



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA**

Informe final previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Salud en Terapia
Física y Deportiva

TEMA:

**Reflexología en la etapa subaguda de la Parálisis de Bell del adulto. Centro de Salud
“Santa Rosa”, 2019.**

Autora:

Maigualema Paucar Katherin
Alexandra

Tutor:

Mgs. Luis Alberto Poalasin Narvárez

Riobamba- Ecuador

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA

CERTIFICADO DEL TUTOR

Yo, **Mgs. Luis Alberto Poalasin Narváez** docente de la carrera de Terapia Física y Deportiva de la Universidad Nacional de Chimborazo, en calidad de tutora del proyecto de investigación **CERTIFICO QUE:** el presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Salud en Terapia Física y Deportiva con el tema: **REFLEXOLOGÍA EN LA ETAPA SUBAGUDA DE LA PARÁLISIS DE BELL DEL ADULTO. CENTRO DE SALUD "SANTA ROSA", 2019.** Propuesto por **Maigualema Paucar Katherin Alexandra** con CI: **060421465-0** quien ha culminado su estudio de grado en la carrera de **Terapia Física y Deportiva, de la Facultad de Ciencias de la Salud,** luego de haber realizado las debidas rectificaciones, revisiones, análisis y con el asesoramiento de mi persona por lo que considero que se encuentra apta para su presentación.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad facultando a la interesada hacer uso del presente para los trámites correspondientes.

Riobamba, Enero 2020

Atentamente

Mgs. Luis Alberto Poalasin Narváez

Tutor del proyecto de investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de revisión del Proyecto de Investigación titulado: **“REFLEXOLOGÍA EN LA ETAPA SUBAGUDA DE LA PARÁLISIS DE BELL DEL ADULTO. CENTRO DE SALUD “SANTA ROSA”, 2019.** Presentado por: **Maigualema Paucar Katherin Alexandra** y dirigido por: **Mgs. Luis Alberto Poalasin Narváez** una vez revisado el proyecto de investigación con fines de graduación, escrito en el cual se ha constatado con el cumplimiento de las observaciones realizadas se procede a la calificación del informe del proyecto de investigación.

Por la constancia de lo expuesto firman:

Mgs. Luis Alberto Poalasin Narváez

TUTOR

Msc. Bárbara Núñez Sánchez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Msc. Edison Bonifaz Aranda

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Mgs. Sonia Álvarez Carrión

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Riobamba, Enero 2020



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, **Maigualema Paucar Katherin Alexandra** con C.I. **060421465-0**, declaro que la responsabilidad del contenido del Proyecto de Investigación modalidad Recolección de datos con el tema **“REFLEXOLOGÍA EN LA ETAPA SUBAGUDA DE LA PARÁLISIS DE BELL DEL ADULTO. CENTRO DE SALUD “SANTA ROSA”, 2019.** Corresponde exclusivamente a mi persona y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Riobamba, Enero 2020

Maigualema Paucar Katherin Alexandra

C.I. 060421465-0

AUTOR

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo lo dedico en primer lugar a Dios por el amor, bondad, justicia y respeto que me ha regalado a lo largo de este viaje, brindándome fortaleza, valentía, educación, sabiduría espiritual y cognitiva en propósito a mi superación profesional, permitiéndome culminar con satisfacción, éxitos y bendición uno de mis objetivos.

A mis padres, Luis Maigualema y María Paucar, mis hermanos, Luis Maigualema y Darwin Maigualema por ser ese conjunto de apoyo incondicional, la confianza, la enseñanza de superación digna de admirar y el cariño constante en cada grada de mis decisiones, para no desmayar ante cualquier adversidad y seguir logrando con éxito esta etapa muy importante en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad Nacional de Chimborazo por la apertura a la Carrera de Terapia Física y Deportiva por regalarme esta oportunidad de culminar mis estudios junto a los docentes que a lo largo de mi carrera han sido primordiales para el conocimiento máximo de mi profesión haciendo de mí un profesional de calidad.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés era para mí como agua en el desierto; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Al Mgs. Luis Alberto Poalasín Narvárez por acompañarme con su conocimiento, su paciencia y cariño en la realización de mi trabajo de titulación poniendo como prioridad principal su tiempo a la culminación de mi proyecto.

A los miembros de mi tribunal que de la misma manera me apoyaron con sus revisiones constantes de mi proyecto para no tener falla alguna y entregar un proyecto de titulación elaborado en equipo.

RESUMEN

La Parálisis de Bell es la lesión o enfermedad del nervio facial, en su porción infra nuclear causando debilidad en los músculos de la cara por afectación del VII par craneal, esta afección puede ser causada por virus y exposición a agentes tóxicos y otras causas internas como daños a nivel neurológico originado por traumatismos, problemas metabólicos, neoplásicos o infecciones. El objetivo principal de este estudio es, determinar que la aplicación de la técnica de Reflexología mejora los signos en la etapa subaguda de la Parálisis de Bell del adulto que acuden al área de rehabilitación física del Centro de Salud “Santa Rosa” de Riobamba, en el periodo de marzo-abril de 2019.

En la recolección de datos la metodología empleada fue casi-experimental de carácter cualitativo y cuantitativo con un tipo de investigación aplicada, observacional, descriptiva y de campo, donde se realizó una intervención con la aplicación de la escala de House Brackman y Test de Sincinesia, mediante la observación a la muestra y el uso de una ficha de evolución desarrollada. Encontrando a un grupo de pacientes de género femenino con lateralidad derecha con mayor afectación de la mímica facial, en la escala de House Brackman, referido en grado IV, considerándose un valor elevado de deformidad facial y el Test de Sincinesia referido en puntuación 2 considerándose un valor elevado de grado de debilidad que afecta a los elementos musculares contráctiles. El análisis obtenido de otras investigaciones describe a pacientes de género femenino con lateralidad derecha como la muestra con mayor afectación de la mímica facial y la presencia de Sincinesia.

ABSTRACT

Bell's palsy is the injury or disease of the facial nerve, in its infra nuclear portion causing weakness in the muscles of the face due to involvement of the VII cranial nerve, this condition can be caused by viruses and exposure to toxic agents and other internal causes such as neurological damage caused by trauma, metabolic, neoplastic problems or infections. The main objective of this study was to determine that the application of the Reflexology technique improves the signs in the subacute stage of Bell's Palsy of the adult who attend the physical rehabilitation area of the "Santa Rosa" Health Center in Riobamba, on March-April 2019 period. In data collection, the methodology used was quasi-experimental, qualitative and quantitative, with a type of applied, observational, descriptive and field research, where an intervention was carried out with the application of the House Brackman scale and the Synkinesia Test. by observing the sample and using a developed evolution sheet. Finding a group of female patients with right laterality with greater affectation of facial mimicry, on the House Brackman scale, referred to grade IV, considering a high value of facial deformity and the Synkinesia Test referred to as score 2 considering it a high value of degree of weakness that affects the contractile muscular elements. The analysis obtained from other investigations describes female patients with right laterality as the sample with the greatest involvement of facial mimicry and the presence of synkinesia.



*Reviewed by:
Danilo Yépez Oviedo
English professor UNACH.*

CERTIFICADO DE URKUND



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 07 de mayo del 2020
Oficio N° 06-URKUND-CID-TELETRABAJO-2020

Dr. Marco Vinicio Caiza
DIRECTOR CARRERA DE TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-


Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo, de la manera más comedida tengo a bien remitir validación por el programa URKUND, del porcentaje de similitud del trabajo de investigación que se detalla a continuación:

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	Nombres y apellidos del tutor	% reportado por el tutor	% de validación verificado	Validación	
							Si	No
1	D-65209802	Reflexología en la etapa subaguda de la Parálisis de Bell del adulto. Centro de Salud Santa Rosa, 2019	Maigulema Paucar Katherin Alexandra	Mgs. Luis Poalasin Narváez	5	5	x	

Lo cual comunico para los fines correspondientes.

Por la atención que brinden a la presente le agradezco.
Atentamente,


Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH

C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

1/1

Índice de Contenidos

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
CERTIFICADO DE URKUND	VIII
Índice de Contenidos.....	IX
Índice de Gráficos.....	XI
Índice de Tablas.....	XII
Índice de Anexos.....	XIII
1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del Problema	3
4. Objetivos	7
4.1 Objetivo General:.....	7
4.2 Objetivos Específicos:	7
5. Marco Teórico	8
5.1 Anatomía nervio facial.....	8
5.2 Fisiopatología del Nervio Facial.....	10
5.3 Función del Nervio Facial.....	10
5.4 Miología de la Cara	10
5.5 Parálisis de Bell.....	13
5.5.1 Epidemiología	13
5.5.2 Etiología	14
5.5.3 Sintomatología	14
5.5.4 Diagnóstico parálisis facial	14
5.5.5 Evaluación de la Parálisis de Bell	14
5.5.6 Exploración Física.....	15
5.5.7 Test de Sincinesia.....	16

5.6 Holística	16
5.7 Terapia Manual	16
5.8 Digitopuntura	17
5.9 Reflexología	17
5.9.1 Mapa de la Reflexología Facial.....	17
5.9.2 Aplicación de la reflexología facial	19
6. Metodología de la Investigación	23
6.1 Tipo y Diseño de la investigación:	23
6.2 Unidad de Análisis	23
6.3 Población de Estudio	24
6.4 Tamaño de Muestra	24
6.5 Técnicas de recolección de datos	24
6.6 Instrumentos	24
6.7 Técnicas de Análisis de interpretación de la información	24
7. Resultados y Discusión	25
7.1 Discusión	35
8. Conclusiones	37
9. Recomendaciones	37
10. Referencias Bibliográficas	38
11. Anexos	41

Índice de Gráficos

Gráfica 1: Nervio facial.....	8
Gráfica 2: Nervio facial.....	9
Gráfica 3: Mapa de la Reflexología Facial.....	18
Gráfica 4: Puntos región frontal	19
Gráfica 5: Punto orbital 2	20
Gráfica 6: Región orbitaria inferior.....	21
Gráfica 7: Región maxilar	22
Gráfica 8: Evaluación Inicial Escala House Brackman en Relación al Género y Lateralidad...41	
Gráfica 9: Evaluación Inicial Escala House Brackman en Relación al Género y Lateralidad..41	
Gráfica 10: Evaluación Final Escala House Brackman en Relación al Género y Lateralidad..42	
Gráfica 11: Evaluación Final Escala House Brackman en Relación al Género y Lateralidad..42	
Gráfica 12: Evaluación Inicial Test de Sincinesia en Relación al Género y Lateralidad.....43	
Gráfica 13: Evaluación Inicial Test de Sincinesia en Relación al Género y Lateralidad.....43	
Gráfica 14: Evaluación Final de Sincinesia en Relación al Género y Lateralidad.44	
Gráfica 15: Evaluación Final de Sincinesia en Relación al Género y Lateralidad.44	

Índice de Tablas

Tabla 1. Músculos de la Cara	10
Tabla 2: Test de House- Brackmann	15
Tabla 3. Test de Sincinesia.....	16
Tabla 4. Evaluación Inicial Escala House Brackman.....	25
Tabla 5: Evaluación Final Escala House Brackman.	27
Tabla 6: Evaluación Inicial Test de Sincinesia.	29
Tabla 7: Evaluación Final Test de Sincinesia.	31
Tabla 8: Evaluación Inicial en comparación con la Evaluación Final de la Escala House Brackman.	33
Tabla 9: Evaluación Inicial en comparación con la Evaluación Final del Test de Sincinesia.	34

Índice de Anexos

Anexo 1: Resultados de la investigación	41
Anexo 2: Registro Fotográfico	45
Anexo 3: Historia Clínica	47
Anexo 4: Hoja de Evolución.....	52
Anexo 5: Acta de consentimiento informado.	53

1. Introducción

La presente investigación se basa en la aplicación de la Técnica de Reflexología facial, en pacientes que presentan Parálisis de Bell para la recuperación del lado parético, el tono muscular, minimizando las secuelas, y contribuir la mayor simetría facial, en pacientes adultos que acuden al área de Fisioterapia del Centro de Salud “Santa Rosa”.

