



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIAGNOSTICADO CON PARÁLISIS DE BELL

TANIA GUERRA PÉREZ

Tutor/a: MARÍA SIMARRO

Cotutor/a: M^a JOSÉ ÁLVAREZ MIGUEL

AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia, por su paciencia y su apoyo incondicional.

A Carmen, a Ricardo y a mis amigos, por el hombro incansable que han arrimado todo este tiempo.

A mi tutora y cotutora, por su disposición y por acompañarme en el camino con su paciencia y ayuda.

A todos los profesores y profesionales sanitarios que nos han enseñado con esfuerzo y dedicación, lo bonita que es esta profesión, incluso en plena pandemia mundial.

RESUMEN

La parálisis de Bell o parálisis facial periférica idiopática se define como una patología neuromuscular con afectación directa del nervio facial, conocido como VII par craneal, la cual se identifica mediante un diagnóstico diferencial por exclusión de otras patologías similares, debido a que se trata de una enfermedad de causa desconocida, que se evidencia por una parálisis facial total de la hemicara homolateral. Un manejo precoz de la situación, reduce significativamente el riesgo de sufrir secuelas.

El objetivo de este trabajo es describir el papel de enfermería en el manejo del paciente diagnosticado con parálisis de Bell, identificando las necesidades alteradas del mismo durante el proceso de la enfermedad, y adoptar e identificar aquellas intervenciones enfocadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

Para ello, se ha desarrollado un marco teórico basado en una revisión bibliográfica y posteriormente se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado y de calidad, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson y empleando la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

La información existente hasta la actualidad, en referencia a la actuación de enfermería en la parálisis de Bell, resulta escasa, dejando pendientes futuras líneas de investigación, ya que los profesionales de enfermería, resultan fundamentales para la consecución de una evolución favorable de dicha patología. Para desarrollar unos cuidados que mejoren la calidad de vida de los pacientes, es imprescindible realizar una valoración completa e individual de los mismos y contar con un plan de cuidados de enfermería que oriente la propia actuación profesional.

PALABRAS CLAVE: parálisis de Bell, enfermería, plan de cuidados, nervio facial.

ABSTRACT

Bell's palsy or idiopathic peripheral facial palsy is defined as a neuromuscular pathology with direct involvement of the facial nerve, known as VII cranial nerve, which is identified through a differential diagnosis by exclusion of other similar pathologies, because it is a disease of unknown cause, which is evidenced by a total facial paralysis of the homolateral hemiface early management of the situation significantly reduces the risk of sequelae.

The aim of this study is to describe the role of nursing in the management of the patient diagnosed with Bell's palsy, identifying the altered needs of the patient during the process of the disease, and to adopt and identify those interventions focused on improving the patient's quality of life.

To get this goal, a literature review and subsequently a standardized and quality care plan has been elaborated, based on the 14 needs of Virginia Henderson and using the NANDA, NOC and NIC taxonomy.

The existing information to date, in reference to nursing action in Bell's palsy, is little, leaving future lines of research, since nursing professionals are essential in relation to the correct evolution of the pathology. In order to develop care that improves the quality of life of these patients, it is essential to carry out a complete and individual assessment of them and to have a nursing care plan that guides the professional action.

KEYWORDS: Bell's palsy, nursing, care plan, facial nerve.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	9
OBJETIVO PRINCIPAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
METODOLOGÍA	10
RESULTADOS	13
<u>A.</u> DESARROLLO DEL TEMA.....	13
ANATOMÍA FUNCIONAL DEL NERVIO FACIAL.....	13
ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LA PARÁLISIS DE BELL ...	15
SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA.....	19
TRATAMIENTO.....	20
PRONÓSTICO	22
<u>B.</u> PLAN DE CUIDADOS.....	23
VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	23
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	26
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Comparativa parálisis de Bell.....	6
Figura 2. Recuperación espontánea PFI.....	7
Figura 3. Recuperación espontánea PFC.....	7
Figura 4. Factores de riesgo de la parálisis de Bell.....	8
Figura 5. Diagrama de flujo para Dialnet.....	11
Figura 6. Diagrama de flujo para Google Scholar.....	11
Figura 7. Diagrama de flujo para PubMed.....	12
Figura 8. Recorrido lateral del VII par craneal.....	13
Figura 9. Estructuras anatómicas inervadas por el nervio facial.....	14
Figura 10. Comparación parálisis facial periférica y central.....	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Causas para el diagnóstico diferencial de la parálisis de Bell.....	15
Tabla 2. Escala de House-Brackmann.....	18
Tabla 3. Indicaciones de ingreso hospitalario.....	18
Tabla 4. Cálculo de medicación paciente 75 kg.....	21

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La primera publicación científico-médica que hizo referencia a la parálisis de Bell apareció en el siglo XVIII. Es en 1798, cuando Nikolaus Friedrich, anatomopatólogo y neurólogo alemán, publica sus investigaciones acerca de tres pacientes con este tipo de parálisis. En 1821, Charles Bell, cirujano y fisiólogo escocés, presentó su descubrimiento del séptimo par craneal y su rol en la inervación de los músculos faciales. Finalmente, en 1829, describió por primera vez una serie de casos asociados a un síndrome que consistía en una parálisis facial como consecuencia de un trauma directo o de la infección e inflamación del mismo nervio. Tras dicho hallazgo su apellido fue asociado con la parálisis facial aguda idiopática, conocida como parálisis de Bell (1, 4, 5).

La parálisis de Bell se define como una parálisis facial periférica idiopática la cual consiste en una mononeuropatía ocasionada por un trastorno que afecta al nervio facial, también conocido como séptimo (VII) par craneal (no asociada a ningún otro nervio o par), el cual ocasiona una hemiparesia facial de la parte superior e inferior del rostro, lo que provoca una pérdida de la capacidad de contracción de ciertos músculos de la cara, la cual se reconoce fácilmente por provocar en el lado afectado una atonía muscular y, en el lado sano, una contracción exagerada, ocasionando así una asimetría facial en el paciente (10,11). Esta parálisis se puede clasificar como completa o parcial y presentarse de forma unilateral (4), teniendo consecuencias psicológicas y funcionales en el paciente.

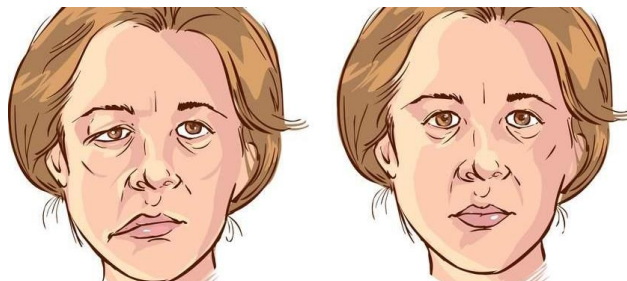


Figura 1. Comparativa parálisis de Bell. Fuente: figura extraída de referencia (8).

La parálisis de Bell (PB) es una complicación clínica relativamente frecuente (11). Su incidencia anual varía entre 30 a 40 pacientes por cada 100.000 habitantes en la población general. No existe una predilección racial o geográfica; tampoco se ha descrito una marcada diferencia en cuanto a género, ya que poseen

ambos una prevalencia similar (9,10). Sin embargo, es importante destacar ciertos grupos concretos de población, los cuales tienen una mayor predisposición a padecer parálisis de Bell, como es el caso de las mujeres embarazadas, que poseen un riesgo tres veces mayor a padecerla, especialmente durante el tercer trimestre de embarazo y en el postparto inmediato. También es más frecuente en algunos grupos de edad; de hecho, su aparición muestra un pico frecuente en edades entre los 20 a los 29 años y entre los 50 a los 59 años, siendo inusual antes de los 6 y después de los 60 años de edad. Las mujeres en edad reproductiva presentan un leve aumento de casos en comparación con los varones, sin alguna diferencia marcada en los demás rangos de edad (9,10).

La resolución espontánea completa es aproximadamente del 70% entre los 2 y 6 primeros meses en pacientes con parálisis facial completa, aunque esta recuperación en algunos casos se extienda hasta después de los 9 meses o incluso más, y hasta un 94 % en aquellos que posean una parálisis facial incompleta (9). Aquellos pacientes que muestran signos de recuperación en un tiempo mínimo de 3 semanas, tienen un mejor pronóstico a la hora de conseguir la recuperación completa (13).

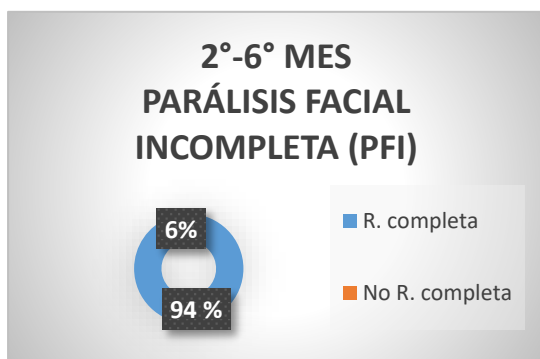


Figura 2. Recuperación espontánea PFI.

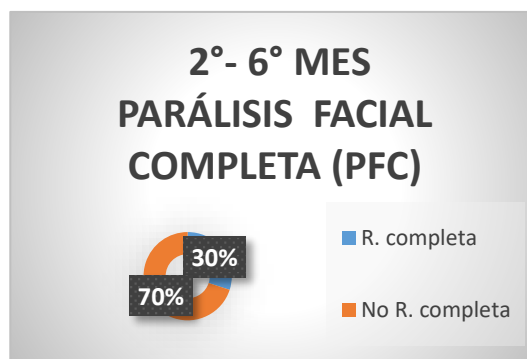


Figura 3. Recuperación espontánea PFC.

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (9).

Cabe destacar que existe entre un 8 y un 12% de incidencia de recurrencia (12), de los cuales un 36% experimenta dicha parálisis en el mismo lado de la cara (13). A nivel general existe un consenso, en el que se establece que cuanto más joven es el paciente, mayor será la tasa de recuperación, la cual ronda el 87% en los grupos más jóvenes de edad (7,9).

Haciendo referencia al tratamiento, diferentes ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis demostraron que el tratar esta patología con corticoides dentro de las 72 horas posteriores al inicio de la sintomatología, mejora significativamente la probabilidad de recuperación completa (7,9). Tanto es así, que diversos estudios han demostrado que el 83% de los pacientes tratados con corticoides recuperan la función del nervio facial a los 3 meses en comparación con un porcentaje del 63% de ellos, que recibieron placebo (7,9).

Al tratarse de una patología de causa desconocida, se debe realizar su diagnóstico tras la exclusión de otras patologías similares. Es importante actuar con la mayor brevedad posible, ya que un manejo precoz de la situación, reduce significativamente el riesgo de sufrir secuelas. Es importante destacar que ni el diagnóstico ni el tratamiento de dicha enfermedad son de fácil establecimiento clínico (9).

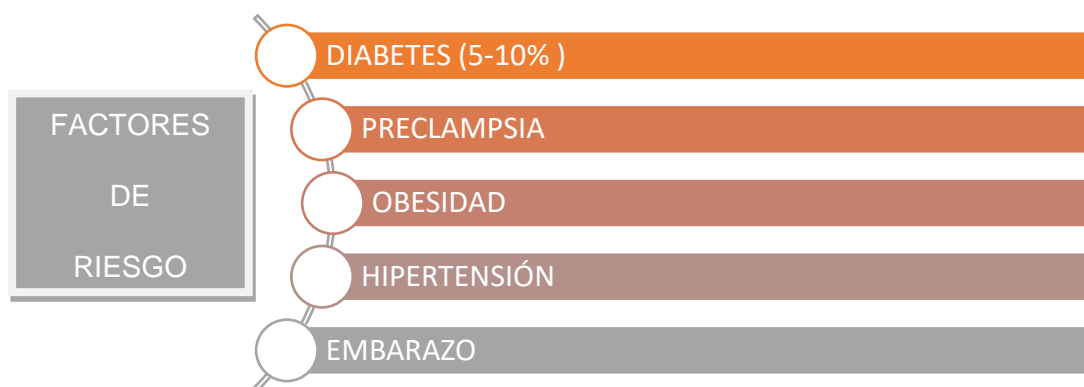


Figura 4. Factores de riesgo de la parálisis de Bell.

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (28).

Por todo lo anterior, es importante estudiar toda la evidencia científica existente acerca de la parálisis de Bell. Es uno de los desórdenes neurológicos más comunes y la principal causa de parálisis facial (4). Llama la atención la falta de información relativa al papel de enfermería en la identificación precoz de la sintomatología y en los cuidados de la parálisis de Bell. Por ello, es importante diseñar un plan de cuidados dirigido a los pacientes que posean dicha patología, con el fin de satisfacer las necesidades alteradas y proporcionarles unos cuidados adaptados, que mejoren así su calidad de vida (29).

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir el papel de enfermería en el manejo del paciente diagnosticado con parálisis de Bell, durante todo el proceso de la enfermedad, adoptando e identificando aquellas intervenciones enfocadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la anatomía funcional nervio facial o VII par craneal.
- Reconocer la sintomatología del paciente al inicio de los síntomas de la parálisis de Bell.
- Mostrar la relevancia de un diagnóstico precoz en la evolución del paciente con parálisis de Bell.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería en este tipo de pacientes con patología neurológica, utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

METODOLOGÍA

Este Trabajo de Fin de Grado consta de dos partes, la primera, el marco teórico, que consiste en una revisión bibliográfica acerca de la actuación de enfermería en el amplio campo de la neurología, concretamente centrado en la atención al paciente diagnosticado con parálisis de Bell, y la segunda, que se ha basado en la elaboración de un plan de cuidados estándar de enfermería centrado en los pacientes que poseen esta patología.

La estrategia de búsqueda que se ha efectuado, se ha realizado durante los meses de febrero a junio; esta ha consistido en una estricta búsqueda en diferentes bases de datos como Google Scholar, PubMed, Dialnet, entre otras, aunque también se han consultado otras fuentes como páginas institucionales, informes, reportajes en plataformas audiovisuales, como puede ser Youtube, revistas basadas en la evidencia como por ejemplo SEDENE, revista científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, o también CONTINUUM, revista científica anglosajona de Neurología, con el fin de reunir información fiable, selecta y actualizada acerca del tema.

También cabe destacar el empleo de diferentes descriptores DeCS (parálisis de Bell, enfermería, tratamiento, incidencia, pronóstico, nervio facial, diagnóstico, causas, síntomas, anatomía) y MeSH (Bell's palsy, nursing, treatment, incidence, prognostic, facial nerve, diagnosis, causes, symptom, anatomy), respectivamente (Descriptores en Ciencias de la Salud y Medial Subject Headings). Se han utilizado los operadores booleanos AND y OR, con el fin de asociar ciertos descriptores, en el caso del primero, y analizar por separado los términos de búsqueda, refiriéndose al segundo.

- **Criterios de inclusión:**
 - Artículos, estudios, informes o guías de práctica clínica publicados en las bases de datos científicas nombradas anteriormente.
 - Escritos en castellano o en inglés.
 - Publicados en los últimos 10 años, incluyendo el periodo de tiempo comprendido entre los años 2010 y 2020.

- **Criterios de exclusión:**

- Artículos y/o estudios de pago o aquellos cuyo texto completo no se encontraba disponible o era de acceso restringido.
- Publicados en fecha anterior a 2010.

