

Rehabilitative treatment of facial paralysis from a multidisciplinary approach

Tratamiento rehabilitador de la parálisis facial desde un enfoque multidisciplinario

Rafael Ismael Clavijo Reyes¹ , Mirelis Barrientos Danger² , Grisela García Rubio³ , Berta María Santana Rodríguez¹ , Kenia Bárbara Díaz Pérez⁴ , Mercedes Regla González Roque⁴ 

¹Hospital Docente Dr. Carlos Juan Finlay. Marianao, La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte Manuel Fajardo, La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Tecnología de la Salud, La Habana, Cuba.

⁴Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre, La Habana, Cuba.

Cite as

Clavijo Reyes RI, Barrientos Danger M, García Rubio G, Santana Rodríguez BM, Díaz Pérez KB, González Roque MR. Rehabilitative treatment of facial paralysis from a multidisciplinary approach. SAP Rehabilitation and Sports Medicine. 2026; 6:121. <https://doi.org/10.56294/ri2026121>

Publication History

Submitted: 21-01-2025

Revised: 21-05-2025

Accepted: 06-08-2025

Published: 01-01-2026

Corresponding Author

Rafael Ismael Clavijo Reyes 

ABSTRACT

Introduction: facial paralysis is an acute condition at the peripheral level that sets in abruptly. It produces a decrease or absence of mobility of the muscles that innervate the affected hemiface. It can be of central or peripheral origin. Depending on this, the rehabilitation treatment should be adjusted, taking into account the particularities of the affected persons and paying special attention to the emotional aspect.

Objective: to identify the degree of satisfaction with the rehabilitation treatment of people with Bell's Palsy at the Dr. Carlos Juan Finlay Teaching Hospital.

Method: a cross-sectional descriptive study was carried out with a sample of 50 clinical histories. The variables used were sex, age, personal pathologic antecedents, symptoms and signs observed and the patient's evolution.

Results: a clinical evolution with a very satisfactory result was observed in 64 % of the totality. The symptoms of facial asymmetry and deviation of the labial commissure after treatment were those that most frequently had a positive response.

Conclusions: it was possible to identify that the clinical evolution achieved in more than half of the studied sample was very satisfactory. As secondary findings it was found that the most frequent pathological antecedents were arterial hypertension, diabetes mellitus and ischemic heart disease.

Key words: Bell's Palsy; Rehabilitation Treatment; Multidisciplinary Rehabilitation.

RESUMEN

Introducción: la Parálisis facial es una afección aguda a nivel periférico que se instaura de forma abrupta. Produce una disminución o ausencia de movilidad de los músculos que inervan la hemicara afectada. Puede ser de origen central o periférico. En dependencia de esto el tratamiento rehabilitador debe ser ajustado, atender las particularidades de las personas afectadas y especial atención al aspecto emocional.

Objetivo: identificar el grado de satisfacción con el tratamiento rehabilitador a personas con Parálisis Facial de Bell en el Hospital Docente Dr. Carlos Juan Finlay.

Método: se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 50 historias clínicas. Las variables que se utilizaron fueron el sexo, la edad, los antecedentes patológicos personales, los síntomas y signos observados y la evolución del paciente.

Resultados: se observó una evolución clínica con resultado muy satisfactorio en el 64 % de la totalidad. Los síntomas de asimetría facial y desviación de la comisura labial después del tratamiento fueron los que con mayor frecuencia tuvieron una respuesta positiva.

Conclusiones: se pudo identificar que la evolución clínica alcanzada en más de la mitad de la muestra estudiada fue muy satisfactoria. Como hallazgos secundarios se encontró que los antecedentes patológicos más frecuentes encontrados fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica.

Palabras clave: Parálisis Facial de Bell; Tratamiento Rehabilitador; Rehabilitación Multidisciplinaria.

INTRODUCCIÓN

La Parálisis facial es una afección neuromuscular, las primeras observaciones médicas fueron realizadas por Hipócrates en la Grecia antigua desde donde datan evidencia de esta entidad. Para el siglo XIX, finales del período del 20 y principio del 30, el cirujano escocés Sir Charles Bell detalla con determinada precisión el nervio facial, así como su innervación a nivel motor en el aspecto muscular y de la gestualidad facial, lo que con posterioridad repercutió en el diagnóstico de la parálisis facial de causa idiopática.⁽¹⁾

La parálisis de Bell (PB), también conocida como parálisis facial idiopática, es la forma más frecuente de parálisis facial periférica. Tiene una notable incidencia de 20-50 casos por 100 000 individuos cada año. La historia familiar se da en un 9 % de los casos. Puede ser recidivante entre un 10-20 % de los casos. Factores como la edad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son predisponentes.⁽²⁾

