly F. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell 's palsy. *N Engl J Med* 2007;357:1589-1607 [acceso 18 de abril 2008] Disponible en:[www.nejm.org](http://www.nejm.org)
32. Tiemstra, JD, Khatkhate N. Bell's palsy: Diagnosis and management. *American Academy Physicians*, 2007;76 (1) 997-1002. [acceso marzo del 2008]. Disponible en:[www.aaf.org/afp](http://www.aaf.org/afp)

## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS	
NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionada UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN Siglo XXI)

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE**  
**División de Excelencia Clínica**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador Analista

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

#### **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

**Secretario de Salud**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

**Director General**

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

**Director General**

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

**Titular del organismo SNDIF**

#### **Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

**Director General**

#### **Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

**Secretario de Marina**

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván

**Secretario de la Defensa Nacional**

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Secretario del Consejo de Salubridad General**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno

**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

**Titular de la Unidad de Atención Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

**Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico