



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Tesis de Grado

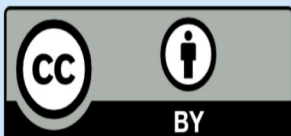
Arroyo Elias, Mariangeles

Terapia por Acupuntura en personas con Parálisis de Bell

Instituto de Ciencias de la Salud

2022

Carrera: Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Arroyo Elias, M. (2025). *Terapia por Acupuntura en personas con Parálisis de Bell* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3650>



Instituto de Ciencias de la Salud

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

TÍTULO:

**“Terapia por Acupuntura en personas
con Parálisis de Bell”**

Autora:

Arroyo Elias, Mariangeles. Legajo: 11950

Directora:

Lic. Beekman, Marisa

Co-Directora:

Dra. Petinelli, Adriana Claudia

Fecha de Presentación:

25 de mayo de 2022

Firma de Autora

Agradecimientos

Agradezco a mi hermoso hijo Tomás, a mis padres Mirta y Gabriel, mi hermana, a mi pareja Marcelo, por haberme brindado el apoyo incondicional y comprensión en estos años de estudio.

A mis compañeros y compañeras de la UNAJ, por la ayuda y los buenos momentos.

A mis tutoras Adriana y Marisa, por haberme acompañado en este trayecto. Por ser no solo mis directoras, sino excelentes personas, por sus palabras a cada momento y su afecto. Gracias por su dedicación y profesionalismo.

A mi querida Universidad Nacional Arturo Jauretche. Gracias, por abrirle la puerta a muchas personas, por ser pública y de calidad. En especial a todos los docentes universitarios, que son el motor de la Universidad.

Arroyo Elias, Mariangeles



Índice

Índice de figuras	5
Índice de tablas	6
Índice de abreviaturas	7
I. Introducción	8
II. Objetivos	10
II.1. Objetivo General	10
II.2. Objetivos Específicos	10
III. Fundamentación	11
IV. Marco teórico	12
IV.3. Parálisis de Bell	12
IV.3.1. Definición	12
IV.3.2. Historia	12
IV.3.3. Etiología	12
IV.3.4. Epidemiología	13
IV.3.5. Anatomía funcional del nervio facial	13
IV.3.6. Exploración física	17
IV.3.6.a. Diagnóstico diferencial	17
IV.3.7. Clasificación	18
IV.3.8. Manifestaciones Clínicas	19
IV.3.9. Secuelas	20
IV.3.10. Tratamiento	21
IV.3.10.a. Tratamiento Farmacológico	22
IV.3.10.b. Tratamiento Kinésico	23
IV.4. Acupuntura	26



TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

IV.4.1.	Definición	26
IV.4.2.	Antecedentes históricos	26
IV.4.2.a.	Acupuntura en Occidente	27
IV.4.3.	Efectos Fisiológicos	28
IV.4.4.	Indicaciones	29
IV.4.5.	Contraindicaciones	29
IV.4.6.	Meridianos y Puntos acupunturales	30
IV.4.7.	Métodos de manipulación	35
IV.4.7.a.	Manipulación manual	35
IV.4.7.b.	Electroacupuntura	35
IV.4.7.c.	Moxibustión	36
IV.4.8.	Técnica de punción	36
IV.4.9.	Marco legal de la Acupuntura en Kinesiólogía	38
V.	Estrategia Metodológica	40
V.1.	Criterios de selección	40
V.2.	Diagrama de búsqueda	41
VI.	Contexto de Análisis	42
VII.	Resultados	54
VIII.	Conclusión	56
IX.	Referencias Bibliográficas	57
X.	Anexos	66

Índice de figuras

Figura 1. Anatomía funcional del nervio facial.	14
Figura 2. Músculos de la cara inervados por el nervio facial y sus principales ramificaciones.	15
Figura 3. Lesión de nervio facial (A) y lesión de origen central o supranuclear	18
Figura 4. Características clínicas de la parálisis facial periférica del lado derecho	20
Figura 5. Puntos de Acupuntura de la región corporal anterior.	33
Figura 6. Puntos de Acupuntura de la región corporal posterior.	34
Figura 7. Principales ángulos de inserción de la aguja.	37
Figura 8. Paciente antes del tratamiento.	45
Figura 9. Paciente después del tratamiento..	46

Índice de tablas

Tabla 1. Escala de clasificación de House-Brackmann.	19
Tabla 2. Reeducción Muscular Facial	25
Tabla 3. Nomenclatura de los meridianos	31
Tabla 4. Términos DeCS/MeSH	41
Tabla 5. Combinaciones de Términos	41
Tabla 6. Comparación de los efectos terapéuticos entre los 3 grupos	43
Tabla 7. Comparación de los efectos terapéuticos entre los pacientes con diferentes condiciones	43
Tabla 8. Comparación en la escala de House-Brackmann entre los 3 grupos	44
Tabla 9. Comparación de las puntuaciones del IDF entre los 3 grupos	44
Tabla 10. Cambios en la escala de House-Brackmann entre los grupos	49
Tabla 11. Cambios en las puntuaciones de las escalas HB y SB antes y después del tratamiento en ambos grupos	52
Tabla 12. Análisis y distribución de la categoría HB _{Diferencia} entre los grupos	52

Índice de abreviaturas

<i>ECA</i>	Ensayo Controlado Aleatorio
<i>HB</i>	Escala de House-Brackmann
<i>IDF</i>	Índice de Discapacidad Facial
<i>mg</i>	Miligramos
<i>mm</i>	Milímetros
<i>MTC</i>	Medicina Tradicional China
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>PFPI</i>	Parálisis facial periférica idiopática
<i>Ref.</i>	Referencia
<i>SB</i>	Sistema de clasificación de Sunnybrook
<i>VHS-1</i>	Virus Herpes Simple tipo 1

I. Introducción

La Parálisis de Bell es una neuropatía que se caracteriza por una afectación del nervio facial (VII par craneal), de forma total o parcial. En las personas que padecen esta patología se observa una afección facial de manera unilateral con sintomatología tanto motora como sensitiva; aunque su principal manifestación clínica es la pérdida de movilidad de la hemicara afectada (1,2).

También llamada parálisis facial periférica idiopática o parálisis “*a frigore*”, puede afectar tanto hombres como mujeres. Se estima que tiene una incidencia anual de 30 a 40 casos cada 100.000 habitantes a nivel global. Los períodos de aparición más habituales de la parálisis facial periférica son en personas con edades entre 20 y 29 años, y de 50 a 59 años; siendo menos frecuente en pacientes pediátricos y adultos mayores. Existen grupos de riesgo, como las mujeres en estado gestacional y en el postparto, personas con inmunodeficiencia, diabetes o hipertensión (2,3).

Se estima que entre el 65 y el 75% de las parálisis faciales son diagnosticadas como Parálisis de Bell, y corresponden a aquellas que no poseen una causa aparente. Su etiología está relacionada a un evento viral, vinculado al virus del herpes simple tipo uno, el cual genera una infección primaria y luego de su resolución permanece en estado de latencia en el ganglio geniculado del nervio facial, causando una parálisis facial periférica idiopática (4).

En relación al cuadro clínico de los/las pacientes con Parálisis de Bell, en la mayoría de los casos es de instalación aguda. Al examen físico la manifestación más evidente es la falta de motricidad de la musculatura facial unilateral que se confirma a través de la observación por la pérdida de movimientos del lado afectado, también se identifica un compromiso secretorio y sensitivo. Conjuntamente se puede observar una asimetría facial y ciertos rasgos están ausentes, como los pliegues y las arrugas de la cara. Se observa un descenso de los párpados superior e inferior, mejilla y la comisura labial del lado afectado, acompañada de dolor retroauricular; estos síntomas se pueden manifestar de manera simultánea o algunos síntomas pueden predominar sobre otros.

Esto produce cambios negativos en la vida del paciente, ya que modifica su estética facial, afecta de manera psicológica al paciente, pudiendo producir cambios

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

emocionales; además altera sus hábitos alimenticios, dado que dificulta la ejecución de actos como beber o comer, y produce alteraciones en el habla (4,5).

En un gran porcentaje los pacientes evolucionan favorablemente en el transcurso de las primeras tres semanas y logran alcanzar una función facial normal. El objetivo de los tratamientos kinésicos en la Parálisis de Bell es acelerar los tiempos de recuperación, obtener un desarrollo favorable de la enfermedad, y así poder prevenir secuelas, como las sincinesias y/o asimetrías faciales (6).

Al desconocer la causa que genera la Parálisis de Bell los tratamientos son muy variados. El manejo en la etapa aguda puede ser de tipo farmacológico, con uso de corticoesteroides y antivirales, protección ocular, procedimientos quirúrgicos, fisioterapia, kinesiología convencional junto con terapias alternativas y orientales (7).

En relación al tratamiento no farmacológico existen diversas opciones terapéuticas, entre las cuales se encuentra la terapia por acupuntura, técnica procedente de la Medicina Tradicional China (MTC), que en relación al campo de las ciencias de la salud en el mundo occidental complementa los tratamientos en busca del alivio de la enfermedad y del bienestar de los individuos; ya que es considerada como una terapia segura, útil, con muy pocas contraindicaciones, económica, con grandes propiedades terapéuticas y es reconocida por distintos organismos de salud a nivel mundial.

El transcurso de la etapa aguda de la parálisis facial periférica idiopática puede verse beneficiado con terapias como la acupuntura, la moxibustión o la digitopuntura, entre otras. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la acupuntura como tratamiento en afecciones que cursen con dolor, patologías crónicas e inflamatorias agudas y para disminuir los efectos adversos producidos por las terapias oncológicas (8–10).

En Argentina se reconoce a la acupuntura *“como práctica o procedimiento que puede ser realizado por un profesional de la salud de grado universitario debidamente capacitado y comprendido en las Leyes Nros. 17.132 y 24.317 (Resolución 859/2008)”*, expedida por el Ministerio de Salud de la Nación; en donde autoriza a los Kinesiólogos, Licenciados en Kinesiología y Fisiatría, Fisioterapeutas y títulos equivalentes a poder aplicar acupuntura en sus intervenciones kinésicas.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

El abordaje kinésico es personalizado, con una visión holística, pensado para cada paciente, donde se tiene en cuenta los componentes psicosomáticos del individuo. Dicho abordaje puede realizarse con la terapia por acupuntura en combinación con técnicas como la moxibustión o la digitopuntura, electroacupuntura, que se trata de la aplicación de corrientes eléctricas específicas en las agujas de acupuntura, el masaje facial tuina, ventosas o ejercicios terapéuticos (10,11).

En base a lo expuesto anteriormente, planteo mi pregunta de investigación, que es la siguiente: *¿Cuál es la eficacia de la terapia de acupuntura en el tratamiento de las manifestaciones clínicas y las secuelas en pacientes con Parálisis de Bell?*

II. Objetivos

Objetivo General

Analizar en base a la literatura existente, la eficacia de la terapia de acupuntura en el tratamiento de las manifestaciones clínicas y las secuelas en pacientes con Parálisis de Bell.

Objetivos Específicos

- ✓ Conocer los efectos fisiológicos que produce la acupuntura en general.
- ✓ Identificar las terapias con las que se puede combinar la acupuntura, como la moxibustión, electroacupuntura, masaje Tuina, ventosas y ejercicios terapéuticos.
- ✓ Especificar cuáles son los puntos de acupuntura más utilizados en la parálisis facial, su localización y propiedades terapéuticas.
- ✓ Determinar qué efectos produce la terapia por acupuntura en personas con Parálisis de Bell.