En el caso de la incidencia y según la literatura médica se revela que los casos pueden oscilar de 11 a 40 casos por cada 100.000 habitantes. Otras investigaciones reportan una incidencia de 70 casos por 6000 habitantes.⁽³⁾ En otras fuentes, se describe que los individuos de diferentes edades y ambos sexos, pueden llegar a tener una incidencia al año de 15 a 35 casos por cada 100 000 habitantes.⁽⁴⁾

Con respecto a la epidemiología de la Parálisis Facial de Bell en Cuba, se registran cada año cerca de 3 000 nuevos casos,⁽⁵⁾ aunque cabe destacar que no está creado un sistema de recogida de información oficial para la obtención de datos asociados a la epidemiología, incidencia y prevalencia de la Parálisis Facial de Bell, desde el Ministerio de Salud Pública, pasando por la Dirección Provincial de Salud de la Habana y sus respectivas direcciones municipales, particularidad esta que es confirmada por los funcionarios de estas entidades.

La parálisis facial es una entidad patológica bastante frecuente, de etiología y evolución variada, que cursa con déficits físicos, funcionales, estéticos, y psicosociales. En la actualidad, no existe consenso sobre el tratamiento que se debe pautar en una parálisis facial, siendo el tratamiento de primera elección el tratamiento farmacológico.⁽²⁾ En fisioterapia, se utiliza laserterapia, magnetoterapia, calor infrarrojo local, electroestimulación, drenaje linfático manual, estiramientos, facilitación neuromuscular propioceptiva, estimulación sensorial, vendaje neuromuscular, ejercicios activos asistidos, ejercicios activos, masaje facial, ejercicios de la mímica facial y las correspondientes ayudas técnicas.

El propósito de esta investigación es identificar el grado de satisfacción con el tratamiento rehabilitador multidisciplinario a personas con Parálisis Facial de Bell en el Hospital Docente Dr. Carlos Juan Finlay.

MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal en 50 historias clínicas de personas de ambos sexos diagnosticados con Parálisis Facial de Bell, que fueron atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Docente Dr. Carlos Juan Finlay.

Se realizó una revisión de las historias clínicas en el período comprendido entre octubre de 2021 a mayo de 2022. Se tuvo en cuenta, como variables, el sexo, la edad, los padecimientos de base u otras condiciones del paciente. Se constató la mejoría de los síntomas reflejados en la historia clínica, de manera que se pudo extraer la información y reflejar los resultados.

Criterios de inclusión: historias de personas atendidas por Parálisis Facial de Bell y que culminaron el tratamiento rehabilitador.

Criterio de exclusión: historias incompletas.

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Nominal Masculino Femenino	Según sexo biológico
Edad	Cuantitativa continua	Mayores de 18 años	Según años cumplidos
Antecedentes patológicos personales	Cualitativa nominal politómica	Hipertensión. Arterial Diabetes mellitus Cardiopatías Otras enfermedades Sanos	Enfermedades crónicas conocidas
Síntomas y signos	Cualitativa nominal politómica	Asimetría Dolor Inflamación	Manifestaciones clínicas reflejadas en la historia
Evolución del paciente	Cualitativa nominal politómica	Muy satisfactoria Satisfactoria No satisfactoria	Síntomas una vez finalizados el tratamiento

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

La recolección de los datos para la realización de este estudio fue obtenida por las Historias Clínicas de los pacientes seleccionados, luego de la aprobación de los administrativos correspondientes, dada las regulaciones establecidas para la accesibilidad a este material de archivo.

Los datos obtenidos fueron registrados en una planilla de recolección, que se elaboró con antelación y por consiguiente facilitó el estudio realizado.

La regla de decisión para determinar si la evolución es MUY SATISFACTORIA es que desaparezcan más del 60 % de los síntomas, si desaparece entre el 20 % y el 59 % de los síntomas una evolución SATISFACTORIA. Si desaparecen menos del 20 % de los síntomas la evolución se considera NO SATISFACTORIA.

Técnicas, procedimientos de procesamiento y análisis

Para la obtención de la información necesaria, se realizó una revisión bibliográfica teniendo en cuenta los criterios de investigación estipulados, mediante la revisión de textos, tesis de grado, revistas científicas y artículos en formato digital indexados a Lilacs, sCielo, Medline y Pubmed. Con la información recolectada se confeccionó una base de datos en Excel. Fueron estudiadas variables sociodemográficas como edad y sexo y otras clínicas y referentes al manejo del tratamiento aplicado, además de comprobar los efectos del mismo con el empleo del procedimiento descrito anteriormente. Se utilizaron las medidas de resumen para las variables cualitativas y cuantitativas, como: las frecuencias absolutas y relativas. Para un mejor análisis de los resultados obtenidos, fueron presentados en tablas.