Se han aplicado estos criterios de inclusión y exclusión para la selección de los estudios científicos publicados entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2020.



Figura 5. Diagrama de flujo para Dialnet.

Fuente: elaboración propia.



Figura 6. Diagrama de flujo para Google Scholar.

Fuente: elaboración propia.

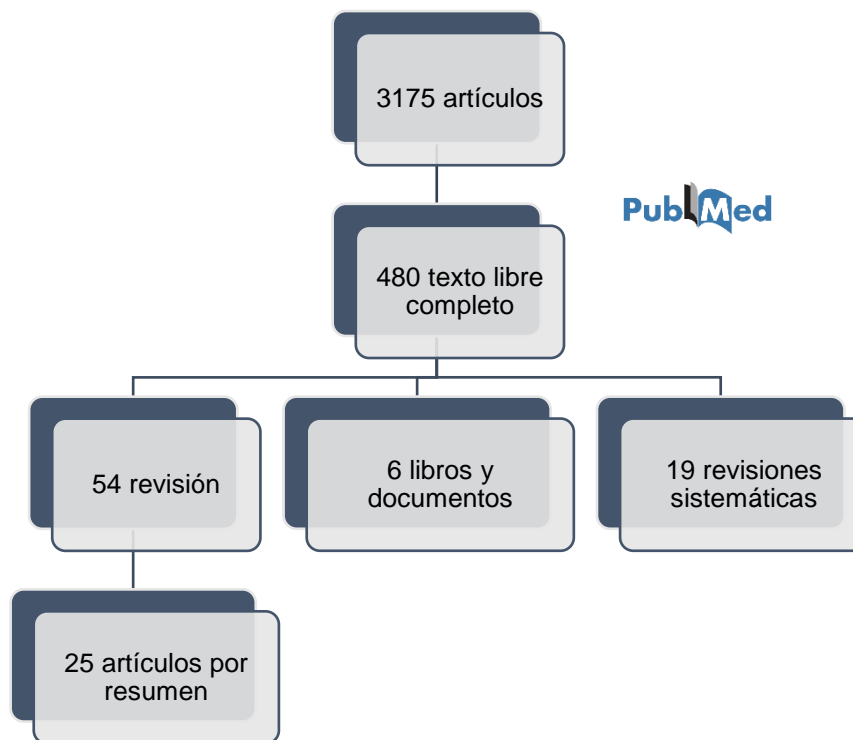


Figura 7. Diagrama de flujo para PubMed.

Fuente: elaboración propia.

El plan de cuidados de enfermería dirigido a los pacientes con parálisis de Bell, es una herramienta útil y eficaz para el profesional sanitario que asista al paciente, mejorando así su calidad de vida en la evolución de dicha patología. Para ello se ha utilizado el NNNConsult (27), herramienta informática proporcionada por la Universidad de Valladolid de forma online y gratuita, estableciendo la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la *North American Diagnosis Association* (NANDA) 2018-2020, clasificando los resultados de enfermería 'NOC' (*Nursing Outcomes Classification*) y creando intervenciones de enfermería 'NIC' (*Nursing Interventions Classification*) que se ajusten correctamente a las necesidades del paciente. La previa valoración de los mismos se ha llevado a cabo siguiendo el modelo de Virginia Henderson, la cual describió 14 Necesidades fundamentales que deben estar satisfechas en toda persona para considerarla sana.

RESULTADOS

A. DESARROLLO DEL TEMA

ANATOMÍA FUNCIONAL DEL NERVIIO FACIAL

En relación con el origen real del nervio facial, también conocido como VII par craneal, es importante destacar que posee diferentes modalidades funcionales, las cuales son llevadas por fibras que emergen de los distintos núcleos ubicados en diferentes niveles del tronco cerebral. Hay tres tipos de fibras: estriomotoras, parasimpáticas y sensitivas. Las fibras estriomotoras constituyen la porción A del nervio y se encuentran estrictamente distribuidas por la musculatura de la mímica (13,15). Las fibras parasimpáticas y sensitivas constituyen la porción B o nervio intermediario de Wrisberg. Las fibras parasimpáticas inervan diferentes glándulas como la salivatoria o la lacrimal. En cuanto a las fibras sensitivas, existen dos variantes: una que recoge 2/3 de la sensibilidad gustativa de la lengua y otra la sensación táctil en la zona del conducto auditivo externo y el pabellón de la oreja.

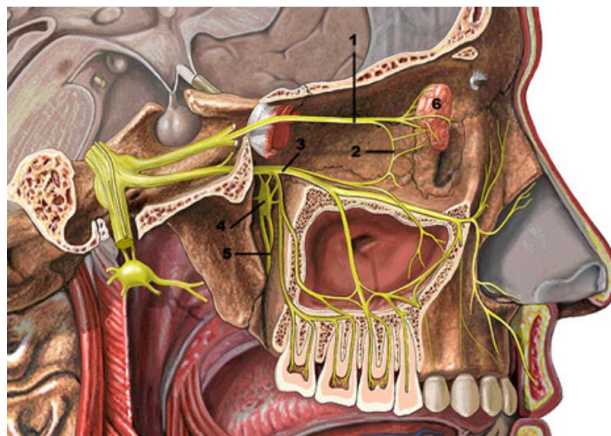


Figura 8. Recorrido lateral del VII par craneal.

Fuente: figura extraída de referencia (35).

A pesar de que poseen un origen nuclear diferente, ambas porciones emergen juntas del surco prontobulbar a nivel de la fosita supraolivar, por fuera del VI par craneal y por delante del nervio auditivo u VIII par. Ambas porciones tienen un trayecto común de 5-6 cm antes de dividirse. Discurren en un tronco común buscando la cara posterosuperior del peñasco del temporal y se introducen en el

conducto auditivo interno (CAI) en compañía del nervio auditivo (VIII par craneal) y de la arteria auditiva interna. Posteriormente, la porción A del nervio facial (motora), y la porción B (parasimpático-sensitivo) se separan.

La porción A (motora), discurre por el nerviducto facial, desde el CAI hasta el agujero estilo mastoideo. Tras abandonar el cráneo, atraviesa la glándula parótida y termina repartida en cinco ramas: temporal, cigomática, bucal, mandibular y cervical que bajo la piel alcanzan los músculos mímicos faciales (18).

La porción B del nervio facial (parasimpático-sensitivo) o nervio intermediario de Wrisberg recorre con la porción motora el canal facial y forma el ganglio geniculado. Del ganglio geniculado parte el *nervio petroso mayor*, que termina contactando con fibras postganglionares en el ganglio esfenopalatino, proporcionando así inervación parasimpática a la glándula lagrimal, glándulas de la mucosa en la cavidad nasal, y glándulas salivales de la mitad superior de la boca (17,19).

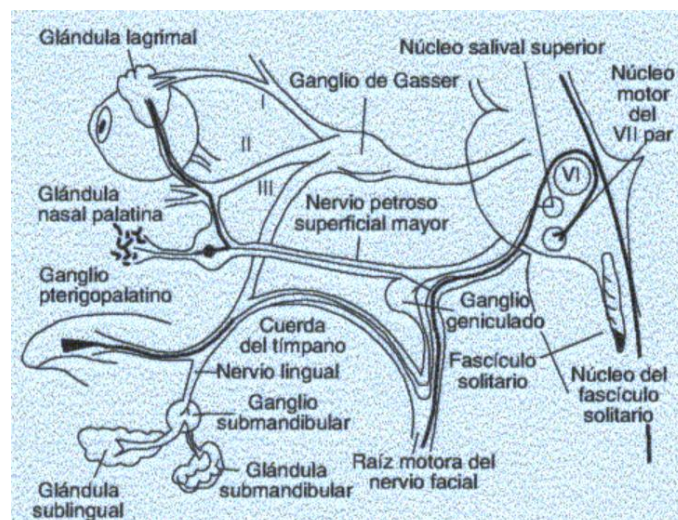


Figura 9. Estructuras anatómicas inervadas por el nervio facial.