La Parálisis de Bell también se la denomina como una parálisis facial periférica que causa una debilidad repentina en los músculos, desdibujando la sonrisa en el lado afectado, son muy frecuentes ocasionado por distintas afecciones del núcleo motor, los síntomas aparecen repentinamente siendo estos peores después de las 48 horas además, afecta principalmente a la musculatura de la mímica facial generando alteraciones estéticas, funcionales y psicosociales (Benitez et al. 2016).

De manera clínica, se la determina por la incapacidad para elevar la ceja, impedimento en cerrar los parpados, así mismo existe la dificultad en cerrar los ojos del lado afectado, la incapacidad para sonreír, se dificulta la articulación de la palabra. Incluso, desde que Sir Charles Bell en 1830 explicó una enfermedad representada por la disminución de la musculatura de la cara, denominada parálisis facial la cual es provocada por una disfunción del nervio facial denominándose parálisis de Bell (Lasaosa et al. 2000).

Está denominada como una parálisis autolimitada y habitualmente monofásica del nervio facial, de inicio agudo o subagudo. En el 60% de los casos, el dolor acompaña a la parálisis facial, existen alteraciones en el lagrimeo excesivo de un ojo en el 60% de los pacientes, trastornos del gusto en el 30 – 50% e hiperacusia 15 – 30%. (Bradley 2010).

La técnica de reflexología facial es un método fisioterapéutico de estimulación facial que es utilizada para tratar trastornos y dolores músculo-esqueléticos, parálisis, desequilibrios emocionales entre otras, dentro de la terapia de la medicina auxiliar es considerada eficaz como parte de un tratamiento rehabilitador por el cual destaca por sus beneficios como son la estimulación del nervio afectado y del músculo paralizado, etc. (Compostela 2016).

En esta investigación se desea determinar la eficacia de la Reflexología en la etapa subaguda de la Parálisis de Bell del adulto, pero para esto se realizara una evaluación para determinar el grado de parálisis en los pacientes donde se utilizara la escala de House-Brackmann y el Test de Sincinesia, una vez realizada la evaluación aplicar la técnica de reflexología facial

para realizar una verificación del estado final de los pacientes y dar a conocer la fiabilidad de ejecución de la técnica terapéutica.

2. Planteamiento del Problema

Los primeros estudios de parálisis facial establecieron una proporción de parálisis de Bell de hasta el 75%. Su fisiopatología sigue siendo desconocida, aunque la hipótesis más difundida es que la inflamación del nervio, cualquiera que sea su origen, daría lugar a una compresión isquémica dentro del conducto de Falopio que primero produciría desmielinización y, con mayores grados de compresión y degeneración axonal. La incidencia anual de dicha patología es de 20 a 30 pacientes por cada 100.00 habitantes en la población mundial, no tiene preferencia de raza o género, sin embargo, esta dado que el riesgo es de 3 veces mayor en mujeres embarazadas durante su primer trimestre de gestación. (Ausejo 2017).

A pesar de ser una patología muy frecuente en la población, hoy en día no existe un tratamiento efectivo en lo referente al momento y forma de aplicarlo. Muchas de las personas que adquieren esta enfermedad con el pasar del tiempo asumirán secuelas que se evidencian a simple vista; la cara es asimétrica ante los movimientos voluntarios, la hendidura palpebral esta ampliada, presentan dificultad en la alimentación y en varios de los casos presentan dolor en el lado afectado de la cara, toda estas son manifestaciones que incomodan al que la padece e influyen negativamente en sus actividades interpersonales y en su psiquis provocando malestar e incluso depresión. Existe una nueva alternativa de tratamiento ante esta enfermedad llamada reflexología facial esta técnica ayudará a estimular manualmente puntos y zonas reflejas de la cara que nos permitirá una mejor recuperación de la mímica facial, no existen documentos publicados al respecto en nuestro medio por lo cual es meritorio su abordaje e investigación.

En el Ecuador las parálisis de Bell según antecedentes estadísticos actualmente, muestran una prevalencia de alrededor 21 casos por cada 100.000 pacientes atendidos por año. Esta patología es más común en pacientes de sexo femenino en edad productiva en una proporción de tres veces más que el sexo masculino de la misma condición, sin embargo, el alcance en una mujer embarazada es del 3.3 veces mayor de aquella que no se encuentra en estado de gestación (Yoseth, Nolasco, y Pineda, 2015).

Según la administración estadística del Centro de Salud “Santa Rosa” de la ciudad de Riobamba se registra aproximadamente 60 pacientes que son atendidos mensualmente en el área de rehabilitación física, dentro de ellos existen pacientes que presentan diferentes enfermedades y padecimientos, una de ellas es el diagnóstico de parálisis facial de origen

periférico la cual esta enfermedad afecta gravemente a los pacientes en su desempeño de sus actividades de la vida diaria.

Justificación

La parálisis facial al ser un caso frecuente de prevalencia de 20 a 30 por cada 100.000 habitantes se desea implementar una terapia que permita traer un mejoramiento en los pacientes que la padecen, realizando técnicas y maniobras en diferentes puntos específicos en la fascia del paciente (Lassaletta et al. 2019).

El estudio fue diseñado para brindar y alcanzar resultados validadores en la recuperación de la simetría facial, así también en la disminución inflamatoria, mejoría en el tono muscular y sobre todo la movilidad de la hemicara afectada en los pacientes con parálisis de Bell, conociendo así los conceptos y principios básicos de la Reflexología que será dirigido a los pacientes que acuden al área de terapia física del Centro de Salud “Santa Rosa”.

La reflexología facial actuará en la liberación de numerosas sustancias bioquímicas del Sistema Nervioso ya que están enlazadas a la respuesta inmune del cuerpo. Este método terapéutico proporcionará una respuesta rápida e involuntaria, de tal manera que la misma fortalezca el tono muscular y vaya aumentando la circulación sanguínea, así se encaminará a mejorar el estado emocional, regulando la química corporal del paciente por medio de la relajación (Yoseth, Nolasco, y Pineda, 2015).

Por lo tanto, se incita a realizar un amplio estudio bibliográfico, clínico y evolutivo para el mayor y mejor conocimiento de la enfermedad realizando un estudio epidemiológico, estadísticamente hablando de las manifestaciones de la parálisis facial y con ello hacer una evaluación que nos servirá para establecer la evolución de los futuros pacientes (Ortega 2010).

Sobre todo, se tomará en cuenta el test de House- Brackmann para la exploración física de quien la padece y el test de Sincinesia, el cual es un examen muscular que se practica

manualmente con el propósito de evaluar la magnitud y el grado de debilidad que aflige a las partes musculares contráctiles (Muñoz, 2018).

El objetivo de esta investigación es la aplicación de la técnica reflexológica en los pacientes con parálisis facial periférica idiopática. Para ello se dará a conocer el conocimiento minucioso de la fisiología y fisiopatología del nervio facial y el establecimiento de factores clínicos que deberían posibilitar la comprensión y el análisis de la mayoría de los problemas del nervio facial, ayudando a emitir un pronóstico certero, así como a la planificación terapéutica. (Ortega 2010).

4. Objetivos

4.1 Objetivo General:

- Determinar los efectos de la aplicación Reflexológica en el tratamiento de la Parálisis de Bell del adulto que acuden al área de rehabilitación física del Centro de Salud “Santa Rosa” de Riobamba.

4.2 Objetivos Específicos:

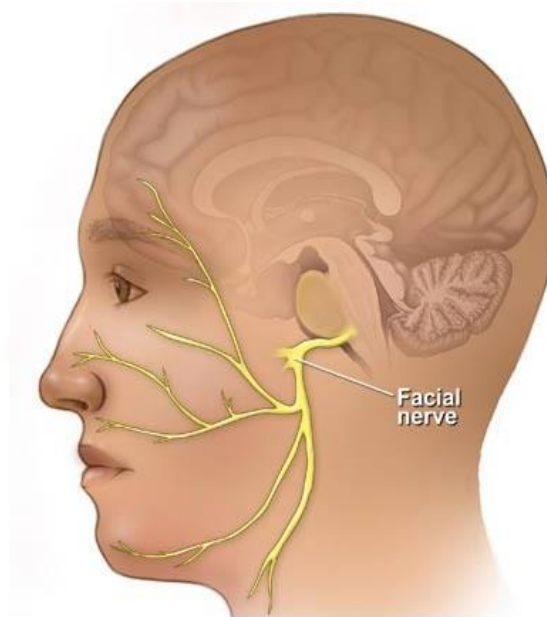
- Evaluar a los pacientes adultos con Parálisis de Bell antes y después de la ejecución de la técnica de reflexología facial a través de la escala de House – Brackmann y el Test de Sincinesia.
- Aplicar la técnica de reflexología facial en pacientes que presentan parálisis de Bell que acuden al área de rehabilitación física del Centro de Salud “Santa Rosa” de Riobamba.
- Procesar los datos obtenidos de la investigación.

5. Marco Teórico

5.1 Anatomía nervio facial

El sistema nervioso central SC se divide en encéfalo y medula espinal y el periférico en raíces nerviosas, nervios, ganglios nerviosos, plexos y nervios periféricos. El nervio facial es el VII par craneal el cual es mixto siendo aferente y eferente motora y sensitiva, es el segundo nervio del arco faríngeo (Romero 2015).

Gráfica 1: Nervio facial



Fuente: (Anatomia Topografica , 2018)

La estructura del nervio facial se compone de cuatro grandes componentes: vaina, epineuro, perineuro y endoneuro (Patiño 2016).

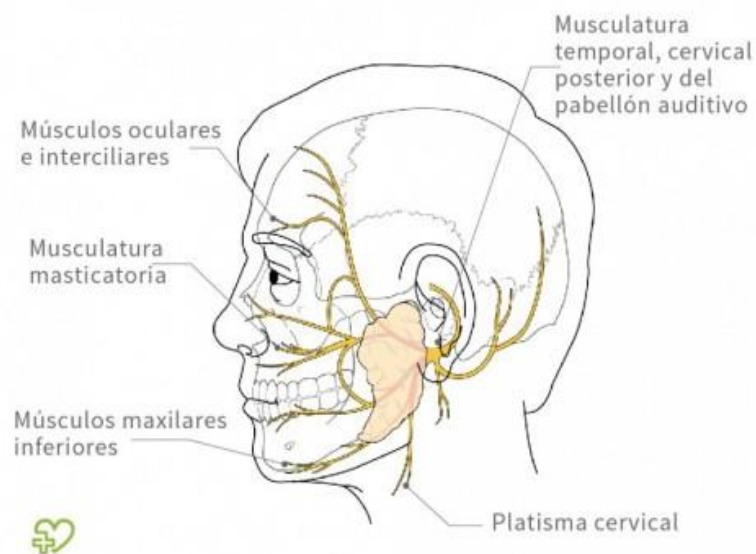
El nervio facial inerva las papilas gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua. Las neuronas unipolares con cuerpos celulares en el ganglio geniculado dentro del hueso temporal transportan la información gustativa desde las papilas, a través de la rama del nervio facial cuerda del tímpano, que se une con la rama lingual del nervio trigémino. El nervio de la cuerda del tímpano se une al tronco principal del nervio facial justamente antes del agujero estilo mastoideo.

A partir del ganglio geniculado, la información gustativa discurre en localización proximal para entrar en el tracto solitario y, finalmente, en el núcleo solitario anterior (o gustativo) en el bulbo rostral a través del nervio intermediario, que discurre a través del canal auditivo interno. La información sensitiva aferente procedente del paladar blando, el oído medio, la membrana timpánica y el conducto auditivo externo discurre por el nervio facial. (Bradley 2010).

Las fibras motoras recorren el ángulo pontocerebeloso para entrar en el peñasco y el canal facial o conducto de Falopio. Antes de salir del cráneo a través del agujero estilomastoideo, emerge una pequeña rama para el músculo del estribo. Después de salir por el agujero estilomastoideo, la rama motora penetra en el interior de la glándula parótida antes de ramificarse en los nervios temporal, zigomático, bucal, mandibular y cervical que inervan los músculos de la expresión facial, el estilohioideo y el vientre posterior del músculo digástrico (Bradley 2010).

Las fibras motoras eferentes del orbicular del ojo constituyen el sustrato anatómico de la rama eferente del reflejo corneal. El nervio facial lleva la inervación parasimpática preganglionar eferente de la glándula lagrimal en el nervio petroso superficial mayor, la primera rama que emite el nervio facial periférico cerca del ganglio geniculado. (Bradley 2010).

Gráfica 2: Nervio facial



Fuente: (Anatomía Topográfica 2018).

5.2 Fisiopatología del Nervio Facial

En los procesos que vive el séptimo par craneal durante los procesos de afección, ya sea de tipo idiopático, infeccioso, compresivo, traumático o autoinmune, el principio básico de la disfunción es cuando se presenta la inflamación neurógena y edema, estableciendo una incapacidad para la transmisión correcta de los potenciales de acción a través de las fibras tanto aferentes como eferentes de las que está compuesto el nervio (Muñiz 2019).

El nervio facial traspasa el hueso temporal por una vía conocida como el canal de Falopio. Este canal tiene espacios limitados lo que significa la sección del paso del nervio facial a través de él y está sujeto a un pinzamiento en presencia de inflamación. El nervio se edematiza secundariamente a la inflamación, que crea un choque circunferencial a medida que atraviesa aproximadamente 3 centímetros a través del canal de Falopio. La presión ejercida por el edema delimita el flujo de la sangre, haciendo que el nervio se convierta isquémico, lo que resulta en producir una parálisis facial unilateral o parálisis (Malvern 2016).

5.3 Función del Nervio Facial

El nervio facial inerva los músculos de la expresión facial. Sus otras funciones son las siguientes:

- Sensación del gusto a la porción anterior de la lengua y la cavidad oral.
- Función secretomotoras parasimpática de las glándulas salivales, lagrimales, nasales y palatinas (Cailliet 2014).

5.4 Miología de la Cara

Tabla 1. Músculos de la Cara

MUSCULOS DEL CUERO CABELLUDO			
Músculos	Origen	Inserción	Acción
Epicraneano-Occipital	Dos tercios laterales de la línea nual superior del hueso occipital. Apófisis mastoides del hueso temporal.	Galea aponeurótica (tendón en forma de sábana que llega hasta el vientre frontal).	Tira del cuero cabelludo hacia atrás. Ayuda al vientre frontal a elevar las cejas y arrugar la frente.
Epicraneano-Frontal	Galea aponeurótica (tendón en forma de sábana que llega hasta el vientre occipital).	Fascia y piel por encima de ojos y nariz.	Tira del cuero cabelludo hacia delante. Eleva las cejas y arruga la piel de la frente horizontalmente.
Temporoparietal	Fascia por encima de la oreja.	Borde lateral de la galea aponeurótica.	Tensa el cuero cabelludo.

MUSCULOS DE LOS PARPADOS			
Músculos	Origen	Inserción	Acción
Orbicular del Ojo parte lagrimal	Hueso lagrimal.	Rafe palpebral lateral.	Dilata el saco lagrimal y lleva los canales lagrimales a la superficie del ojo.
Parte orbital	Hueso frontal. Pared medial de la órbita (en el maxilar superior).	Recorrido circular en torno a la órbita, que vuelve al origen.	Cierra con fuerza los párpados («atornilla» bien los ojos).
Parte palpebral	Ligamento palpebral medial.	Ligamento palpebral lateral al hueso cigomático.	Cierra con suavidad los párpados (y se activan de forma involuntaria, como al pestañear).
Elevador del Párpado Superior	Raíz de la órbita (ala menor del esfenoides).	Piel del párpado superior	Eleva el párpado superior.
Corrugador de la Ceja	Extremo medial del arco superciliar del hueso frontal.	Superficie profunda de piel bajo la mitad medial de las cejas.	Tira de las cejas medialmente y hacia abajo, por lo que produce arrugas verticales, como cuando se frunce el ceño.
MUSCULOS DE LA NARIZ			
Músculos	Origen	Inserción	Acción
Prócer	Fascia sobre el hueso nasal. Cartílago nasal lateral.	Piel entre las cejas.	Arruga la nariz. Tira de la porción medial de las cejas hacia abajo.
Nasal	Zona media del maxilar superior (por encima de incisivos y caninos). Cartílago alar mayor. Piel de la nariz.	Une los músculos de cada lado a través del puente de la nariz. Piel de la punta de la nariz.	Mantiene abiertas las narinas externas durante las inhalaciones profundas (es decir, ensancha las fosas nasales).
Depresor del Tabique Nasal	Fosa incisiva del maxilar superior (por encima de los incisivos).	Tabique nasal y ala.	Estrecha las narinas.
MUSCULOS DE LA BOCA			
Músculos	Origen	Inserción	Acción
Orbicular de la Boca	Fibras musculares que rodean la apertura de la boca, fijadas a la piel, el músculo y las fascias de los labios y áreas colindantes.	Piel y fascia de la comisura de los labios.	Cierra los labios. Aprieta los labios contra los dientes. Saca (frunce) los labios. Modula los labios mientras se habla.
Elevador del labio Superior	Hueso cigomático y apófisis frontal del maxilar superior.	Cartílago alar mayor, labio superior y piel de la nariz.	Eleva el labio superior. Dilata las narinas. Forma los surcos nasolabiales.
Cabeza infraorbital	Borde inferior de la órbita.	Músculos del labio superior.	Eleva el labio superior.

Elevador del Ángulo de la Boca	Fosa canina del maxilar superior.	Ángulo de la boca.	Eleva la esquina de la boca.
Cigomático Mayor	Superficie lateral superior del hueso cigomático.	Piel de la comisura de los labios. Orbicular de la boca.	Tira de la comisura de los labios hacia arriba y hacia atrás, como para sonreír
Cigomático Menor	Superficie inferior del hueso cigomático.	Parte lateral del labio superior, lateral al elevador del labio superior.	Eleva el labio superior. Forma los surcos nasolabiales.
Depresor del labio inferior	Superficie anterior de la mandíbula, entre el agujero y la sínfisis mentonianos.	Piel de labio inferior.	Tira del labio inferior hacia abajo y levemente hacia el lateral.
Depresor del ángulo de la Boca	Línea oblicua de la mandíbula.	Ángulo de la boca.	Tira de la comisura de los labios hacia abajo, como cuando se está triste o se frunce el ceño.
Mentoniano	Fosa incisiva de la superficie anterior de la mandíbula	Piel del mentón.	Protruye el labio inferior y levanta (arruga) la piel del mentón, como al hacer pucheros.
Risorio	Fascia sobre el masetero y la glándula parótida (salival) (es decir, fascia de la mejilla lateral).	Piel de la comisura de los labios.	Tira de la comisura de los labios lateralmente, como cuando hay tensión o en una sonrisa forzada.
Platisma	Fascia subcutánea del cuarto superior del pecho (es decir, la fascia que recubre el pectoral mayor y el deltoides).	Fascia subcutánea y músculos de mentón y mandíbula. Borde inferior de la mandíbula.	Tira del labio inferior desde la comisura hacia abajo y lateralmente. Tira de la piel del pecho hacia arriba.
Buccinador	Apófisis alveolares del maxilar superior y la mandíbula sobre los molares y a lo largo del rafe pterigomandibular (banda fibrosa que se extiende entre el gancho de la pterigoides y la mandíbula).	Orbicular de la boca (músculos de los labios).	Comprime las mejillas, como cuando se sopla. Permite meter las mejillas hacia dentro, lo que produce la acción de sorber.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Fernández, 2015).

5.5 Parálisis de Bell

La parálisis de Bell es una afección que consiste en la debilidad de la musculatura facial que se produce cuando existe una injuria a nivel de las vías sensitivas y motoras, presentando signos como sialorrea, alteración del sentido del gusto entre otras. (Benitez et al. 2016).

La Parálisis de Bell comienza inesperadamente y va empeorando en el transcurso de 3 a 5 días. Esta condición resulta del daño del VII nervio craneal (facial) y puede estar acompañada de dolor o malestar en un lado de la cara y la cabeza. La parálisis de Bell afecta a hombres y mujeres por igual, normalmente entre los 15 y los 60 años (Capote, Lòpez, and Bravo 2019).

Este tipo de parálisis ocurre cuando el nervio que controla los músculos de la cara se inflama, esta afección afecta muy pocas veces a ambos lados de la cara, su causa es muy desconocida ya que está ligada a una infección por un herpes (herpes zoster) y otras causas asociadas como otitis, VIH y entre otros (Capote et al. 2019).

Cuando la parálisis facial es idiopática e incompleta casi siempre se logra la recuperación completa o satisfactoria. En general, si la parálisis facial (completa o incompleta) empieza a recuperarse antes de las 3 semanas, se puede esperar una excelente recuperación con pocas excepciones” (Benitez et al. 2016; Malvern 2016).

5.5.1 Epidemiología

Se han reportado estudios estadísticos que han validado la incidencia de casos en referencia a las zonas geográficas, entre 11 a 40 caso de cada 100.000 habitantes por año y también otras cifras de 8 casos a 240 de cada 100.000 habitantes de cada año, esto se debe a diferentes factores determinantes como el clima, la prevalencia de enfermedades, infecciones a largo plazo y las características demográficas de la zona estudiada como la temperatura, humedad y otro, esto puede provocar que se tomen en cuenta diferentes criterios y datos, todo dependerá de cómo se evalué y evidencie el caso (Diego, Prim, and Gavilán 2001; Sastre, Espada, and Fernández 2005).

En la parálisis de Bell, aparecen ciertos procesos como factores predisponentes, puede aparecer en cualquier época del año, tampoco se han demostrado estudios previos a la edad, razas, géneros ni el tipo de lateralidad afectada por dicha parálisis, En el 1% de los pacientes la parálisis facial periférica es bilateral (González et al. 2019).

5.5.2 Etiología

Las causas de la parálisis facial son dos, adquiridas y congénitas, entre las adquiridas encontramos las idiopáticas, traumáticas, tumorales, infecciosas, tóxicas, iatrogénicas, neurológicas, vasculares y metabólica. Pero en la mayoría de casos se presentan por origen idiopático, por un fenómeno conocido como Frigori dando como resultado la parálisis facial periférica o más conocida como parálisis de Bell. Clínicamente esta afección se evidencia de acuerdo al grado en que se encuentre comprometido el nervio facial. (Benitez et al. 2016).

También se puede decir que la parálisis de Bell es producto de la inflamación del nervio facial, lo que conduce a una isquemia y a una desmielinización del mismo, es descrita como idiopática y su etiología es incierta (Gutierrez 2011).

5.5.3 Sintomatología

Puede variar mucho todo dependerá del paciente y del alcance de la lesión, es necesario destacar que puede ir desde una afección leve en una pequeña parte de la cara o ser total (Lopez 2018).

Dentro de las 48 horas aparece la alteración del sentido del gusto, dificultad en el habla, salivación, dolor detrás del oído y la hipersensibilidad del sonido en el lado de la parálisis (Malvern 2016).

5.5.4 Diagnóstico parálisis facial

Al momento de querer diagnosticar una parálisis facial se debe poder diferenciar entre una parálisis periférica o parálisis central, y la única manera de hacerlo es clínicamente, la diferencia entre la PFC es porque esta afecta al hemisferio inferior de la cara únicamente, mientras que la PFP afecta todo el hemisferio de la cara comprometido, Sin embargo, la parálisis de Bell no es peligrosa; hasta 90% de los pacientes pueden tener una recuperación completa (Malvern 2016).

5.5.5 Evaluación de la Parálisis de Bell

Anamnesis:

- Desigualdad en el rostro (sobre todo cuando se ejecutan movimientos) (González et al. 2019) .

- Reducción o ausencia de las rugosidades de la dermis en la parte frontal (en ocasiones no se da en las primeras etapas) y del surco naso geniano de la zona perjudicada (González et al. 2019).
- Desviación de la boca hacia la parte sana (González et al. 2019).
- Dificultad para subir y bajar las cejas, insuflar los carrillos, silbar, parpadear o cerrar el ojo del lado afectado (González et al. 2019).
- Falta de movimiento en el rostro, la ausencia de gestos (González et al. 2019).
- Problemas en la masticación y deglución (González et al. 2019).

5.5.6 Exploración Física

Actualmente la magnitud de cualquier anomalía o deformidad facial, depende mucho del tiempo de inicio y el grado de la lesión, por tal motivo se aplica la clasificación de House-Brackmann la cual sirve para calcular la parálisis facial, por lo que es muy usada internacionalmente y en ella se identifican seis criterios (Paredes, 2018).

Tabla 2: *Test de House- Brackmann*

<p>Grado I: “función facial normal en todos los territorios”.</p> <p>Grado II: “disfunción leve. Ligera debilidad de la musculatura, apreciable tan sólo en la inspección meticulosa. En reposo simetría normal. No sincinesias, ni contracturas ni espasmos faciales”.</p> <p>Grado III: “disfunción moderada. Incompetencia para el cierre palpebral completo; hay movimiento de región frontal, asimetría de la comisura bucal en movimientos máximos. En reposo simetría y tono normal”.</p> <p>Grado IV: “disfunción moderadamente severa. Debilidad y/o asimetría desfiguradora. En reposo simetría y tono normal. No hay movimiento de región frontal; imposibilidad para cerrar el ojo totalmente. Sincinesias. Espasmo facial”.</p> <p>Grado V: “disfunción severa. Poca actividad motora perceptible. En reposo asimetría”.</p> <p>Grado VI: “Parálisis total. No existe movimiento. Pérdida del tono, no hay sincinesias, contracturas ni espasmos.”</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de (Álvarez , Mora Vargas , & Gonzáles Cortés , 2015).

5.5.7 Test de Sincinesia

Es un examen muscular que se lo practica manualmente con el fin de evaluar la magnitud y el grado de debilitación que aflige a las partes musculares contráctiles. Se los mide en niveles: los movimientos subsiguientes “Evaluación General” (Philippe & Álvaro, 2007).

Tabla 3. Test de Sincinesia

Puntuación	Grado de movimiento
0	Ninguno
1	Sincinesias, Contracturas Mínimas
2	Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas
3	Sincinesias de la desfiguración, contracturas Graves

Fuente: Elaboración propia a partir de (Philippe & Álvaro, 2007).

5.6 Holística

Tiene como objetivo sanar el alma, la mente y el espíritu, este tipo de medicina realiza un equilibrio, a través de terapias tradicionales los cuales son combinados con técnicas, para llevar al paciente a un estado de salud adecuado, la sanación del paciente es dada de manera natural, logrando una liberación de pensamientos negativos al paciente formando un equilibrio. Existen dos formas de utilizar la medicina holística; la primera es la medicina complementaria o integrada que se utiliza en conjunto con la medicina convencional, la segunda es la medicina alternativa que se utiliza en vez de la medicina convencional (Abel Eréndida 2010).

Este aspecto busca identificar todo hecho y hábitos que infieran con la salud de la persona, como lo pueden ser, el dejar hábitos tabáquicos, una inadecuada alimentación, para esto es importante la integración de actividades deportivas, y otras alternativas que se pueden incluir es el yoga, acupuntura, todos estos aspectos cumplen con el objetivo de la holística que es establecer una armonía con principios estableciendo el equilibrio mental (Abel Eréndida 2010).

5.7 Terapia Manual

Son una serie de técnicas especiales y específicas, para diferentes tratamientos del dolor y síntomas que tienen difusión neuro-musculo-esquelético, las cuales son aplicadas manualmente y de forma instrumental, el principal objetivo de estas terapias manuales las cuales son empleadas para recuperar movimientos articulares y musculares, presenta una restricción antes de que las técnicas sean empleadas, mejorando la funcionalidad del paciente al cual se le aplican estas técnicas (Berceo 2017).

Esta terapia va más allá de recuperar la funcionalidad, esta es un arma eficaz, la cual tiene un valor terapéutico y preventivo incalculable para las vidas de las personas, esta herramienta es antigua, se puede decir que la terapia manual es “un conjunto de métodos y actos con finalidad terapéutica que, aplicados manualmente a partir de minuciosa anamnesis del paciente y estudio de las pruebas complementarias oportunas, sobre los tejidos musculares, conjuntivos y nerviosos” (Campoz 2016).

5.8 Digitopuntura

La Digitopuntura es un procedimiento terapéutico de la medicina tradicional China, es una rama derivada de la acupuntura, la cual se basa en presiones en los nodos, con la que se reactiva la circulación energética y es equilibrada, a través de ello el paciente puede mantener su organismo en un mejor estado, también se puede decir que es un masaje que puede ser realizado en cualquier tipo de persona ya que no se producen efectos secundarios. La presión que se ejerce en estos puntos es de aproximadamente 20 a 30 segundos, al encontrar estos puntos, periten al paciente una relajación y efectiva sensación de tranquilidad (Cejudó 2019; Santana, Arévalo, and Rodríguez 2019).

Cada uno de los puntos está relacionado con cada órgano interno los cuales son unidos a través de canales energéticos, llevando el nombre de meridianos, donde circula la energía vital, esta técnica es usada como una terapia curativa (Cejudó 2019).

5.9 Reflexología

Consiste en una nueva terapia natural, eficaz y moderna, la cual se la denomina como: Reflexodrenaje, Facioterapia o Reflexoterapia, esta se la aplica en el rostro para estimular ciertas zonas reflejas y puntos fijos, regulando el equilibrio que integra todo el cuerpo y a su vez activando la auto sanación del organismo (Yoseth, Nolasco, y Pineda, 2015).

5.9.1 Mapa de la Reflexología Facial

Este mapa facial hace alusión a las distintas áreas del rostro humano, utilizado por el personal adecuado y preparado, con el fin de conseguir en el paciente alivio y una recuperación más efectiva y rápida. En el rostro también existen una gran cantidad de zonas reflejas o puntos fijos los cuales se conectan directamente con nuestro organismo (Yoseth, Nolasco, y Pineda, 2015).

Gráfica 3: Mapa de la Reflexología Facial



Fuente: La Reflexología (Falasco 2004).

La técnica es realizada con la yema de los dedos ejerciendo presión sobre puntos como se pueden evidenciar en la anterior imagen y se utiliza un aceite para facilitar el masaje, estos puntos mantienen una zona de confluencia linfática lo que al masajearlos mejoran su circulación. Esta técnica es considerada una técnica artesanal con un origen oriental de reequilibrio, estudiando los actos reflejos de las terminaciones del sistema nervioso central (Manduly 2016).

El masaje es llevado a cabo desde datos científicos, permitiendo la liberación de tensiones que se puedan acumular en los músculos faciales, también en el sistema de relación puede verse intervenido distintos estados depresivos superados a través de la estimulación de los diferentes puntos nerviosos del sistema nervioso central, se puede decir que a su vez la reflexología facial se aplica en la parte facial debido a que es una zona del cuerpo que está cerca del cerebro, órgano que se le considera vital en su capacidad de restaurar el equilibrio en el resto del cuerpo (Delplace 2014).

“En la cara hay más de 1.200 terminaciones nerviosas. La reflexología facial puede ayudar a mejorar o curar trastornos como insomnio, ansiedad, depresión, estrés, nerviosismo, dificultades de adaptación, hipertensión e hipotensión, taquicardias, vértigos, cefaleas, problemas digestivos, colon irritable, estreñimiento” (Carrasco 2015).

5.9.2 Aplicación de la reflexología facial

En este aspecto se puede trabajar de cubito supino para tratar las zonas de la cara y cabeza, así evaluar los cambios de las tensiones musculares, para ello es necesario realizar una presión con el pulpejo del dedo realizando presiones adecuadas (Shigeru Onoda 2019).

A. Región frontal

Es necesario tomar una postura de rodillas frente al paciente, una vez en esta postura es importante ejercer presión con el pulgar en los puntos frontales, ubicados desde la región del entrecejo donde se estimula la región del hígado y hacia la línea del cuero cabelludo, donde se realizará un estímulo en el intestino delgado. Así mismo en una posición seiza se presiona con el pulgar derecho el punto situado en el centro del maxilar superior, el cual es un punto clave para la reanimación general, ya que en este punto estimularemos el área del corazón, como se puede observar en la siguiente imagen (Shigeru Onoda 2019).

Gráfica 4: Puntos región frontal



Fuente:(Shigeru Onoda 2019)

A. Región orbital superior

En la misma posición seiza, se presionará con los dedos, índice, medio y anular de cada mano, en las líneas de cada punto de la región orbitaria superior, se presionará con mucho

cuidado de no presionar el globo ocular, en este punto se estimulará el corazón (Shigeru Onoda 2019).

B. Región orbital superior puntos 2

Estando en la misma posición mencionada anteriormente, es colocado el dedo medio sobre el índice, esto debe ser de cada mano para realizar una presión, rígida y con suavidad, las hendiduras orbitales superior, con una localización en el segundo punto de cuatro (Shigeru Onoda 2019).

Gráfica 5: Punto orbital 2



Fuente:(Shigeru Onoda 2019).

C. Región orbitaria inferior

Estando en la misma posición son utilizados los pulgares para ejercer presión, en las líneas de los cuatro puntos en la región inferior, siendo desde la región nasal hasta las orejas, en estos puntos ayudaremos a la estimulación del riñón (Shigeru Onoda 2019).

Gráfica 6: Región orbitaria inferior



Fuente:(Shigeru Onoda 2019).

D. Región nasal

En la posición seiza se realiza una presión, con el dedo medio sobre el índice de cada mano, masajeando las líneas de cuatro puntos de cada lado de la nariz, el cual debe ser posicionado de la siguiente manera: desde la zona inferior a la comisura de los ojos hacia el maxilar superior, donde estimularemos zonas reflejas del estómago y la vesícula (Shigeru Onoda 2019).

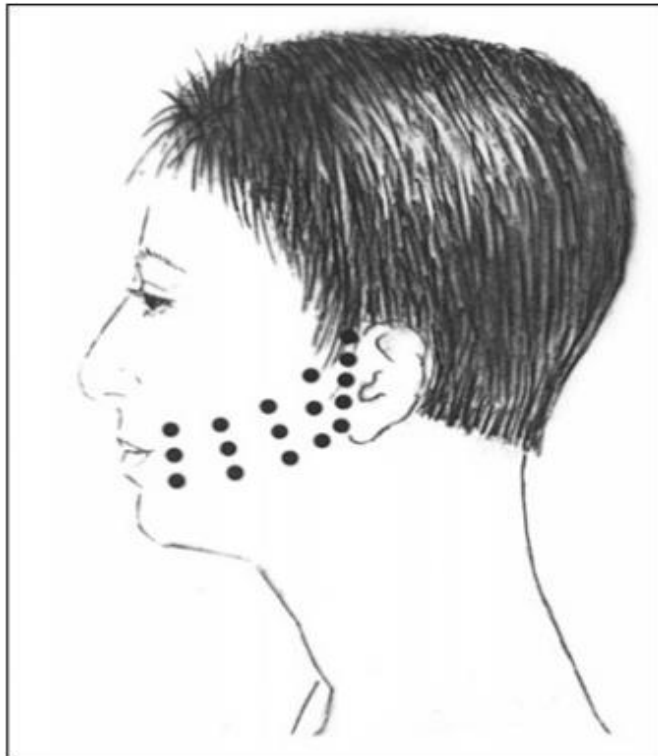
E. Región zigomática

En este caso el especialista realiza una presión con los dedos índice, medio y anular de cada mano, los cuatros puntos desde la región nasal, hacia el lateral (Shigeru Onoda 2019).

F. Región maxilar

Se presiona con suavidad con los pulgares en la región maxilar de cada lado de la cara, siendo tres líneas de cuatro puntos, de la misma región, luego la comisura de los labios y la línea maxilar inferior, se estimula puntos del estómago, intestino grueso y pulmones (Shigeru Onoda 2019).

Gráfica 7: Región maxilar



Fuente:(Shigeru Onoda 2019).

G. Región de la oreja

Esta región debe ser presionada con ambos pulgares, siendo una línea de 5 puntos, las cuales está localizada delante de la oreja, desde el lóbulo hacia el ápice (Shigeru Onoda 2019).

H. Región maxilar superior

Se ejercerá presión con los pulgares, en las líneas de cuatro puntos de la región maxilar superior, los pulgares se irán abriendo hacia los laterales, de igual manera se estimulará varias zonas como son el corazón, intestino grueso y pulmones (Shigeru Onoda 2019).

I. Región maxilar inferior

El especialista debe presionar con los pulgares y dedos de las manos en oposición, la línea de cuatro puntos, de la región inferior, siendo el primer punto en la región del mentón, abriéndose a los laterales, donde se estimulará una parte de los genitales y los pulmones (Shigeru Onoda 2019).

6. Metodología de la Investigación

6.1 Tipo y Diseño de la investigación:

Mixto

Es una investigación de tipo cualitativo porque se puede reflejar en las historias clínicas y hojas de evolución donde se describen los datos legibles de cada paciente que presenta la sintomatología de la patología, llevando a una evaluación para la aplicación de la técnica.

También se expresaría la investigación de tipo cuantitativa porque usa la recolección de datos con base a la valoración numérica del test de House Brackman y test de Sincinesia que va dirigido a los pacientes que asisten al Centro de Salud Tipo B “Santa Rosa”, por medio de esto podemos establecer valores numéricos que expresaran el verdadero estado inicial de los pacientes.

Diseño

Descriptivo: se realizó un análisis de la información adquirida así mediante esta se pudo describir cual fue el efecto de la aplicación de la Reflexología facial en los pacientes de 20 a 50 años de edad con Parálisis de Bell en etapa subaguda.

6.2 Unidad de Análisis

De campo: dado a que la recopilación de datos se realizó en el lugar de los hechos en este caso fue en el área de rehabilitación física del Centro de Salud Tipo B “Santa Rosa” de Riobamba.

Documental: es de tipo documental, debido a que la información recolectada se basó de fuentes documentales como son: la historia clínica de los pacientes, las fichas de evolución, también nos basaremos en libros, revistas científicas, sitios web donde se obtendrá información del tema a tratar.

Aplicativo: Mediante la aplicación de la técnica de reflexología se busca recuperar la fuerza muscular de la mímica facial en el tratamiento de Parálisis de Bell en su etapa subaguda.

Método Deductivo: este método va de lo específico a lo general, lo utilizamos para analizar la información obtenida en el estado de arte que contiene descripciones anatómicas, fisiológicas de la estructura en estudio su desarrollo normal hasta llegar al proceso patología.

Método Inductivo: debido a que se analizó de manera particular las complicaciones que conlleva presentar parálisis facial y así realizar la intervención mediante la Reflexología.

6.3 Población de Estudio

El Centro de Salud “Santa Rosa” de Riobamba conforma con 12 pacientes entre las edades de 20 a 50 años de edad que acuden al área de rehabilitación física con diagnóstico de Parálisis de Bell.

6.4 Tamaño de Muestra

Esta se define por ser una muestra seleccionada de 12 personas entre mujeres y hombres que acuden al área de Fisioterapia del Centro de Salud “Santa Rosa” de Riobamba, con edades entre 20-50 años, que cumplen los siguientes criterios de inclusión.

Criterio de Inclusión

Personal que acuden al área de Fisioterapia del Centro de Salud “Santa Rosa” Personal que firmó el documento de consentimiento informado para realizar la intervención por parte del investigador.

Personal que aportó con cierto horario definido voluntariamente para la aplicación de la intervención.

6.5 Técnicas de recolección de datos

Fichas de evolución dirigida a los pacientes que acuden al área de Fisioterapia del Centro de Salud “Santa Rosa”, la Observación en la regeneración de la movilidad de la mímica facial.

6.6 Instrumentos

Para la observación se usará una ficha de evolución donde nos permitirá evaluar el progreso de cada uno de los pacientes con Parálisis de Bell.

Un Test de House- Brackmann que definirá el grado de parálisis inicial y final del paciente.

Un Test de Sincinesia que valorara la extensión y el grado inicial y final de debilidad que afecta a los elementos musculares contráctiles.

6.7 Técnicas de Análisis de interpretación de la información

Los resultados serán procesados mediante el programa SPSS versión 25.

7. Resultados y Discusión

Tabla 4. Evaluación Inicial Escala House Brackman

Lateralidad	House Brackman inicial		Género		
			Femenino	Masculino	Total
Derecha	Grado IV	Recuento	3	2	5
		% del total	33,30%	22,20%	55,60%
		Grado III	Recuento	1	2
		% del total	11,10%	22,20%	33,30%
	Grado V	Recuento	1	0	1
		% del total	11,10%	0,00%	11,10%
	Total	Recuento	5	4	9
		% del total	55,60%	44,40%	100,00%
Izquierda	Grado IV	Recuento	2	1	3
		% del total	66,70%	33,30%	100,00%
	Total	Recuento	2	1	3
		% del total	66,70%	33,30%	100,00%
Total	Grado IV	Recuento	5	3	8
		% del total	41,70%	25,00%	66,70%
		Grado III	Recuento	1	2
		% del total	8,30%	16,70%	25,00%
	Grado V	Recuento	1	0	1
		% del total	8,30%	0,00%	8,30%
	Total	Recuento	7	5	12
		% del total	58,30%	41,70%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir del Análisis de tablas cruzadas House Brackman Inicial procesado SPSSv.25.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

Mediante la evaluación del Test de House Brackman inicial se observó la presencia de la lateralidad derecha en el grado IV considerado como (Disfunción moderadamente severa), en 3 personas (33,30%) del género femenino y 2 personas (22,20%) son de género masculino, en el grado III considerado como (Disfunción moderada), se observó a 1 persona (11,10%) de género femenino y 2 personas (22,20%) de género masculino, en el grado V considerado como (Disfunción severa), se observó 1 persona (11,10%) de género femenino, la mayor frecuencia de lateralidad derecha se reflejó en las personas de género femenino en un grado IV. En la lateralidad izquierda en el grado IV considerado como (Disfunción moderadamente severa), se observó 2 personas (66,70%) del género femenino y 1 persona (33,30%) son de género masculino. Como resultado total se observó que la mayor frecuencia se dio en grado IV con un 66,70% (8 personas) siendo más de la mitad de la población. En el grado III con un 25,00% (3 personas). En el grado V considerado como (Disfunción severa) con un 8,30% (1 persona). La mayor frecuencia de grado IV lo lleva el género femenino con un 58,30% (8 personas) y el restante 41,70% (5 personas) son de género masculino.

Tabla 5: Evaluación Final Escala House Brackman.

Lateralidad	House Brackman Final	Género			
		Femenino	Masculino	Total	
Derecha	Grado II	Recuento	3	2	5
		% del total	33,30%	22,20%	55,60%
	Grado I	Recuento	1	2	3
		% del total	11,10%	22,20%	33,30%
	Grado III	Recuento	1	0	1
	% del total	11,10%	0,00%	11,10%	
	Total	Recuento	5	4	9
		% del total	55,60%	44,40%	100,00%
Izquierda	Grado II	Recuento	2	1	3
		% del total	66,70%	33,30%	100,00%
	Total	Recuento	2	1	3
		% del total	66,70%	33,30%	100,00%
Total	Grado II	Recuento	5	3	8
		% del total	41,70%	25,00%	66,70%
	Grado I	Recuento	1	2	3
		% del total	8,30%	16,70%	25,00%
	Grado III	Recuento	1	0	1
		% del total	8,30%	0,00%	8,30%
	Total	Recuento	7	5	12
		% del total	58,30%	41,70%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir del Análisis de tablas cruzadas House Brackman Final procesado SPSSv.25.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

Mediante la evaluación del Test de House Brackman final se observó la presencia de la lateralidad derecha en el grado II considerado como (disfunción leve), en 3 personas (33,30%) del género femenino y 2 personas (22,20%) son de género masculino, en el grado I considerado como (función normal en todos los territorios), se observó a 1 persona (11,10%) de género femenino y 2 persona (22,20%) de género masculino, en el grado III considerado como (Disfunción moderada), se observó 1 persona (11,10%) de género femenino, la mayor frecuencia de lateralidad derecha se reflejó en las personas de género femenino en un grado II. En la lateralidad izquierda con el grado II considerado como (disfunción leve), se observó 2 personas (66,70%) del género femenino y 1 persona (33,30%) son de género masculino. Como resultado total se observó que la mayor frecuencia se dio en grado II considerado como (disfunción leve) con un 66,70% (8 personas) siendo más de la mitad de la población, en el grado I considerado como (función normal en todos los territorios), se observó 3 personas (25,00%) y en el grado III considerado como (Disfunción moderada) con un 8,30% (1 persona). La frecuencia de grado II lo lleva el género femenino con un 58,30% (7 personas) y el restante 41,70% (5 personas) el género masculino.

Tabla 6: Evaluación Inicial Test de Sincinesia.

Lateralidad	Sincinesia Inicial		Género		
			Femenino	Masculino	Total
Derecha	1	Recuento	1	2	3
		% del total	11,10%	22,20%	33,30%
	2	Recuento	3	2	5
		% del total	33,30%	22,20%	55,60%
	3	Recuento	1	0	1
		% del total	11,10%	0,00%	11,10%
	Total	Recuento	5	4	9
		% del total	55,60%	44,40%	100,00%
Izquierda	2	Recuento	2	1	3
		% del total	66,70%	33,30%	100,00%
	Total	Recuento	2	1	3
		% del total	66,70%	33,30%	100,00%
Total	1	Recuento	1	2	3
		% del total	8,30%	16,70%	25,00%
	2	Recuento	5	3	8
		% del total	41,70%	25,00%	66,70%
	3	Recuento	1	0	1
		% del total	8,30%	0,00%	8,30%
	Total	Recuento	7	5	12
		% del total	58,30%	41,70%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir del Análisis de tablas cruzadas de la Sincinesia Inicial procesado SPSSv.25.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

Mediante la evaluación inicial del Test de Sincinesia se observó en la lateralidad derecha, en una puntuación de 1 considerado como (Sincinesias, Contracturas Mínimas) el 11,10% (1 persona) son de género femenino y un 22,20% (2 personas) en el género masculino, en la puntuación 2 considerado como (Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas) se observó a 33,30% (3 personas) son de género femenino y 22,20% (2 personas) son de género masculino, en la puntuación 3 considerado como (Sincinesias de la desfiguración, contracturas Graves) con un 11,10% (1 persona) son de género femenino. En la lateralidad izquierda en una puntuación de 2 considerado como (Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas) el 66,70% (2 personas) son de género femenino y el 33,30% (1 personas) de género masculino. Como resultado total se observó que la mayor incidencia fue la puntuación 2 considerado como (Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas) con un 66,70% (8 personas) siendo más de la mitad de la población. En la puntuación 1 considerado como (Sincinesias, Contracturas Mínimas), con un 25,00% (3 personas). En la puntuación 3 considerado como (Sincinesias de la desfiguración, contracturas Graves) con un 8,30% (1 persona). La mayor frecuencia de puntuación 2 lo lleva el género femenino con un 58,30% (7 personas) y el restante 41,70% (5 personas) el género masculino.

Tabla 7: Evaluación Final Test de Sincinesia.

Lateralidad	Sincinesia Final		Género		
			Femenino	Masculino	Total
Derecha	0	Recuento	4	4	8
		% del total	44,40%	44,40%	88,90%
	1	Recuento	1	0	1
		% del total	11,10%	0,00%	11,10%
	Total	Recuento	5	4	9
		% del total	55,60%	44,40%	100,00%
Izquierda	0	Recuento	2	1	3
		% del total	66,70%	33,30%	100,00%
	Total	Recuento	2	1	3
		% del total	66,70%	33,30%	100,00%
Total	0	Recuento	6	5	11
		% del total	50,00%	41,70%	91,70%
	1	Recuento	1	0	1
		% del total	8,30%	0,00%	8,30%
	Total	Recuento	7	5	12
		% del total	58,30%	41,70%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir del Análisis de tablas cruzadas de la Sincinesia Final procesado SPSSv.25.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

Mediante la evaluación final del Test de Sincinesia en la lateralidad derecha, se obtuvo una puntuación de 0 considerado como (Ninguno) el 44,40% (4 personas) en el género femenino y un 44,40% (4 personas) en el género masculino, en la puntuación 1 considerado como (Sincinesias, Contracturas Mínimas) se observó el 11,10% (1 persona) son del género femenino. En la lateralidad izquierda con puntuación 0 considerado como (Ninguno) en 66,70% (2 personas) son de género femenino y 33,30% (1 persona) son de género masculino. Como resultado total se observó que la mayor frecuencia de recuperación se dio en puntuación 0 considerado como (Ninguno) en un 91,70% (11 personas), siendo más de la mitad de la población. En la puntuación 1 considerado como (Sincinesias, Contracturas Mínimas) con un 8,30% (1 persona). En conclusión, la mayor frecuencia de puntuación 0 lo lleva el género femenino.

Tabla 8: Evaluación Inicial en comparación con la Evaluación Final de la Escala House Brackman.

House Brackman Inicial	House Brackman Final	%
Grado V	Grado III	8,30%
Grado IV	Grado II	66,70%
Grado III	Grado I	25,00%

Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente Análisis de tablas cruzadas House Brackman Inicial en comparación con la evaluación Final de House Brackman procesado SPSSv.25.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

Se observa que el 66,70% comprendida por 8 personas de la población posterior a la aplicación de la técnica obtuvo una buena recuperación de la mímica facial en una valoración inicial de Grado IV considerado como (Disfunción moderadamente severa), a un Grado II considerado como (disfunción leve) reduciendo así dos Grados de la escala de House Brackman, dando como resultado más de la mitad de la población. En el Grado III considerado como (Disfunción moderada) de valoración inicial se obtuvo una recuperación al Grado I considerado como (función normal en todos los territorios) de la escala de House Brackman con el 25,0% de la población. El restante 8,30% de la población no obtuvo una completa recuperación funcional al no llegar a un Grado II o un Grado I.

Tabla 9: Evaluación Inicial en comparación con la Evaluación Final del Test de Sincinesia.

Sincinesia Inicial	%	Sincinesia Final	%
1	25,00%	0	0%
2	66,70%	0	91,70%
3	8,30%	1	8,30%

Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas de la evaluación Inicial en comparación con la evaluación Final del Test de Sincinesia procesado SPSSv.25.

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

Se observa que el 66,70% de la población posterior a la aplicación de la técnica obtuvo una buena recuperación de la mímica facial en los movimientos asociados con una valoración inicial en puntuación 2 considerado como (Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas), a una puntuación de 0 considerado como (Ninguno) reduciendo así dos niveles de puntuación del Test de Sincinesia, dando como resultados positivos a más de la mitad de la población. El restante 8,30% de la población no obtuvo una completa recuperación funcional en los movimientos asociados al no llegar a una puntuación de 1 o puntuación de 0.

7.1 Discusión

Los datos obtenidos de la presente investigación fueron realizados en el Centro de Salud Santa Rosa” de la ciudad de Riobamba 2019 con una muestra de 12 personas de edades que oscilaban entre los 20 a 50 años que acudieron al área de terapia física y presentaban como diagnóstico parálisis de Bell en los cuales se les aplicó la técnica de reflexología con el propósito de recuperar la mímica muscular y estímulos faciales.

Los resultados obtenidos fueron comparados tomando como referencia otras semejantes investigaciones donde (Yoseth, Nolasco, y Pineda, 2015), con su obra titulada “Efectividad en la combinación de fisioterapia y la técnica de reflexología facial, en pacientes con diagnóstico de parálisis facial periférica, atendidos en el centro de rehabilitación integral de oriente y hospital Nacional San Francisco Gotera” evaluó utilizando la escala de House – Brackmann al iniciar y finalizar la aplicación de la técnica de Reflexología facial donde manifiesta una mejoría en el tono muscular y la simetría facial que produce la parálisis de Bell, empleado en una muestra de 13 pacientes entre edades de 10 a 80 años de edad. En esta investigación se valoró el grado inicial con la escala de House – Brackmann a pacientes con Parálisis de Bell dando como resultado el grado IV en el género femenino con lateralidad derecha como la más incidente y en la valoración final se obtuvo una mejoría de la mímica facial en un grado II considerado como (disfunción leve) de la población, se observó resultados positivos porque el 66,70 de la población obtuvo una recuperación de la desfiguración facial y el 91,70% de la población obtuvo una buena recuperación de Sincinesia de los movimientos asociados posterior a la aplicación reflexológica lo cual demuestra efectividad en la técnica aplicada. De acuerdo con la investigación (Gómez 2000), la reflexología es utilizada para el tratamiento de variedad de patologías, sobre todo aquellas que son de naturaleza crónica, (Lasaosa et al. 2000) aplica dos grandes bloques de pruebas pronosticas para la Parálisis de Bell dentro de los primeros hoy en día es la Sincinesia donde

explica una valoración de movimientos involuntarios dentro de la Parálisis Facial indica que el 80% de los casos tienen una buena reacción al tratamiento porque en la Parálisis de Bell la tasa de recuperación espontánea es elevada, este tipo de patología no tiene diferencia de edad, género ni lateralidad. En la presente investigación se valoró la puntuación de Sincinesia inicial dando como resultado el 66,70% de la población con una puntuación de 2 considerado como (Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas) y la valoración final posterior a la técnica reflexológica dando como resultado el 91,70% de la población con una puntuación de 0. Previo a las investigaciones anteriores la Parálisis de Bell no tiene diferencia de edad género ni lateralidad, pero en esta investigación dieron resultados similares en la investigación de (Yoseth, Nolasco, y Pineda, 2015) donde la mayor frecuencia de Parálisis de Bell se dio en el género femenino y en la lateralidad derecha.

8. Conclusiones

- La utilización del Test de House Brackman inicial y final permitió evaluar los diferentes grados de afectación en la Parálisis de Bell donde se determinó que de los 12 pacientes un 66,70% obtuvieron un grado IV, y posterior a la aplicación de la técnica se obtuvo una recuperación a un grado II. En la valoración inicial y final del test de sincinesia en los pacientes con Parálisis de Bell se determinó que de los 12 pacientes un 66,70 % obtuvieron una puntuación de 2, y posterior a la aplicación de la técnica se obtuvo una recuperación del 91,70% de la población a una puntuación de 0.
- La aplicación de la técnica nos permitió identificar en la población una mejoría y recuperación del tono muscular y la simetría facial.
- Se procesaron los datos obtenidos de la investigación consiguiendo resultados favorables.

9. Recomendaciones

- Se sugiere la utilización de la escala de House – Brackmann para la valoración inicial de los pacientes con parálisis facial debido que es una escala de valoración más utilizada actualmente porque brinda mejores resultados en la evaluación de intensidad de la deformidad facial y de esta manera poder ejecutar el mejor tratamiento fisioterapéutico.
- Se recomienda utilizar la escala de Sincinesia porque permite de una manera eficaz valorar el grado de debilidad y la expansión lo cual, perjudica al origen muscular contráctil de la parálisis de Bell.
- A los futuros profesionales de la carrera de Terapia Física se recomienda investigar nuevas técnicas de tratamiento para cada patología las mismas que diariamente son atendidas en los centros de asistencia de salud pertinentes con la finalidad de minimizar la problemática encontrada y de esta manera ofrecer al paciente un tratamiento sostenido.

10. Referencias Bibliográficas

- Ausejo, C. (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. *Licenciatura*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- González, D. M. (2001). "*Parálisis Facial*". BASAVE SANTIAGO JORBA, PEÑALOZA GONZÁLEZ J MANUEL.
- Rodríguez, D. (2011). *Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones*. Mexico: Arch Neurocién.
- Vega, A. (2014). Evaluación de manifestaciones neurológicas pre y posoperatorias en pacientes con tumores. *Archivos de neurociencias*, 16.
- Walter G. Bradley MD, R. B. (2010). *Neurología Clínica Vol.1*. Barcelona: Elsevier España S.L.
- Abel Eréndida. 2010. "Holistic Medicine; Health; Medical Treatment; Disease Prevention." *Ethn Ic Interests, Hispanic*, February, 1–3.
- Benitez, Susana, Estefan Danilla, Ekaterina Troncoso, Alejandra Moya, and Jessica Mahn. 2016. "Manejo Integral de La Parálisis Facial Multidisciplinaria Magnament of Facial Parálisis." *Revista Medica Clinica* 27(1):22–28.
- Cailliet, R. 2014. *Nervios Craneales, Anatomía Funcional: Nervio Facial (VII)*.
- Capote, C. A., P. Y. .. López, and A. .. Bravo. 2019. "Caso Clínico de La Parálisis Facial." *Eomagnetoterapia y Láserterapia En La Parálisis Facial Idiopática* (2009):2–5.
- Carrasco, Ana. 2015. "El Mapa Del Cuerpo Humano a Sus Pies: La Reflexología Podal Promete Mejorar Cualquier Dolencia a Través de La Estimulación de Lis Pies." *General Interest Periodicals--Spain*, November 15, 1–3.
- Cejudo, P. E. 2019. *Recupera La Salud Con Reflexoterapia y Digitopuntura*.
- Delplace, Alison. 2014. "Facioterapia Reflexología En La Cara." *General Interest Periodicals--Chile* 1–3.
- Diego, J., M. .. Prim, and J. Gavilán. 2001. "Etiopatogenia de La Parálisis Facial Periférica Idiopática o de Bell." 32(11):1055–59.

