



70-44.13

RESPONSABLE
FISIOTERAPEUTA.
OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO
Estimular la conducción nerviosa, potenciar funcionalmente los músculos faciales de la hemicara afectada y el esquema propioceptivo y prevenir complicaciones secundarias a la patología.
ALCANCE
Desde el momento en que se realiza la valoración utilizando los test y medidas, se establece la mejor opción terapéutica y se realiza su aplicación.
GLOSARIO
EXAMEN MUSCULAR: Método para cuantificar la fuerza y la flexibilidad muscular. HC: Historia clínica. PFP: Parálisis facial periférica.
CONTENIDO DEL PROTOCOLO
<ol style="list-style-type: none">Descripción general de la parálisis facial periférica.<ol style="list-style-type: none">Signos y síntomasCausasDiagnostico.Tratamiento.Programa de rehabilitación para la parálisis facial periférica.Manejo farmacológico.Complicaciones.Seguimiento.Bibliografía.Control de Cambios
PROTOCOLO DE MANEJO FISIOTERAPÉUTICO
1. DESCRIPCIÓN
1. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA La parálisis facial es un trastorno neuromuscular causado por lesión de las vías motora y sensorial del nervio facial, que ocasiona una alteración del movimiento en los músculos del rostro, en la secreción de la saliva, lágrimas y en el sentido del gusto. Existen dos tipos: parálisis facial central y periférica. La primera es causada por afección de la neurona motora superior y se acompaña con frecuencia de hemiplejía del mismo lado de la lesión, afectando el movimiento voluntario de la parte inferior de la cara, pero no a los músculos frontal y orbicular de los párpados.



La parálisis facial periférica, también conocida como parálisis de Bell, de neurona motora inferior o parálisis idiopática, es causada por la afección aguda del nervio facial a nivel periférico; origina pérdida del movimiento del movimiento voluntario en todos los músculos faciales del lado afectado y es la más común de las parálisis. Puede ser unilateral o bilateral, completa o parcia, afectando la hemicara ipsilateral del nervio lesionado.

1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de la parálisis facial dependen del lugar de la lesión del nervio facial.

- A medida que la lesión es más periférica se puede observar pérdida del movimiento del lado afectado de la cara. Los pliegues o arrugas de la cara están ausentes o indefinidos. El parpado superior, inferior, mejillas y comisura de la boca se ven caídos. Se presenta un incremento en la sensibilidad a los cambios de temperatura. Existe mayor secreción de saliva y lágrimas.
- Hay problemas visuales a consecuencia del trastorno de movilidad o cierre palpebral, tales como visión borrosa o incompleta.
- La asimetría se evidencia más cuando se realiza los siguientes movimientos: formar arrugas en la frente, al elevar las cejas, fruncir el entrecejo, arrugar la nariz, apretar los labios, abocinar la boca para soplar o silbar, sonreír y hablar.
- Los líquidos ingeridos se pueden derramar, los alimentos sólidos quedar acumulados entre la encía y el maxilar y pueden morderse las mejillas al masticar por falta de sensibilidad y tono muscular.
- Otra característica es la pérdida del sabor en la mitad de la lengua.

1.2 CAUSAS

Cuando la parálisis facial no tiene causa aparente se le conoce como parálisis facial primario o idiopática (parálisis de Bell), mientras que al tener una causa detectable se le conoce como parálisis secundaria. Se ha descrito de la causa más común de la parálisis facial periférica es una infección viral sistémica del virus herpes simple.

Dentro de las principales causas de la parálisis facial periférica se encuentran:

- Traumatismos.
- Problemas vasculares.
- Tumores.
- Procesos inflamatorios.
- Reacciones a medicamentos.



70-44.13

1.3. DIAGNOSTICO

La orientación diagnóstica incluye una cuidadosa evaluación clínica y exploración física. Partiendo de estas evaluaciones se realizan una serie de estudios que tienen como objetivo identificar la causa de la parálisis, los cuales son:

- Análisis de sangre del fluido cerebro-espinal.
- RayosX.
- Estudios de neuroimagen de conducción del nervio.
- Electromiografía.
- Electro neurografía.

Estos estudios se solicitan de acuerdo a sospecha clínica posterior a la evaluación clínica de signos y síntomas.

1.4. TRATAMIENTO

El pronóstico de recuperación aumenta en función del tratamiento oportuno y éste se divide en:

- Médico:
 - Prescripción de fármacos destinados a favorecer la regeneración del nervio, mejorar la circulación sanguínea y controlar la infección e inflamación.
- Quirúrgico:
 - Cuando hay compresión del nervio facial en el canal estilo mastoideo o para realizar injertos nerviosos que ayuden a restablecer la funcionalidad del nervio facial.
- Fisioterapéutico:
 - Rehabilitación muscular.
 - Reeducción neuromuscular.

2 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

El tratamiento rehabilitador no consigue que el nervio se regenere, pero sí permite mantener la musculatura hasta que vuelva el impulso nervioso está orientado a:

- 2.3. Educar al paciente para explicar la condición patológica y establecer metas realistas.
- 2.4. Movilización de tejidos blandos para tratar la tensión muscular facial y el edema.
- 2.5. Reentrenamiento funcional para mejorar la competencia oral.
- 2.6. Reentrenamiento de la expresión facial, incluida la reeducación neuromuscular.
- 2.7. Manejo de la sincinesia (cuando sea apropiado).