Fuente: figura extraída de referencia (36).

La *cuerda del tímpano* es otra rama del nervio intermediario. Se llama así porque pasa por la caja del tímpano, pegada a la membrana timpánica, entre los huesos martillo y yunque. Sale del temporal por un agujero propio y se incorpora a la rama lingual del trigémino. Recoge la sensibilidad gustativa de los 2/3 anteriores de la lengua. Además, al llegar a la superficie de la lengua, da ramas que se dirigen al ganglio submandibular del que salen fibras postganglionares para las

glándulas sublingual y submandibular, es decir, también lleva fibras parasimpáticas secretoras para estas glándulas.

ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LA PARÁLISIS DE BELL

Las causas de parálisis facial son múltiples y han sido clasificadas de diferentes maneras, pudiendo dividirlas en congénitas o adquiridas. Dentro de las adquiridas se encuentran las traumáticas, las infecciosas, las neoplásicas, las metabólicas, las neurológicas y las autoinmunes, entre otras. (25). Cuando la parálisis facial no tiene una causa aparente se la conoce como parálisis facial primaria o idiopática, parálisis de Bell, estableciendo así un diagnóstico por exclusión, mientras que al tener una causa detectable, se la conoce como parálisis secundaria.

Tabla 1. Causas para el diagnóstico diferencial de la parálisis de Bell.
Fuente: elaboración propia a partir de las referencias (10,34).

CAUSAS DE PARÁLISIS FACIAL	CONDICIÓN/CARÁCTERÍSTICA
CONGÉNITA	
Higroma quístico Quiste branquial Síndrome de Moebius	
ADQUIRIDA	
TRAUMÁTICAS	Fracturas craneales Cirugía de la glándula parótida Cirugía de la mastoides.
INFECCIOSAS	Virus Influenza Virus Epstein-Barré Virus Coxsakie VIH Virus Herpes Simple y Zoster Parotiditis Enfermedad de Kawasaki Enfermedad de Lyme Syphilis

	Mycoplasma Poliomielitis Mastoiditis Meningitis HTLV-1 Encefalitis del tallo encefálico Otitis externa Tuberculosis
METABÓLICAS	Diabetes mellitus Porfiria aguda
NEOPLÁSICAS	Leucemia aguda Neurinoma del acústico Colesteatoma Neoplasias parotídeas
NEUROLÓGICAS	Esclerosis múltiple Parálisis bulbar y pseudobulbar Enfermedad de Parkinson
AUTOINMUNES	Sarcoidosis Amiloidosis
OTROS	Síndrome de Guillain-Barré Post-inmunización Intoxicación plúmbica
IDIOPÁTICA	<u>PARÁLISIS DE BELL</u>

El diagnóstico de la parálisis de Bell es principalmente clínico. A nivel médico se debe realizar una completa anamnesis del paciente estudiando toda la historia clínica que este abarca e investigar el tiempo de inicio de los síntomas (9). El primer paso en el diagnóstico es determinar si la debilidad facial es debido a un problema en el sistema nervioso central (lesiones de neuronas motoras superiores) caracterizado por la debilidad de la mitad inferior facial unilateral, o a uno en el sistema nervioso periférico, en la que existe una parálisis facial total de la hemicara homolateral (lesiones de las neuronas motoras inferiores) (25). Esto se realiza mediante el método de observación.

Para estudiar la sintomatología de esta parálisis se realiza un examen físico en el que se valoran los movimientos faciales que dan respuesta a las órdenes dadas. Se evalúa la presencia del fenómeno de Bell, signo que se identifica mediante el movimiento ocular hacia arriba y hacia fuera, debido a la contracción del recto superior, cuando los pacientes desean cerrar el ojo, dejando a la vista la esclerótica. Está presente en el 75% de los casos (9,20). Seguidamente, se le indica al paciente elevar la frente, fruncir el ceño y los labios, mostrar los dientes y tensar los tejidos blandos del cuello evaluando la funcionalidad del nervio (9).

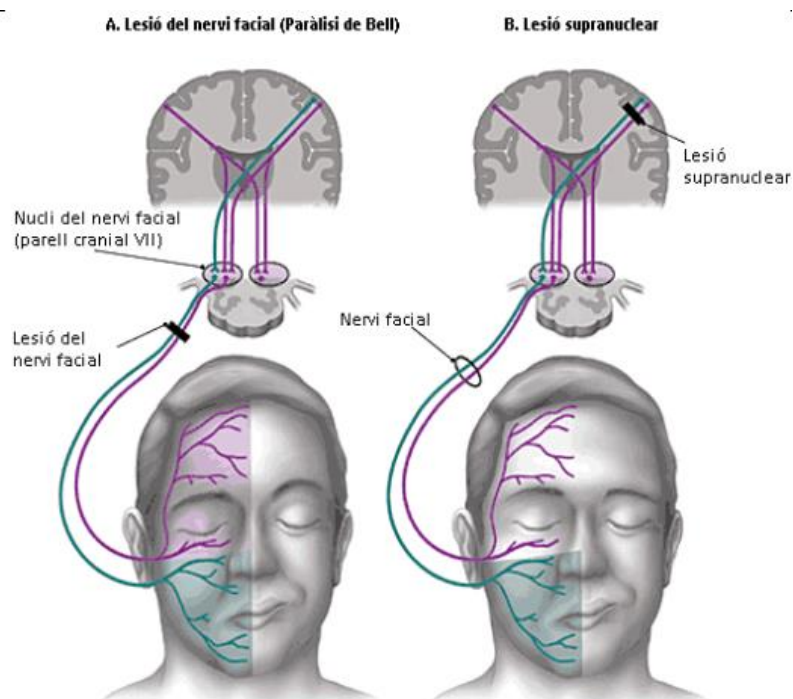


Figura 10. Comparación parálisis facial periférica y central.

Fuente: figura extraída de referencia (28).

Son muchos los sistemas de clasificación propuestos para valorar presentación y el progreso objetivo de la enfermedad. La escala más usada y reconocida a nivel mundial es la de House- Brackmann (32).

Tabla 2. Escala de House-Brackmann.

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (32).

Escala de gradación de la función muscular facial (House Brackmann)	
Grado I.	Función normal en todos los territorios.
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.
Grado III.	Disfunción moderada. Diferencia clara entre ambos lados sin ser desfigurante. Incompetencia para el cierre palpebral completo; hay movimiento en región frontal, asimetría de la comisura bucal en movimientos máximos. En reposo, simetría y tono normal.
Grado IV.	Disfunción moderada-grave. Debilidad o asimetría desfiguradora. En reposo simetría y tono normal. No hay movimiento de región frontal; imposibilidad para cerrar el ojo totalmente. Sincinesias. Espasmo facial.
Grado V.	Disfunción grave. Tan sólo ligera actividad motora perceptible. En reposo, asimetría.
Grado VI.	Parálisis total. No hay movimiento facial. Pérdida total del tono.

Tabla 3. Indicaciones de ingreso hospitalario.

Fuente: tabla extraída de referencia (29).