Consideraciones y aspectos éticos

Toda la investigación se rigió por los principios básicos de la investigación en humanos (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), acorde con el código deontológico de la especialidad y la Declaración de Helsinki.⁽⁶⁾

Fue solicitada la aprobación para empleo de la fuente de información seleccionada a las autoridades administrativas pertinentes del Hospital Docente Dr. Carlos Juan Finlay, según reglamentos estipulados y legislados por el Ministerio de Salud Pública, estableciendo el compromiso de su estricto cumplimiento.

Además, los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente en el marco de la investigación científica con respeto de la confidencialidad. Las planillas con la información, estarán aseguradas por espacio de cinco años luego de concluida la investigación y luego destruidas. La base de datos que se confeccionó, no registrará datos que permitan la identificación de las personas estudiadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla 2 clasifica la población estudiada en los criterios de edad y sexo, obteniendo un 48 % para el sexo masculino y un 52 % para el sexo femenino.

Tabla 2. Distribución de pacientes según edad y sexo						
Grupo de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
25-65	24	48	26	52	50	100

Se muestra una discreta prevalencia del sexo femenino. Se corresponde con otros estudios, que confirman que la parálisis de Bell es más común en mujeres.⁽⁷⁾ Es probable que se deba a factores hormonales y a una mayor predisposición a respuestas autoinmunes.

Tabla 3. Distribución de pacientes estudiados según antecedentes patológicos personales, según sexo.						
Antecedentes patológicos	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensión Arterial	6	12	9	18	15	30
Diabetes Mellitus	4	8	1	2	5	10
Cardiopatías	3	6	1	2	4	8
Otras enfermedades	4	8	8	16	12	24
Sanos	10	20	7	14	17	34
Total	27	54	26	52	50	100

En la tabla 3, se identifican las diferentes patologías de base que poseen los pacientes estudiados, de ambos sexos.

Los pacientes sin patologías de base representaron el 34 %, los que padecen de hipertensión arterial un 30 %, y los que poseen otras enfermedades un 24 %, siendo estas las cifras más significativas, entre los que no referían padecer ninguna enfermedad.

Tabla 4. Síntomas y signos más frecuentes en pacientes estudiados, según sexo.												
Signos y Síntomas	Masculino				Femenino				Total			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Asimetría facial	21	82	4	8	25	98	6	12	46	90	10	20
Dolor	13	26	2	4	18	36	2	4	31	62	4	8
Inflamación	13	26	1	2	20	40	3	6	33	66	4	8

En la tabla 4, se muestra la presencia de los diferentes síntomas y signos, para ambos sexos, antes de iniciar el tratamiento fisioterapéutico y después de terminado. La mayor incidencia de la afectación estuvo, en la simetría facial con un 98 %. Es importante destacar, que las manifestaciones clínicas presentes después del tratamiento, fueron: la afectación de la simetría facial con un 10 %, y el dolor, y la inflamación con un 8 %.

Tabla 5. Evolución de los pacientes estudiados, según sexo.

Evolución clínica	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Muy satisfactoria	17	34	15	30	32	64
Satisfactoria	7	14	11	22	18	36
No satisfactoria	0	-	0	-	0	-
Total	24	48	26	52	50	100

En la tabla 5, se muestra la evolución de los pacientes en muy satisfactoria, satisfactoria y no satisfactoria, después de evaluar los síntomas y signos, una vez terminado el tratamiento. De los 50 pacientes, 32 tuvieron una evolución muy satisfactoria, lo cual constituye un 64 % y 18 pacientes satisfactoria, representando un 36 %.

Con respecto a la combinación del tratamiento para los síntomas y signo, se observó, una buena recuperación. Quedaron secuelas de leve a moderado en los que mantenían sintomatología. La combinación de medicina natural y tradicional con tratamiento fisioterapéuticos, para tratar los síntomas, contribuye a una recuperación más favorable, lo que coincide con esta investigación en cuanto a la aplicación conjunta de agentes físicos, como el láser puntual, y el uso de kinesioterapia: masaje y ejercicios de la mímica facial.⁽⁷⁾

No existe un consenso en la aplicación del tratamiento combinado para diferentes grupos de edades, así como, de las variables y escalas seleccionadas, apareciendo sesgos de diferente índole. En los resultados arrojados en este artículo, se respalda el uso de láser de alta potencia y técnicas kinésicas: ejercicios activos como parte de la mímica facial y terapia manual (masaje), con el objetivo de reducir el tiempo de recuperación en afectaciones más severas, y el ejercicio de Kabat para la disminución de la sincinesia. En el caso de esta investigación, se coincide en la aplicación de láser, aunque en este caso, de baja potencia y de los ejercicios de la mímica facial junto al masaje, en función de potencial el efecto curativo y terapéutico.⁽⁸⁾