Se realizará teniendo en cuenta las diferentes fases por las que pasa una persona con PF:

- 3 Fase hipotónica: el tratamiento está centrado en disminuir la hiperactividad de la hemicara menos afectada, estimular la hemicara afectada y conservar en el mayor grado posible el esquema propioceptivo.

- Fase de re inervación: el tratamiento se trata de potenciar funcionalmente a los músculos de la hemicara afectada.

Aplicación de medios físicos:

- **Termoterapia superficial:** para mantener y conservar la vascularización y los intercambios celulares a nivel muscular, hasta que llegue el impulso nervioso.
 - Durante la fase de recuperación ayuda a evacuar los ácidos lácticos.
 - Durante la fase de hipertonía sirve para relajar los músculos y por lo tanto para prepararlos para los estiramientos musculares.
- **Masoterapia:** para relajar la musculatura y aumentar la sensibilidad en la región afectada, mediante un masaje facial externo muy suave con técnicas de:
 - Amasamiento digital.
 - Golpeteos.
 - Caricias.
 - Pinzados rodados.

Cinesiterapia facial:

- El objetivo de estos ejercicios es promover la simetría facial y mejorar la expresión facial, la alimentación y la comunicación.
- **Ejercicios activos asistidos:** deben efectuarse simétricamente respecto a la hemicara no afectada y en formas aislada con el resto de los músculos de la hemicara afectada, dándole mayor importancia a los músculos orbicular de los párpados y labios ya que por lo general son los últimos en recuperarse.
- **Ejercicios activos:** la asistencia manual disminuirá progresivamente de acuerdo con la recuperación muscular, se retira la presión digital y se trabajan los siguientes grupos musculares: frontal, superciliar, orbicular del ojo, piramidal de la nariz, elevador del labio superior, buccinador, borla y cuadrado del labio inferior, triangular de los labios, cutáneo del cuello y cigomáticos.

Terapia mímica y ejercicio faciales:

- Contraer los labios como si se fuera a dar un beso.
- Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes.
- Expulsar aire lentamente, como soplando por una vela.
- Hacer una sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás.



- Apretar los dientes lo más fuerte posible y tensionando el cuello.
- Arrugar el mentón.
- Elevar las cejas.
- Ejercicios de pronunciación de vocales y consonantes.

Educación del paciente y consejos:

- **Información:** sobre las características de la patología, alternativas de tratamiento y tiempo de recuperación, a fin de disminuir la ansiedad generada por el desconocimiento ya que si bien algunas PFP se recuperan en un lapso de tiempo muy corto otras pueden tardar un mínimo de cuatro años.
- **Protección ocular:** se considera importante la oclusión ocular nocturna para evitar lesiones de la córnea y el uso de gafas de sol para salir de la casa para proteger del polvo, el viento y la luminosidad, lubricante ocular.
- **Férula bucal:** está indicada cuando la asimetría facial limita las funciones de alimentación y comunicación.
- **Higiene oral:** debido a que la comida puede acumularse en las mejillas. No se recomienda el uso de goma de mascar ya que puede provocar fatiga muscular por acción global de la musculatura facial.

3. MANEJO FARMACOLÓGICO

No aplica.

4. COMPLICACIONES

Aunque la mayoría de las parálisis faciales periféricas evolucionan favorablemente, algunas dejan una serie de secuelas que producen algunas complicaciones como:

- Parálisis muscular.
- Movimientos en masa.
- Contracturas musculares.
- Movimientos asociados.
- Espasmo hemifacial.
- Síndrome de hiperlagrimación.
- Manifestaciones oculares.
- Afectación de actividades de la vida diaria como comer, tomar líquidos y hablar.

5. SEGUIMIENTO

Realizar una constante evaluación del paciente para determinar el efecto del tratamiento sobre sintomatología. Se recomienda asistir a cita de control con el médico remitente-tratante registrando el debido reporte y evolución del paciente. Según la respuesta terapéutica se considerará la pertinencia de posibles interconsultas con otros profesionales y/o se da por terminado el tratamiento si se cumplieron los respectivos objetivos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- C.I. Proyecto De Tratamiento Fisioterapéutico En Pacientes Con Parálisis Facial Periférica. Trabajo De Grado. Universidad De Alcalá. Facultad De Medicina Y Ciencias De La Salud.2013.
- C. B. Ejercicios Activos En La Parálisis Facial. Trabajo De Grado. Escuela Universitaria De Estudios Sanitarios, Osasun Ikasketen Unibertsitate Eskola.2013.
- D. R. Parálisis Facial Periférica, Tratamientos Y Consideraciones. Artículo De Revisión. Vol. 16.2011.

7.Control de Cambios

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Fisioterapeuta	Coordinador Medico	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

VERSION	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	20/06/2025	6	Fisioterapeuta	<p>Creación del documento por: Sandra Katherine Cárdenas – Fisioterapeuta</p> <p>Revisado por: Hugo Armando Peña – Coordinador Medico</p> <p>Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente</p>