Indicaciones de ingreso / derivación hospitalaria	
Derivación urgente	<p>Parálisis facial central</p> <p>Parálisis facial secundaria</p> <p>Pérdida de agudeza visual</p> <p>Afectación bilateral</p>
Derivación programada	<p>- Parálisis de Bell</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Progresión de la parálisis (más de 3 semanas). ○ No mejoría de la función del nervio facial (3-4 meses). ○ Recurrencia o recaída. ○ Secuelas como sincinesias.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

Los signos y síntomas de la parálisis de Bell dependen del lugar de la lesión en que se ve afectado el nervio facial. Dichas manifestaciones clínicas se originan por un compromiso de la contractilidad muscular, que llevan a ocasionar una debilidad progresiva en la musculatura y una pérdida de sensibilidad en una hemicara con una afectación nerviosa completa o incompleta, lo que provoca una asimetría facial (9,20). El comienzo de la clínica suele ser brusco, alcanzando la máxima intensidad durante las primeras 48 a 72 horas (18).

A continuación, se enumeran los síntomas más frecuentes (21):

- Los pliegues y arrugas de la hemicara se encuentran ausentes o indefinidos.
- El párpado superior e inferior, las mejillas y la comisura de la boca se observan desplomados, lo que ocasionará una importante dificultad para llevar a cabo expresiones faciales, como cerrar el ojo o sonreír.
- Se presenta un incremento en la sensibilidad a los cambios de temperatura y una alteración en la secreción salival (sialorrea) y lagrimal tanto por exceso (epífora o rebosamiento) como por defecto (xeroftalmia o sequedad ocular).
- Cefalea.
- Pérdida del sentido del gusto.
- Incluye problemas visuales como consecuencia del trastorno de movilidad o cierre palpebral, tales como visión borrosa o incompleta o la existencia de una exposición de la córnea a causa de la dificultad para cerrar los ojos; así como, pérdida del reflejo de parpadeo (20,26).
- Otra de las alteraciones importantes se presenta en la audición; la hiperacusia, la cual se define como un aumento de la sensibilidad a los sonidos, los cuales son percibidos como insoportables, fuertes y/o dolorosos.

Cuando el paciente realiza determinadas acciones, se comprobará en mayor medida la asimetría provocada por la parálisis. Dentro de estas se incluyen:

- Las arrugas horizontales de la frente cuando se levantan las cejas.

- Fruncir el ceño.
- Arrugar la nariz.
- Presionar los labios y soplar con la boca abierta. También incluye la realización de silbidos, para la comprobación de la función nerviosa motora alterada.
- Sonreír y hablar (en ocasiones la voz produce sonidos nasales).
- Ingerir líquidos, los cuales pueden desbordarse, y alimentos sólidos, que normalmente se acumulan entre las encías y el mentón. Debido a la falta de sensibilidad y tono muscular, se puede morder la pared de la mejilla al masticar (20).

Hay que destacar el componente emocional del paciente que posee la parálisis de Bell debido al cambio de configuración anatómico - facial que esta conlleva. Puede resultar complicado asumir dicho cambio, por lo que se pueden desarrollar ciertas patologías psicológicas, las cuales se deben tener en cuenta.

TRATAMIENTO

La mayoría de las parálisis faciales son transitorias y parciales, por lo que, siempre que el cuidado general del ojo se realice mediante la aplicación de lágrimas artificiales y oclusión nocturna, no será necesario realizar el control ocular. La valoración oftalmológica es recomendable en las parálisis faciales completas y definitivas, lo que no quiere decir que se deba abandonar el cuidado del ojo en las primeras, ya que es el aspecto más importante en una parálisis facial debido a las consecuencias que se derivan de una mala protección ocular (20,22). La queratopatía por exposición es una de las complicaciones más frecuentes cuando los pacientes con parálisis facial llegan al oftalmólogo.

Al margen de los cuidados del ojo, el tratamiento de la parálisis de Bell se basa en el uso de corticoides, existiendo 2 pautas de tratamiento avaladas en los últimos documentos de consenso: prednisona (Dacortín®) 50 mg durante 10 días o prednisolona 60 mg durante 5 días. Pauta descendente de 10 mg/día durante los 5 días siguientes, empezando el tratamiento en las primeras 72 h desde el inicio de la parálisis (22). También existe la posibilidad de valorar el adicionar

medicamentos antivirales por estudios recientes que avalan la posibilidad de una etiología viral por el herpes simple en los episodios agudos severos (9).

Tabla 4. Cálculo de medicación paciente 75 kg.
Fuente: tabla extraída de referencia (26).

EJEMPLO DE PAUTA DE CORTICOIDES	
DÍAS DE TRATAMIENTO	PREDNISONA (30mg)
Del 1º al 5º	2 + 1/2 comprimidos (75 mg)
6º	2 + 1/3 comprimidos (70 mg)
7º	2 comprimidos (60 mg)
8º	1 + 2/3 comprimidos (50mg)
9º	1 + 1/3 comprimidos (40 mg)
10º	1 comprimido (30 mg)
11º	2/3 comprimidos (20 mg)
12º	1/3 comprimidos (10 mg)

*En un envase de medicación de prednisona se incluyen 30 comprimidos. Existen presentaciones de 30 mg en las que en un lado del comprimido existe una marca para dividirlo por la mitad (15-15) y en el otro lado existe otra marca para dividirlo en tercios (10-10-10), con la única función de establecer dosis exactas (26).

En la práctica clínica, una pauta sencilla consiste en utilizar prednisona ajustada a 1 mg/kg/día durante 5 días con reducción progresiva de 10 mg/día los días sucesivos hasta llegar a cero, aunque otros autores recomiendan utilizar prednisona de 50 mg durante 5 días y una pauta descendente los siguientes 5 días. Se recomienda añadir protección gástrica durante el tratamiento con corticoides. Estos deben prescribirse con precaución en pacientes con antecedentes médicos de diabetes mellitus, úlcera gástrica o duodenal, hipertensión arterial mal controlada, insuficiencia renal, enfermedad hepática, glaucoma, embarazo, traumatismo craneal reciente o enfermedad psiquiátrica (20,22).

La mayoría de los casos de parálisis de Bell en el embarazo se dan durante el tercer trimestre o en la primera semana tras el parto y, en general, el pronóstico es peor que en mujeres no embarazadas. El tratamiento de elección son los corticoides en las pautas descritas previamente. Si bien durante el tercer trimestre de embarazo pueden utilizarse corticoides de forma segura, para

minimizar riesgos para el feto se recomienda utilizar prednisolona o metilprednisolona, ya que atraviesan la barrera placentaria en menor medida. La utilización de antivirales, en este grupo de población es controvertida y se debe valorar la relación riesgo-beneficio teniendo en cuenta la posibilidad de infección por herpes zóster. En cualquier caso, es recomendable acudir a la consulta a ginecología (22,23).

Por otra parte, es importante destacar que en la infancia la parálisis de Bell tiene mejor pronóstico que en los adultos, se recomienda tratamiento con prednisolona 1 mg/kg/día, 10 días, comenzando en las primeras 72 h. Si se sospecha infección por herpes zóster, se debe valorar la relación riesgo-beneficio de la utilización de antivirales, ya que su uso es controvertido y en la actualidad no se recomienda de forma rutinaria en la parálisis de Bell (22).

No se han encontrado pruebas sólidas de un beneficio significativo de la terapia combinada de corticosteroides y antivirales sobre los corticosteroides solos. Sin embargo, algunos autores señalan que se debe tener en cuenta cualquier beneficio potencial de la terapia combinada de corticosteroides y antivirales (23).

Otras terapias incluyen el oxígeno hiperbárico, el cual puede reducir el tiempo de recuperación y aumentar la proporción de personas que se recuperan por completo en comparación con los corticosteroides. Sin embargo, la evidencia de esto es débil y proviene de un pequeño ensayo clínico aleatorio (23).

El reentrenamiento facial puede mejorar la recuperación de las puntuaciones de la función motora facial, incluida la rigidez y la movilidad de los labios, y puede reducir el riesgo de sinquinesia motora en la parálisis de Bell, pero la evidencia es demasiado débil para sacar conclusiones confiables (23).