- Gómez, Ángel Velamazán. 2000. “Una Revisión Sobre La Efectividad de La Reflexología.” *Medicina Naturista* 9–16.
- González, Romero, Baños Cantillo, Murillo Jiménez, Pérez Montero, and Gil Hernández. 2019. *Medicina de Urencias y Emerencias (5a. Ed.)*.
- Jarmey, C. and J. Sharkey. 2017. *Atlas Conciso de Los Músculos 2a Ed.*
- Lasaosa, Santos, Pascual Millan, Tejero Juste, and Asin Morales. 2000. “Parálisis Facial Priférica : Etiología , Diagnóstico y Tratamiento.” *Revista de Neurologia* 30(11):1048–53.
- Lassaletta, Luis, José Morales, Xabier Altuna, Miguel Arístegui, Álvaro Arbizu, Ángel Batuecas, Carlos Cenjor, Juan Espinoza, Leire García, Pilar García, Teresa González, Manuel Maños, Carlos Martín, Susana Moraledan, Jose Rodao, Susana Santiago, Jesús Benítez, Laura Cavallè, Victor Correia, Jose Manuel Estévez, Justo Gómez, Rocío González, Jorge Jiménez, Jose Luis Lacosta, María José Lavilla, Julio Peñarrocha, Rubén Polo, Francisco García, Francisco Ramos, Manuel Tomás, María Uzcanga, Luis Ángel Vallejo, and Javier Gavilán. 2019. “Parálisis Facial : Guía de Práctica Clínica de La Sociedad Española de ORL.” *Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. (xx):1–20.
- Malvern, Jan. 2016. “Diagnóstico Diferencial : La Parálisis de Bell vs . Stroke.” *Medical Sciences--Orthopedics And Traumatology*, 2–7.
- Muñiz, Claudio. 2019. *Neurología Clínica de Rangel Guerra: Nervio Facial (Sèptimo Nervio Craneal)*.
- Muñoz, Philippe. 2018. “Tratamiento de La Parálisis Facial En Fisioterapia y Acupuntura.” 1–50.
- Patiño, Alvaro. 2016. “Revisión Anatómica Del Nervio Facial (VII Par Craneano).” *Morfologia* 8(2):12–24.
- Santana, Bertha, Anay Arévalo, and Juliet Rodríguez. 2019. “La Digitopuntura Como Alternativa de Rehabilitación En Pacientes Con Parálisis Facial.” *Medisan* 23(4):681-681–91.
- Sastre, Diego, Prim Espada, and Felipe Fernández. 2005. “Epidemiología de La Parálisis Facial de Bell.” *Revista de Neurologia* 41(Tabla I):287–90.

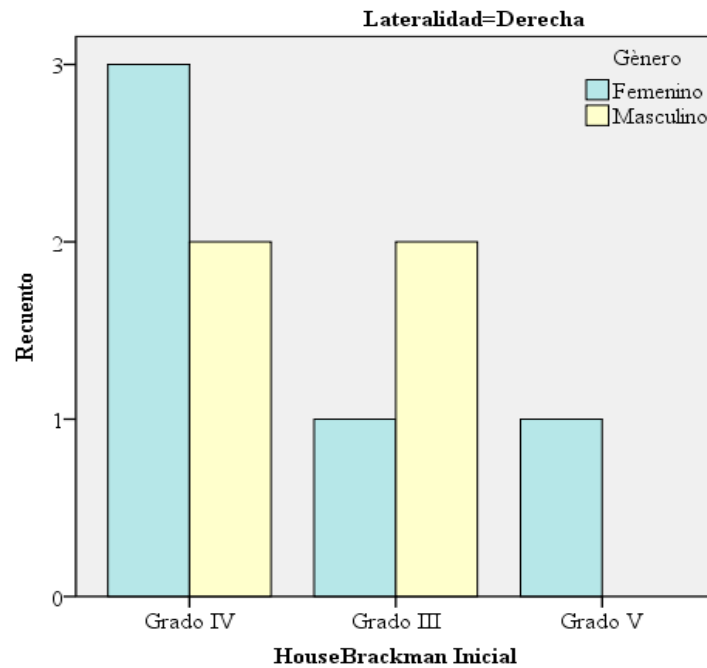
Shigeru Onoda. 2019. *Masaje Japonès Shiatsu*.

Yoset, Yoselin. 2015. “Efectividad En La Combinación de Fisioterapia y La Técnica de Reflexología Facial, En Pacientes Con Diagnóstico de Parálisis Facial Periférica, Atendidos En El Centro de Rehabilitación Interl de Oriente y Hospital Nacional San Francisco Gotera, Año 2015.” Universidad de el Salvador.

11. Anexos

Anexo 1: Resultados de la investigación

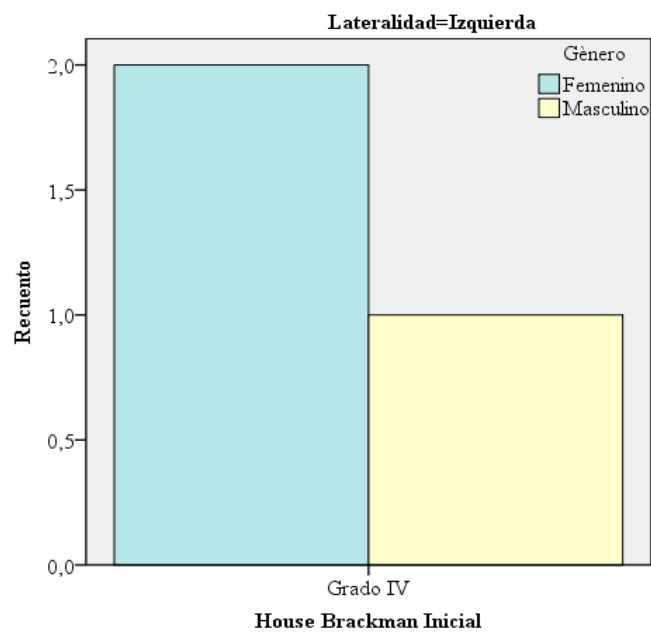
Gráfica 8: Evaluación Inicial Escala House Brackman en Relación al Género y Lateralidad.



Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas House Brackman Inicial procesado SPSSv.25.

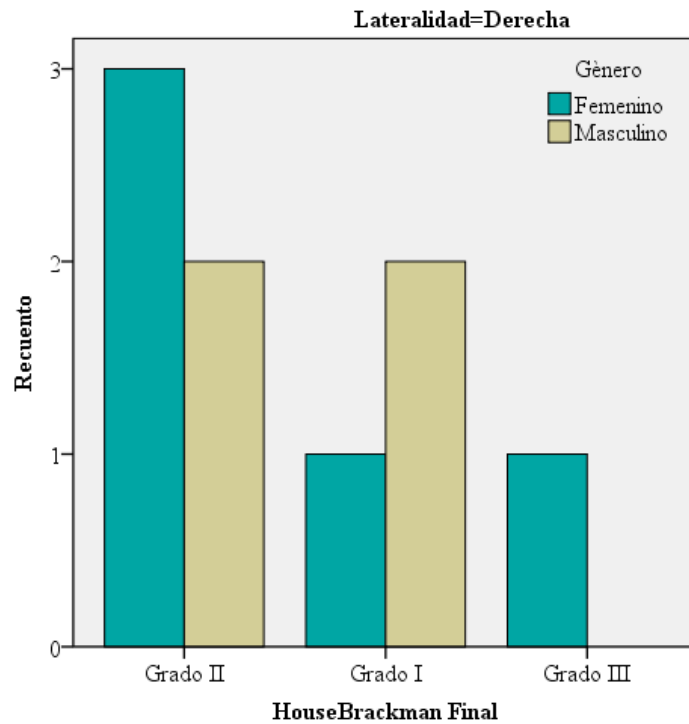
Gráfica 9: Evaluación Inicial Escala House Brackman en Relación al Género y Lateralidad.



Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas House Brackman Inicial procesado SPSSv.25.

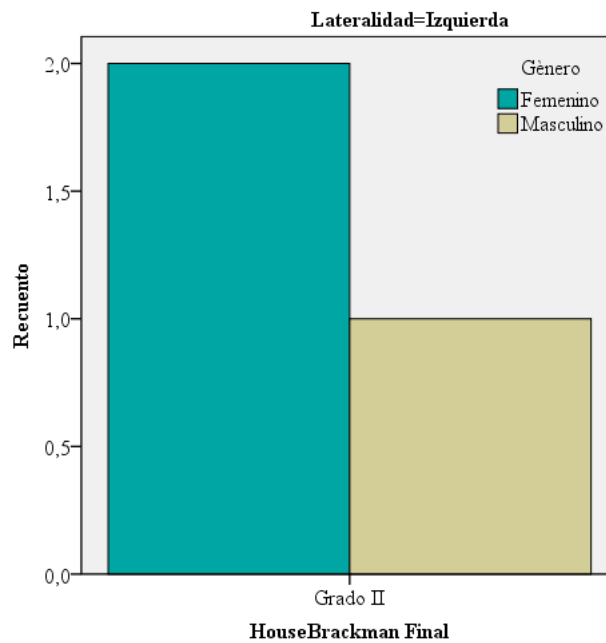
Gráfica 10: Evaluación Final Escala House Brackman en Relación al Género y Lateralidad.



Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas House Brackman Final procesado SPSSv.25.

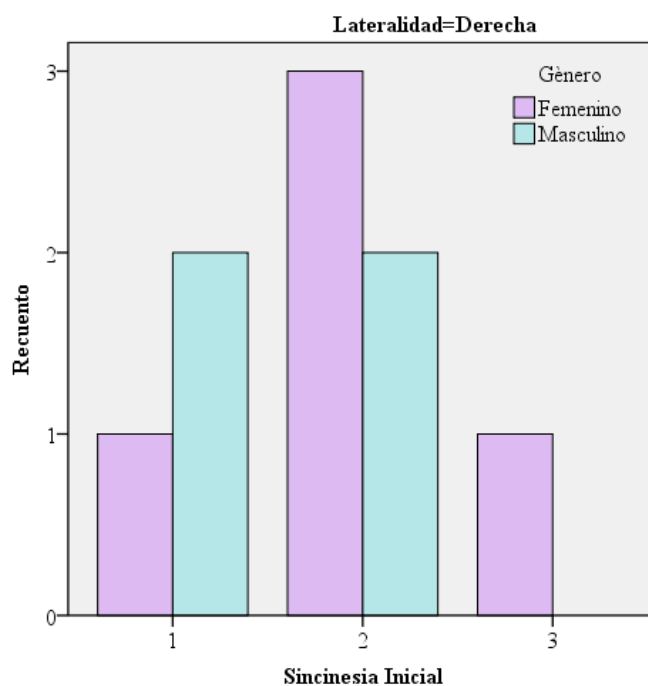
Gráfica 11: Evaluación Final Escala House Brackman en Relación al Género y Lateralidad.



Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas House Brackman Final procesado SPSSv.25.

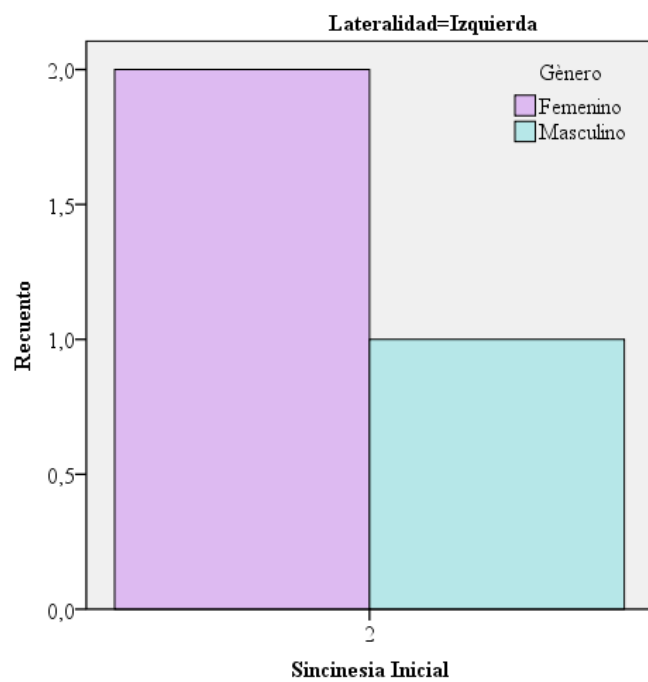
Gráfica 12: Evaluación Inicial Test de Sincinesia en Relación al Género y Lateralidad.



Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas de la Sincinesia Inicial procesado SPSSv.25.

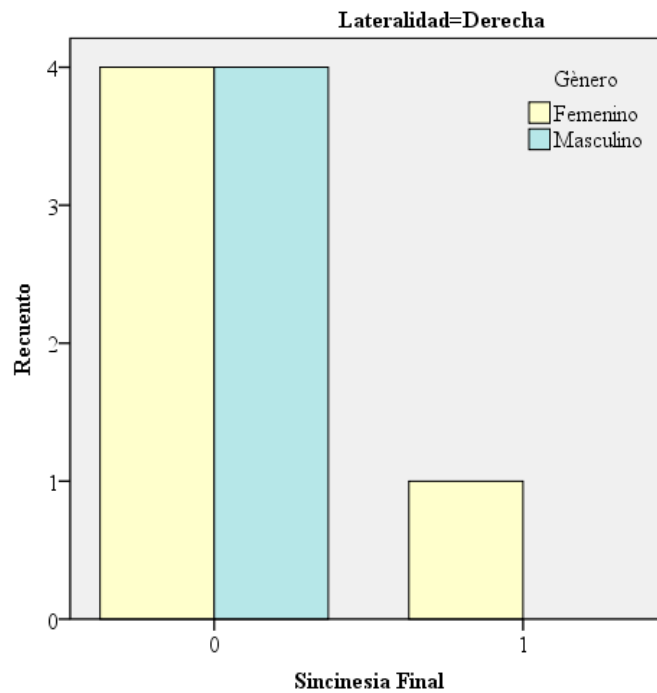
Gráfica 13: Evaluación Inicial Test de Sincinesia en Relación al Género y Lateralidad.



Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas de la Sincinesia Inicial procesado SPSSv.25.

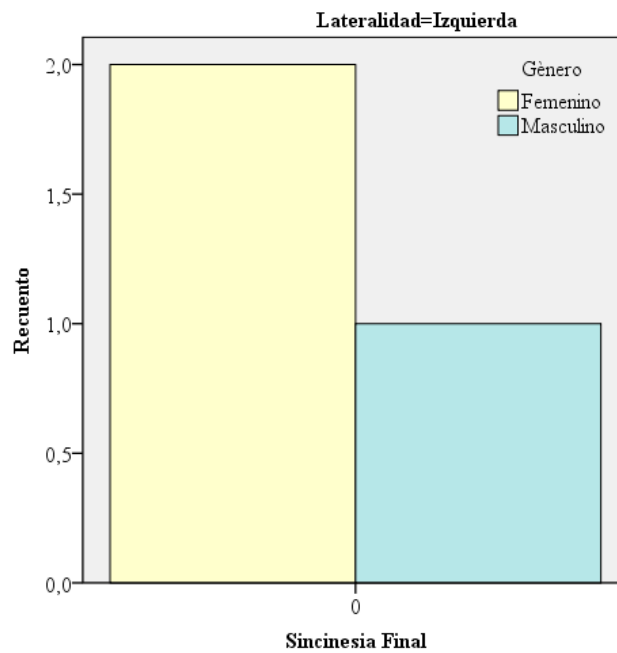
Gráfica 14: Evaluación Final de Sincinesia en Relación al Género y Lateralidad.



Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas de la Sincinesia Final procesado SPSSv.25.

Gráfica 15: Evaluación Final de Sincinesia en Relación al Género y Lateralidad.



Elaborado por: Katherin Alexandra Maigualema Paucar

Fuente: Análisis de tablas cruzadas de la Sincinesia Final procesado SPSSv.25.

Anexo 2: Registro Fotográfico



Lugar: Centro de Salud “Santa Rosa”

Autora: Katherin Maigualema

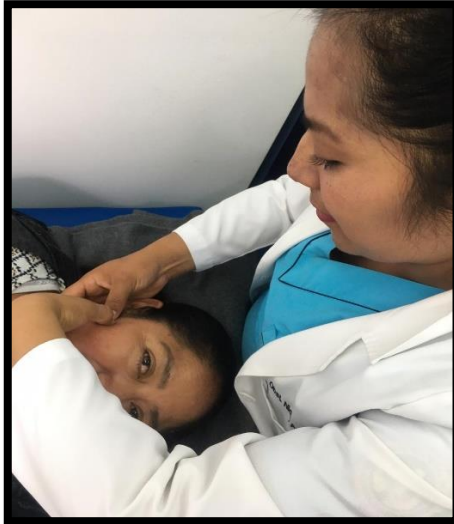
Actividad: Apertura de historia clínica



Lugar: Centro de Salud “Santa Rosa”

Autora: Katherin Maigualema

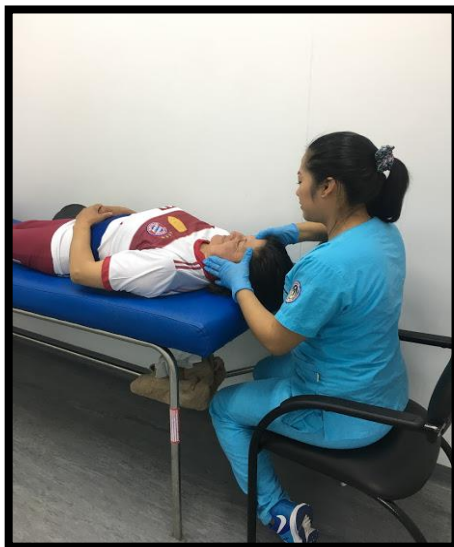
Actividad: Evaluación Test de House- Brackmann
y Sincinesia.



Lugar: Centro de Salud “Santa Rosa”

Autora: Katherin Maigualema

Actividad: Aplicación reflexológica, Región Maxilar y Región orbitaria inferior.



Lugar: Centro de Salud “Santa Rosa”

Autora: Katherin Maigualema

Actividad: Aplicación reflexológica, Región Frontal.

Anexo 3: Historia Clínica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA

Historia Clínica

A. DATOS DE LA INSTITUCIÓN			
Lugar de atención		N° HCL	
Fecha de atención		Hora	
Provincia			
Cantón			
Parroquia			
Dirección			
B. DATOS DEL PROFESIONAL			
Nombres y Apellidos			
Cédula	Nacionalidad	Sexo	
Etnia	Fecha de nacimiento		
Firma	_____		

C. DATOS DEL PACIENTE									
Apellidos y nombres									
C.I.		Etnia		Edad		Nacionalidad		Sexo	
Lugar de nacimiento					Fecha de nacimiento				
Lugar de residencia actual									
Provincia		Cantón		Parroquia			Telf		
Dirección (barrio)									
Nivel de instrucción					Ocupación				
Actividad física									
Sedentario					Activo				
Si su respuesta fue activo responda									
Actividad que realiza					Tiempo				
Especifique									

		Edad	Ocupación
Apellido y nombre de la madre			
Apellido y nombre del padre			
Nombre del informante			

D. DATOS DE CONSULTA	
MOTIVO DE LA CONSULTA	
<hr/> <hr/> <hr/>	
ANTECEDENTES	
Antecedentes personales	<hr/> <hr/>
Antecedentes familiares	<hr/> <hr/>
EXAMEN FÍSICO	
Inspección	<hr/> <hr/> <hr/>
Palpación	<hr/> <hr/> <hr/>
Movilidad	<hr/> <hr/> <hr/>

VALORACIÓN DEL GRADO DE LESIÓN		V. inicial	V. final										
Escala de Test de House- Brackmann													
<p>Grado I: “función normal en todos los territorios”.</p> <p>Grado II: “disfunción leve. Ligera o leve debilidad de la musculatura, apreciable tan sólo en la inspección meticulosa. En reposo simetría normal. No sincinesias, ni contracturas ni espasmos faciales”.</p> <p>Grado III: “disfunción moderada. Diferencia clara entre ambos lados sin ser desfigurante. Incompetencia para el cierre palpebral completo; hay movimiento de región frontal, asimetría de la comisura bucal en movimientos máximos. En reposo simetría y tono normal”.</p> <p>Grado IV: “disfunción moderadamente severa. Debilidad y/o asimetría desfiguradora. En reposo simetría y tono normal. No hay movimiento de región frontal; imposibilidad para cerrar el ojo totalmente. Sincinesias. Espasmo facial”.</p> <p>Grado V: “disfunción severa. Tan sólo ligera actividad motora perceptible. En reposo asimetría”.</p> <p>Grado VI: “Parálisis total. No hay movimiento. Pérdida del tono, no hay sincinesias, contracturas ni espasmos.”</p>													
PRUEBA MUSCULAR FUNCIONAL		V. inicial	V. final										
Test de Sincinesia													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Grado de movimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Ninguno</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Sincinesias, Contracturas Mínimas</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Sincinesias de la desfiguración, contracturas Graves</td> </tr> </tbody> </table>		Puntuación	Grado de movimiento	0	Ninguno	1	Sincinesias, Contracturas Mínimas	2	Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas	3	Sincinesias de la desfiguración, contracturas Graves		
Puntuación	Grado de movimiento												
0	Ninguno												
1	Sincinesias, Contracturas Mínimas												
2	Sincinesias Evidentes, contracturas de leves a moderadas												
3	Sincinesias de la desfiguración, contracturas Graves												
DIAGNOSTICO TERAPÉUTICO													
<hr/> <hr/> <hr/>													

TRATAMIENTO

Fuente: MSP

Modificado por: Maigualema Katherin.

Anexo 5: Acta de consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE TERAPIA FÍSICA Y
DEPORTIVA.

“REFLEXOLOGÍA EN LA ETAPA SUBAGUDA DE LA PARÁLISIS DE BELL DEL
ADULTO. CENTRO DE SALUD “SANTA ROSA”, 2019.”

Apellidos y Nombres del paciente:.....

Edad: D.N.I.....

Yo,....., con número de cédula.....representante legal de..... con número de carnet..... he sido informado de la necesidad de los datos que serán utilizados como reporte de información para el estudio de investigación denominado “REFLEXOLOGÍA EN LA ETAPA SUBAGUDA DE LA PARÁLISIS DE BELL DEL ADULTO. CENTRO DE SALUD TIPO B “SANTA ROSA”, 2019”. Dirigido por el estudiante Maigulema Katherin con número de cedula 060421465-0.

La participación del paciente en éste estudio es totalmente voluntaria, y no representa riesgo para la salud en lo absoluto. Los pacientes y/o sus familiares responsables están en pleno derecho de negarse a participar en la investigación o abandonarla cuando consideren necesario. Toda la información recopilada será tratada de forma confidencial, y en el momento que se requieran publicar los resultados del estudio de investigación, se mostrará los resultados globales, sin hacer mención de datos personales obtenidos.

Manifiesto que, he sido informado y estoy satisfecho /a de la información recibida y he podido formular todas las preguntas necesarias para aclarar todas las dudas acerca del proyecto, de igual manera sé que la comunicación de datos tiene carácter revocable.

EXPRESO MI CONSENTIMIENTO

Firma

Riobamba,.....de.....de 20.....