III. Fundamentación

La Parálisis de Bell es una patología muy frecuente en la población, pudiéndose presentar en hombres y en mujeres de distintas edades, y que afecta a la salud, la estética, el aspecto emocional y social de quien la transita.

En este sentido, tener una pronta recuperación de las funciones motoras faciales es fundamental para cada paciente. Desde la Kinesiología mediante el abordaje con las distintas modalidades terapéuticas se estima que el tiempo de recuperación de la parálisis facial es menor, además de poder lograr una posible recuperación facial funcional completa; en este aspecto la acupuntura es de gran utilidad al plantear un tratamiento kinésico, que le pueda devolver calidad de vida al paciente, ya que es conocido el efecto endorfinérgico de la acupuntura el cual provoca una sensación de bienestar; además de poder evitar secuelas permanentes, así como también remarcar la importancia de contribuir a la contención emocional y el apoyo al paciente en su etapa de recuperación. Al conocer en detalle los efectos locales de la terapia por acupuntura, como cambios en el potencial de membrana de la célula y cambios en la tonicidad del músculo estimulado; y poder contar con una descripción minuciosa de los resultados obtenidos de la técnica por sí misma o combinada con otras; se podrá hacer un aporte al campo del conocimiento y al ámbito clínico para contribuir a una pronta recuperación del paciente con Parálisis de Bell.

IV.Marco teórico

IV.1. Parálisis de Bell

Definición

La Parálisis de Bell es una neuropatía que afecta al VII par craneal (nervio facial), en la cual se produce una lesión de la motoneurona inferior, ocasionando principalmente una debilidad de los músculos a los cuales inerva. También denominada parálisis “a frigore” o parálisis facial periférica idiopática (PFPI), es la forma más frecuente de parálisis facial periférica.

Historia

La anatomía del nervio facial fue descrita por primera vez por el cirujano y anatomista Charles Bell, en el año 1821. Luego de ocho años, expuso tres casos clínicos de afectación facial: dos de ellos eran casos idiopáticos y uno se debía a un tumor de la glándula parótida (12). Estos hallazgos le permitieron demostrar que los músculos que integran la expresión facial estaban inervados por el VII par craneal, tanto por observación clínica como experimentalmente. A partir de ese momento, la PFPI lleva su nombre (13).

Etiología

Si bien se desconoce la causa de la parálisis de Bell, se estima que su origen puede estar relacionado con un cuadro de origen viral. La infección por reactivación vírica que cobra mayor relevancia es la del virus herpes simple tipo 1 (VHS-1), al causar inflamación y edema del nervio facial, y como consecuencia compresión y daño en el mismo (14).

Otra de las principales hipótesis que existen en la actualidad se basa en una respuesta inflamatoria autoinmune mediada por células, en donde se produce un descenso de las

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

células T supresoras, un incremento de los linfocitos B y de las citoquinas quimiotácticas séricas (15).

Aunque hasta la actualidad no se evidencia con certeza cuál es el mecanismo preciso que desencadena la parálisis de Bell, ya que no se ha podido evidenciar ninguna de las hipótesis planteadas de manera fehaciente (16).

Epidemiología

La PFPI puede afectar tanto a hombres como mujeres por igual. No obstante, la incidencia varía según la edad en cada género. Se observa con mayor frecuencia en hombres mayores de 40 años y en mujeres entre los 10 y 39 años. En línea general, hay un mayor número de casos en personas entre 15 y 45 años (14).

Afecta de 11,5 a 53,3 personas por cada 100.000 habitantes al año, en diferentes grupos poblacionales(17). Aunque existen factores predisponentes a padecer la enfermedad, como la hipertensión, diabetes, obesidad, pacientes inmunodeprimidos, embarazadas, o luego de una infección viral de las vías aéreas respiratorias (18).