PRONÓSTICO

El pronóstico de recuperación aumenta en función del tratamiento oportuno. En general, la parálisis de Bell tiene un pronóstico bueno en ausencia de tratamiento. La mejoría clínica, ocurre dentro de las 3 semanas desde el inicio en el 85% de las personas y dentro de los 2 a 6 meses en el 15% restante. Las personas que no muestran signos de mejoría a las 3 semanas pueden haber

sufrido una degeneración grave del nervio facial, o pueden padecer otra patología que requiera para su diagnóstico exámenes o investigaciones especializadas, como tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética. En general, el 71% de las personas experimentará una recuperación completa en la función de los músculos faciales; en concreto el 61% de las personas con parálisis completa, y el 94% de las personas con parálisis parcial). El 29% restante tendrá debilidad muscular facial residual de leve a grave y permanente, el 17% contractura y el 16% espasmo hemifacial o sincinesia. La recuperación incompleta de la expresión facial tiene un impacto a largo plazo en la calidad de vida y la autoestima. El pronóstico para los niños con parálisis de Bell es generalmente mejor, con una alta tasa (> 90%) de recuperación espontánea, en parte debido a la mayor frecuencia de paresia. Sin embargo, los niños con parálisis tienen debilidad permanente de los músculos faciales con tanta frecuencia como los adultos (20).

B. PLAN DE CUIDADOS

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson determina que existen 14 necesidades básicas en el ser humano que deben estar cubiertas para que un individuo mantenga un óptimo estado de salud. Dichas necesidades son las siguientes: respiración, alimentación, eliminación, movilidad, reposo/sueño vestirse, temperatura, higiene/piel, evitar peligros/seguridad, comunicación, creencias/valores, trabajar/realizarse, recrearse y aprender.

Necesidad 1. Respirar normalmente: no alterada.

Necesidad 2. Comer y beber de forma adecuada: alterada.

En un paciente con parálisis de Bell, en el que la clínica referente a esta necesidad, se manifiesta mediante la dificultad mecánica de la ingestión de los nutrientes, debido a una clara caída en la comisura de la boca, así como una pérdida de la acción motora de ambos maxilares. Además, debemos añadir, la afectación de la mucosa lingual y la inactividad de las glándulas sublingual y submandibular.

Necesidad 3. Eliminar los desechos corporales: no alterada.

Necesidad 4. Moverse y mantener una postura adecuada: no alterada.

Necesidad 5. Dormir y descansar: alterada.

Un paciente con parálisis de Bell presenta dificultad para descansar y alcanzar un correcto hábito en lo que se refiere al patrón del sueño, debido a la sintomatología asociada a la enfermedad, destacando la imposibilidad de que se produzca el cierre palpebral por acción del propio paciente. Además, la pérdida de sensibilidad y de tono muscular en el lado afectado, hace que el paciente no tenga la suficiente seguridad para apoyar ese mismo lado, sobre la almohada a la hora de conciliar el sueño, por lo que la incomodidad de tener la misma postura durante toda la noche dificulta también la satisfacción de esta necesidad.

Necesidad 6. (Des) vestirse /elegir ropas adecuadas: no alterada.

Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal dentro del rango: no alterada.

Necesidad 8. Correcta higiene corporal e integridad de la piel: alterada.

Debido a la afectación de las fibras parasimpáticas del nervio facial que alcanzan la glándula sublingual y submandibular, el paciente es susceptible de sufrir molestias o lesiones de la mucosa oral a causa de una reducción en la cantidad de saliva que hidrata la mucosa.

Necesidad 9. Evitar los peligros del entorno/seguridad: alterada.

Esta patología se ve asociada a riesgos tanto físicos como psicológicos.

Necesidad 10. Comunicarse con los demás: alterada.

La pérdida motora de los músculos de la mímica de la cara (como pueden ser el orbicular de los labios o el buccinador) dificulta la movilidad de la boca a la hora de comunicarse con los demás, resultando difícil el habla, que la mayoría de las veces adquiere un tono nasal, y la vocalización.

Necesidad 11. Actuar de acuerdo a propias creencias/ valores: no alterada.

Necesidad 12. Trabajar para sentirse realizado: alterada.

Debido al cambio corporal, el paciente tiene el riesgo de sufrir cambios en su autoestima, por lo que no se verá válido para realizar la actividad laboral.

Necesidad 13. Actividades recreativas / entretenimiento: alterada.

El cambio radical facial que sufren los pacientes que desarrollan la parálisis de Bell, supone muchas veces un cambio en el autoconcepto de su imagen corporal y una baja autoestima al observar el cambio, la mayoría de veces no muy agradable. Esto conduce a no querer salir, realizar actividades en el exterior por lo que estos pacientes muchas veces tienden a quedarse en casa, sitio en el que nadie les identificará ni les mirará a la cara.

Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: no alterada.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
N.2: COMER Y BEBER	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
[0002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.	(1004) <i>Estado nutricional</i>	(4130) <i>Monitorización de líquidos.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar las entradas y las salidas. - Monitorizar la presión arterial ortostática y cambios del ritmo cardíaco. - Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. (1050) <i>Alimentación</i>
[00102] Déficit de autocuidado en la alimentación.	(0303) <i>Autocuidados: comer.</i>	(1860) <i>Terapia de deglución</i> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado. - Colaborar con el logopeda para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución.
[00103] Deterioro de la deglución.	(1012) <i>Estado de la deglución: fase oral.</i> (0303) <i>Autocuidados: comer.</i> (0913) <i>Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales.</i> (1009) <i>Estado nutricional: ingestión de nutrientes.</i>	- Observar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir. - Enseñar al paciente a que abra la boca en preparación para manipulación de la comida. (1803) <i>Ayuda con el autocuidado:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la posición correcta del paciente para facilitar la masticación y la deglución. - Controlar la capacidad de deglutir del paciente. - Identificar la dieta prescrita. - Proteger con un babero. - Proporcionar una pajita para beber. (1160) <i>Monitorización nutricional:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la ingesta calórica y dietética - Controlar el peso y el estado de hidratación. - Evaluar el estado mental.
N.5: REPOSO/ SUEÑO	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
[00198] Trastorno del patrón del sueño.	(0004) <i>Sueño</i>	(1850) <i>Mejorar el sueño</i> <ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación muscular del lado no afectado. - Mantener el ojo cerrado del lado afectado con esparadrapo.
[00165] Disposición para mejorar el sueño.		- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de conciliar el sueño. - Comentar al paciente y la familia, técnicas para conciliar el sueño.