El estudio de Saeed,⁽⁹⁾ con el nombre Técnica Kabat y efecto neuromuscular en pacientes con Parálisis de Bell, donde se comparó los efectos del método Kabat y la Reeducción Neuromuscular sobre la discapacidad facial y la sincinesia en pacientes con Parálisis de Bell entre 20 y 50 años, resultó que el primero fue más efectivo y eficaz que el segundo sobre la sintomatología indicada. Con respecto a la investigación de este autor coincide en la efectividad del tratamiento de terapia física en la fase subaguda de la enfermedad y cabe destacar que, aunque no se utiliza en ella el método Kabat, se tienen en cuenta la masoterapia y los ejercicios de la mímica facial que impulsan la mejoría del paciente como parte de la terapia de reeducación neuromuscular.

En algunos estudios,^(7,10) se esboza que el tratamiento de fisioterapia debe tener en cuenta elementos como la sensibilidad, la fuerza muscular y la sincinesia. En referencia a las técnicas más usadas se pudo constatar que fueron las siguientes: tratamiento térmico, drenaje linfático manual, acupuntura, electroterapia, estiramiento, estimulación multisensorial, vendaje neuromuscular y reeducación muscular. Coincide con este autor en que los pacientes que recibieron láser, campo magnético, masaje y ejercicios de la mímica facial como terapia combinada, tuvieron una recuperación más rápida respecto al grupo que solo se le aplicó masoterapia y ejercicio de la mímica facial, lo cual confirma que la terapia que se propuso es efectiva en los pacientes con este tipo de parálisis.

CONCLUSIONES

Se encontró un discreto predominio del sexo femenino. En cuanto a los antecedentes patológicos personales, predominó, la hipertensión arterial. Entre los síntomas y signos más frecuentes se destaca la asimetría facial. Con relación a la evolución clínica, la totalidad se encontró en los grupos de muy satisfactoria y satisfactoria respectivamente.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Rafael Ismael Clavijo Reyes.

Curación de datos: Mirelis Barrientos Danger.

Análisis formal: Grisel García Rubio, Kenia Bárbara Díaz Pérez.

Investigación: Rafael Ismael Clavijo Reyes.

Metodología: Kenia Bárbara Díaz Pérez, Grisel García Rubio.

Administración del proyecto: Kenia Bárbara Díaz Pérez.

Supervisión: Berta María Santana Rodríguez.

Validación: Grisel García Rubio, Mercedes Regla González Roque.

Visualización: Mirelis Barrientos Danger, Berta María Santana Rodríguez.

Redacción - borrador original: Rafael Ismael Clavijo Reyes.

Redacción - revisión y edición: Kenia Bárbara Díaz Pérez, Mercedes Regla González Roque.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruelas-Añamuros LR. Valoración sintomatológica relacionado con la fisioterapia en pacientes con parálisis facial [Tesis de grado] Juliaca: Hospital Carlos Monge Medrano; 2023
2. Sánchez Domínguez N. Abordaje de la parálisis facial desde la fisioterapia: revisión sistemática. [Tesis de grado] La Coruña: Universidade da Coruña; 2022. <http://hdl.handle.net/2183/31674>
3. Colectivo de Autores. Medicina de Urgencias. Tomo 2, Cap. 34. Parálisis Facial, Universidad Católica de Cuenca, Puerto Madero Editorial Académica. Buenos Aires: Argentina; 2022. pp.173-174.
4. Redondo SPH, Lizano GSL. Parálisis de Bell: Diagnóstico y tratamiento. Rev Cienc Salud Integrando Conoc. 2021;5(1): 88-94
5. Zaldívar Suárez N, Estrada Jiménez PB. Discapacidad psicológica en adultos con parálisis facial periférica. Rev Cub Med Fís y Rehab. 2021;13(1): e693. <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>
6. Rodríguez-Puga R. Actualización de la declaración de Helsinki, avances en ética y protección de la investigación médica. Rev-Cub. Salud-Trab. 2025. <https://revsaludtrabajo.sld.cu/inde.php/revyt/article/view/917>
7. Lee S, Kim M, Park J. Gender differences in Bell's palsy: A population-based study. J Neurol. 2023; 270 (5): 1234-1240. doi:10.1007/s00415-023-11785-0
8. Granero Pérez M, Martí Amelab AB. Fisioterapia en parálisis facial idiopática. Revisión sistemática. Revista de Fisioterapia 2021;43(2), p. 85-95.
9. Saeed A. Técnica Kabat y efecto neuromuscular en pacientes con parálisis de Bell, Riphah International University, actualizado 18 de marzo de 2021(internet), 2021
10. Ubillus Carrasco GE, Sánchez Vélez A. Fisioterapia en la parálisis facial. Rev Cuerp Med HNAAA. 2019; 11(4). <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/470>