En la mayoría de los casos, cerca del 70%, se la considera parálisis completa; y el porcentaje restante, parálisis incompleta. Rara vez se observan las afectaciones bilaterales, que involucra alrededor del 0,3% de los pacientes con PFPI (19).

En relación a la recuperación de la Parálisis de Bell, la gran mayoría de las personas tiene una mejoría espontánea. Aproximadamente el 84% de los casos, obtiene una funcionalidad facial adecuada, y el 71% de los casos se resuelve por completo. En este aspecto es más favorable la resolución en las parálisis incompletas, ya que se estima que el 94% de los pacientes se recupera totalmente dentro de los cuatro primeros meses desde el inicio de la enfermedad. A diferencia de las parálisis completas, donde sólo el 61% de las personas afectadas se recupera de manera completa (19).

Anatomía funcional del nervio facial

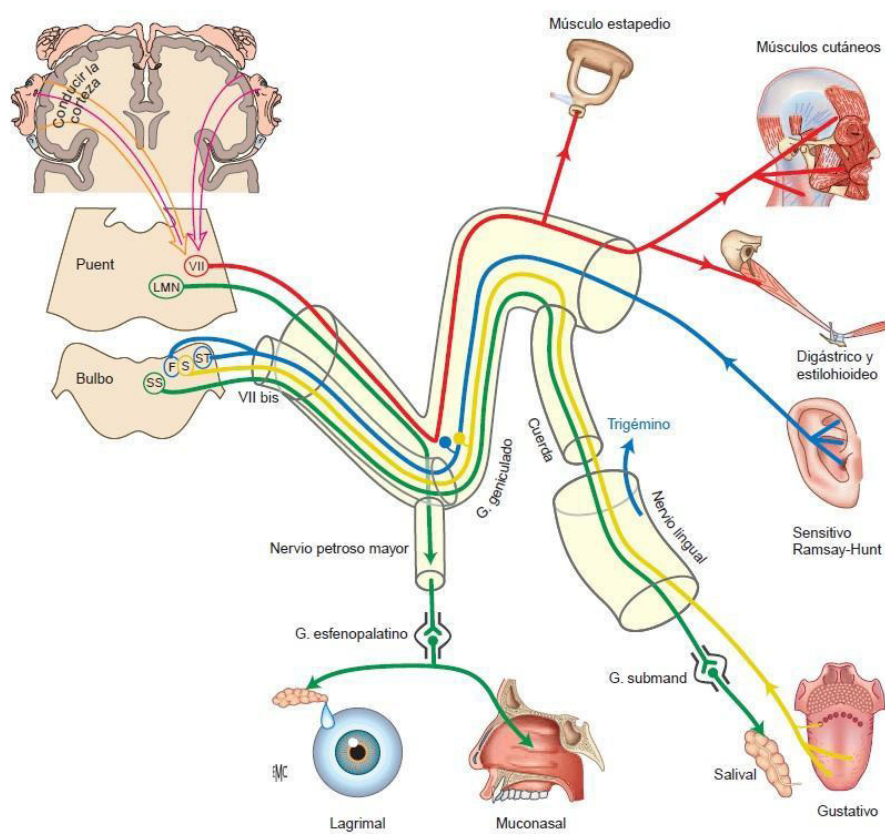
El nervio facial no sólo implica la movilidad de la cara, sino que también posee componentes sensoriales, sensitivos y neurovegetativos (20). Mediante sus fibras



TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

eferentes, desarrolla la función motora y secretora; y a través de sus fibras aferentes, permite las acciones sensitivas y gustativas.