N.8: HIGIENE/PIEL	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
[00261] Riesgo de sequedad bucal. [0247] Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral.	<i>(1101) Integridad tisular : piel y membranas mucosas</i> <i>(1100) Salud oral</i> <i>(0308) Autocuidados: higiene oral.</i>	<i>(1720) Fomentar la salud bucal.</i> <i>(1710) Mantenimiento de la higiene bucal.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar un correcto hábito de higiene bucal, tras cada comida. - Realizar un correcto manejo de la higiene dental mediante el cepillado. - Enjuagar la boca con colutorio evitando así infecciones. - Desaconsejar hábitos tóxicos como el tabaco o el alcohol.
N.9: PELIGROS/SEGURIDAD	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES
[00219] Riesgo de sequedad ocular.	<i>(2110) Severidad del ojo seco.</i>	<i>(1350) Prevención de la sequedad ocular.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar lubricantes para producción lacrimal. - Cubrir los ojos con dispositivos eficaces. - Administrar cuidados oculares 2 veces/día. - Monitorizar los signos de sequedad ocular.
	<i>(1927) Control de riesgo ojo seco.</i>	<i>(2310) Admon. medicación oftálmica.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir las 5 reglas de admón. de medicación. - Enseñar al paciente a manejar el cierre palpebral. - Controlar si hay efectos locales o sistémicos.
[00245] Riesgo de lesión corneal.	<i>(1927) Control de riesgo ojo seco.</i> <i>(1927) Control del riesgo: exposición al sol.</i>	<i>(1650) Cuidados de los ojos</i> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar la importancia de no manipular el ojo. - Observar si hay enrojecimiento o ulceración. - Aplicar una cámara de humedad.
[0251] Control emocional inestable.	<i>(2002) Bienestar personal.</i> <i>(1204) Equilibrio emocional.</i>	<i>(5330) Control del estado de ánimo.</i> <i>(5270) Apoyo emocional.</i> <i>(1800) Ayuda con el autocuidado.</i> <i>(5440) Aumentar los sistemas de apoyo.</i> <i>(5616) Enseñar: medicamentos prescritos.</i> <i>(2380) Manejo de la medicación</i> <i>(5400) Potenciación de la autoestima</i> <i>(5100) Potenciación de la socialización.</i> <i>(266) Terapia de ejercicios: control muscular.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la capacidad del autocuidado. - Evaluación continua del estado de ánimo. - Animar al paciente a socializar. - Enseñar técnicas de afrontamiento de problemas. - Proporcionar entrenamiento en habilidades sociales. - Ayudar a identificar puntos fuertes personales.
[00167] Disposición para mejorar el autoconcepto.	<i>(1205) Autoestima.</i>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Identificar factores desencadenantes de ánimo disfuncional. - Limitar el tiempo de expresión de sentimientos negativos. - Ayudar al paciente a controlar el estado de ánimo. - Derivar a profesional: psicoterapia. - Enseñar a manejar mayor autonomía en el autocuidado.
[00168] Disposición para mejorar el autocuidado.	(300) <i>Autocuidados: actividades de la vida diaria.</i>	<p>(5395) <i>Mejora de la autoconfianza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los obstáculos al cambio de conducta. - Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta. - Participar en un juego de rol para ensayar la conducta. <p>(200) <i>Fomento del ejercicio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. - Fomentar la actividad física, según la tolerancia del paciente (como por ejemplo salir a caminar de mínimo una hora al día).
[00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal.	(1202) <i>Identidad personal</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la actividad física, según la tolerancia del paciente (como por ejemplo salir a caminar de mínimo una hora al día).
[00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo.	(1503) <i>Implicación social</i>	<p>(5320) <i>Humor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los tipos de humor apreciados por el paciente - Fomentar las guasas y las risas con el paciente. - Evitar áreas de contenidos sensibles para el paciente.
[00052] Deterioro de la interacción social.	(1604) <i>Participación en actividades de ocio.</i>	<p>(200) <i>Fomento del ejercicio físico.</i></p>
N.10: COMUNICACIÓN	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
[00051] Deterioro de la comunicación verbal.	<p>(0903) <i>Comunicación: expresiva</i></p> <p>(3002) <i>Satisfacción del paciente: comunicación</i></p>	<p>(4976) <i>Mejorar la comunicación: déficit del habla.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Remitir al paciente al logoterapeuta. - Instruir al paciente o a la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla. - Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente. - Modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional a la hora de asumir la dificultad en la comunicación. - Remarcar los puntos fuertes y los avances que realiza el paciente como motivación a seguir evolucionando.
[00157] Disposición para mejorar la comunicación.	(0902) <i>Comunicación</i>	<p>(4976) <i>Mejorar la comunicación: déficit del habla</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar métodos de escritura alternativos. - Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión. - Remitir al logopeda.

		- Modificar las condiciones del entorno para disminuir el exceso de ruido.
[00052] Deterioro de la interacción social.	<i>(1604) Participación en actividades de ocio.</i>	<i>(5100) Potenciación de la socialización.</i> - Fomentar la participación de actividades en grupo y/o individuales. - Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas. - Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine. - Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.
N.12:TRABAJAR/REALIZAR	RESULTADOS	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
[00153] Riesgo de baja autoestima situacional.	<i>(1215) Conciencia de uno mismo.</i>	<i>(5220) Mejora de la imagen corporal</i> - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda. - Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece el paciente. - Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad.
[00118] Trastorno de la imagen corporal.	<i>(1200) Imagen corporal</i>	- Registrar cada mes los cambios de imagen para motivar al paciente en la evolución. - Ayudar al paciente frente un espejo a afrontar el cambio de imagen sufrido a causa de la patología e identificar acciones que mejoren su aspecto. - Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.

Fuente: elaboración propia a partir de referencia (27).

DISCUSIÓN

Una de las principales fortalezas de este trabajo es visibilizar el papel de la enfermería en los cuidados de una patología neurológica como puede ser la parálisis de Bell, asociándola a un mayor acompañamiento del paciente durante el proceso de su enfermedad, atendiendo aquellas necesidades que se vean alteradas, además de promocionar y educar en hábitos de vida saludable favoreciendo el pronóstico de la misma; de acuerdo con la agenda 2030, concretamente con el tercero de los objetivos u ODS, denominado Salud y Bienestar, enfocado a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, promoviendo y protegiendo nuestra propia salud y la de nuestro entorno (24).

Uno de los factores que han dificultado la elaboración de este trabajo ha sido la escasa información existente, relacionada con el campo de la Enfermería y sus múltiples procedimientos e intervenciones, ya que la información hasta ahora publicada se centraba, por ejemplo, más en la rehabilitación de dicha patología o en el propio tratamiento/diagnóstico de la misma (descripciones pertenecientes a campos como el de la Fisioterapia o la Medicina) y no tanto en los cuidados que se deben realizar a lo largo de la enfermedad.

Como implicaciones a la práctica en funciones de enfermería, son varios los aspectos en los que los profesionales de enfermería pueden ayudar a las personas con parálisis de Bell en lo referente a su recuperación. La mayoría de autores muestran la importancia de realizar una correcta valoración de las necesidades alteradas en cada paciente antes de proponer cualquier actividad o intervención de enfermería, prevención ante las diferentes posibles causas o etiología, de forma que esta sea totalmente personalizada e individualizada.

Sería importante llevar a cabo estudios en los que se tratara de forma conjunta el cuidado, la rehabilitación y el tratamiento, cubriendo así todas las necesidades alteradas y el proceso de recuperación, asegurando un mejor pronóstico en pacientes con parálisis de Bell, dado que de forma separada alcanzarían a mejorar la calidad de vida de los usuarios que la sufren, pero a menor nivel. La

puesta en marcha de nuevos y actualizados estudios que traten el manejo enfermero de aquellas necesidades que se vean alteradas sería conveniente, debido a la escasa existencia de los mismos.

CONCLUSIONES

A partir de los objetivos planteados, las conclusiones que se pueden extraer son las siguientes:

- ✓ Es importante conocer y analizar la anatomía funcional del nervio facial o VII par craneal para comprender la sintomatología asociada a la parálisis de Bell.
- ✓ La parálisis de Bell es una patología de causa desconocida cuyo diagnóstico es clínico, por exclusión de otras patologías similares. Este debe realizarse con la mayor brevedad posible, ya que un manejo precoz de la situación reduce significativamente el riesgo de sufrir secuelas y favorece una buena recuperación.
- ✓ El plan de cuidados estándar de enfermería de un paciente con parálisis de Bell se encuentra enfocado a una mejora de la calidad de vida del mismo durante todo el proceso de esta enfermedad, favoreciendo la identificación precoz de los síntomas mediante una valoración de calidad e individualizada, y asegurando así, un mejor pronóstico en su recuperación. Esta propuesta permite unificar los criterios de actuación y abordar esta patología de una manera integral.
- ✓ Por último, destacar la falta de estudios que incluyen la función de enfermería dentro de esta patología, la parálisis de Bell, con vista a futuras líneas de investigación necesarias para visibilizar la acción de dicha profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreira-Penêda J, Robles R, Gomes-Pinto I, Valente P, Barros-Lima N, Condé A. Peripheral facial palsy in emergency department. Iran J Otorhinolaryngol. 2018;30 (3):145-52.
2. Ramos García Inés Yaumara, Noa Muguercia Harold. Acupuntura y masaje tuina en el tratamiento de la parálisis de Bell. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 2021 May 25]; 23 (4): 533-541. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000400533&lng=es. Epub 05-Oct-2019.
3. De Diego JI, Prim MP, Gavilán J. Etiopatogenia de la parálisis facial periférica idiopática (de Bell). Rev Neurol 2001; 32: 1055-9.
4. León-Arcila Miguel Evelio, Benzur-Alalus David, Álvarez-Jaramillo Jaime. Parálisis de Bell: reporte de un caso. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2013 [citado 2021 May 25]; 35 (4): 162-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582013000400004&lng=es.
5. Heckmann JG, Urban PP, Pitz S, Guntinas-Lichius O, Gágyor I. Idiopathische Fazialisparese (Bell's palsy). Dtsch Arztebl Int. 2019;116(41):692-702.
6. Esquivel VO, Becerra TP. Universidad Central Del Ecuador Facultad De Ciencias Médicas Carrera De Obstetricia. 2018;13-4. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/17619><http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21332><http://200.12.169.19:8080/handle/25000/15327>.
7. A. Navarro, A. Orellanos. Secuelas de parálisis facial. [Foro] Foro de consulta para Claudia Olivares. Organización Panamericana de la Salud-Grupo de colegiados. 2018 Jul [citado 2021 May 25]. Recuperado a partir de : [https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/941-secuelas-de-paralisis-facial#:~:text=Parálisis%20facial%20\(parálisis%20de%20Bell,y%20conlleva%20una%20sintomatología%20característica](https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/941-secuelas-de-paralisis-facial#:~:text=Parálisis%20facial%20(parálisis%20de%20Bell,y%20conlleva%20una%20sintomatología%20característica)
8. Garrido Calvo AM, González Espallargas E, Pinós Laborda PJ, Gil Romea I. una parálisis facial periférica. Med Integr [Internet]. 2010;36(8):285-93. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-una-paralisis-facial-periferica-12966>
9. Saborío Cervantes IE, Villalobos Bonilla D, Bolaños Parajeles C. Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. Rev Medica Sinerg. 2019;4(6):81-9.
10. Antonio García Piña J, Gómez Pedroso Balandrano A, Alerto Teliz Meneses M, Durán Gutiérrez A, López Mateos A, de Servicio CMF Hosp Regional Lic Adolfo López Mateos J, et al. Parálisis de Bell: Algoritmo actual y revisión de la literatura. Cirugía Bucal [Internet]. 2014;7(2):68-75.

- Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>
11. Saborío CIE, Villalobos BD, Bolaños PC. Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento . Revista Médica Sinergia. 2019;4(06):81-89.
 12. Somasundara D, Sullivan F, Cheesbrough GF. Management of Bell ' s palsy Aetiology. J Aust. 2017;40(3):1-9.
 13. Brand V, Velandia J, Bolaños J. Pancreatitis aguda necrosante asociada al virus de la influenza tipo a: Reporte de caso. Rev Médica Sanitas. 2018;21(2):76-81.
 14. Daniel Á, Moncayo P, De E. Revisión anatómica del nervio facial (VII Par Craneano). Morfolía. 2016;8(2):12-24.
 15. Pró, Eduardo A. Anatomía Clínica. Cabeza. Nervio facial. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2012: 288-90.
 16. Linn J. Pares Craneales. In: Guevara P, Fuenmayor de Amaya R, editors. Imagenología del cerebro. Filadelfia: AMOLCA; 2017: 348-367.
 17. Rodríguez-Ortiz MD, Mangas-Martínez S, Ortiz-Reyes MG, Rosete-Gil HS, Vales-Hidalgo O, Hinojosa-González R. Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. Arch Neurociencias. 2011;16(3):148-55.
 18. Perelló R., Supervía A., Jiménez J., Pallás O. Parálisis facial periférica bilateral idiopática en una paciente de 38 años. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2008 Ene [citado 2021 Mayo 26]; 25(1): 50-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000100018&lng=es.
 19. Valdez González Jonathan, Román Pérez Francisco José, Ponce Moreno Beatriz, Pérez Guerra Elena, Martín Díaz Vicente. Parálisis facial: ¿siempre parálisis de Bell?. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2013 Oct [citado 2021 Mayo 26] ; 6(3): 169-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000300008&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2013000300008>.
 20. Holland, N. J., & Bernstein, J. M. (2014). Bell's palsy. *BMJ clinical evidence*, 2014, 1204.
 21. Organización de la Naciones Unidas. Objetivo 3 Salud Y Bienestar : Por Qué Es Importante. Onu [Internet]. 2017;2. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf
 22. Benítez s., Troncoso O., MoyaF. MMOFP. Manejo Integral De La Parálisis Facial Multidisciplinary Management of Facial Paralysis. [Rev Med Clin Condes - 2016; 27(1) 22-28] Manejo. 2016;27(1):22-8.
 23. Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu Á, Arístegui M, Batuecas Á, et al. Facial paralysis: Clinical practice guideline of the Spanish Society of Otolaryngology. Acta Otorrinolaringol Esp. 2020;71(2):99-118.
 24. León-Arcila ME, Benzur-Alalus D, Alvarez-Jaramillo J. Bell's palsy. A case report. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac [Internet]. 2013;35(4):162-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.10.009>
 25. Warner MJ, Hutchison J, Varacallo M, et al. Bell Palsy (Nursing) [Updated 2020 Nov 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568812/>

26. Cai Z, Li H, Wang X, Niu X, Ni P, Zhang W, et al. Prognostic factors of Bell's palsy and Ramsay Hunt syndrome. *Med (United States)*. 2017;96(2):1-5.
27. www.nnnconsult.com
28. Vidal Esteban A, Torres Mohedas J. Parálisis facial (parálisis de Bell). 2015. 2015;1-5.
29. Perez L. Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería. Univ Valladolid [Internet]. 2016;1-28. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/32649>.
30. Benítez s., Troncoso O., Moya F. MMOFP. Manejo Integral De La Parálisis Facial Multidisciplinary Management of Facial Paralysis. [Rev Med Clin Condes - 2016; 27(1) 22-28] Manejo. 2016;27(1):22-8.
31. Royer F Michel, Stott C Carlos, Rivas M^a Paz. Parálisis facial en otitis media: Revisión bibliográfica. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* [Internet]. 2007 Dic [citado 2021 Mayo 25]; 67(3): 255-263. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162007000300008&lng=es.
32. Cardel J, P PEZSNC. Fecha y hora: 2016;2907227.
33. Malou Hultcrantz (2016) Rehabilitation of Bells' palsy from a multi-team perspective, *Acta Oto-Laryngologica*, 136:4, 363-367.
34. Rivera-Cardona G. Nervio facial : Aspectos esenciales desde las ciencias biomédicas. *Rev Estomatológica*. 2012;20(2):36-44.
35. Traza Nervio facial [Internet]. *Neurocirugía contemporánea*. 2019. [citado 2021 Mayo 25]. Recuperado a partir de: http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=nervio_facial
36. Bell's palsy [Internet]. National Institute of Neurological Disorders. NIH Publication No. 18-NS5114 .2018 [citado 2021 Mayo 25]. Recuperado a partir de: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Bells-Palsy-Fact-Sheet#top>