Las aferencias que recibe el núcleo motor del nervio facial motor, tienen su origen cortical y subcortical; en donde la corteza motora primaria es la responsable de la motricidad voluntaria. Las eferencias motoras trascurren por el tronco del nervio facial siguiendo sus tres porciones intrapetrosas: el primer ramo motor, es el nervio del músculo estapideo; los otros ramos motores son exocraneales, que comprenden al nervio del estilohioideo y del vientre posterior del digástrico y los ramos motores terminales que aseguran la motricidad de la cara y cuello (Figura 1)(21).

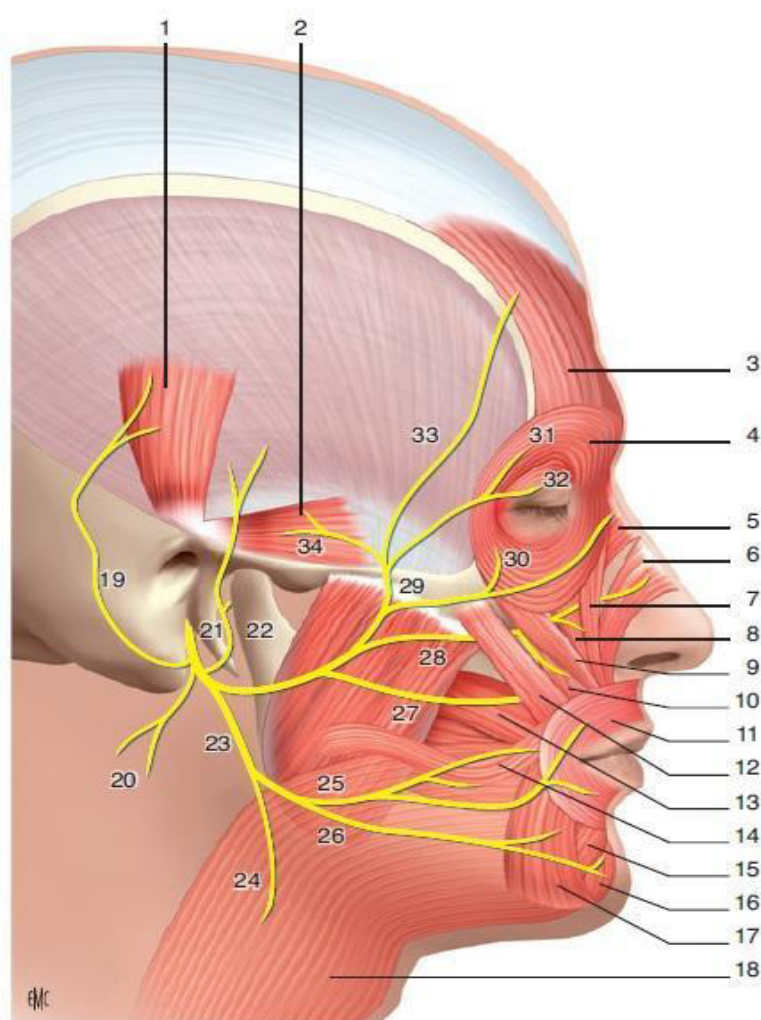


La función motora involucra la mímica, los movimientos de los labios y párpados, que son importantes tanto en la alimentación, la fonación, la mímica; y en la protección de

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

los ojos, tanto para dormir, como frente a factores externos como una gran exaltación, actos con gran luminosidad o traumáticos. Es la acción más predominante del nervio facial, que involucra a los músculos cutáneos del cráneo, encargados de elevar las cejas y la zona frontal, indispensables en las expresiones faciales.

Además, inerva a los músculos de la nariz y los músculos labiales, como se observa en la figura 1, que intervienen en la alimentación, principalmente en la apertura y cierre de la boca al momento de la deglución, la fonación y la mímica, ya que con la forma de la boca se representan las distintas emociones y expresiones, ya sea, demostrar alegría, sorpresa, tristeza, entre otras (22).



Las fibras motoras del nervio facial inervan al músculo estilohiideo, al vientre posterior del digástrico, occipital, y al músculo del estribo. Además, está dividido en varias ramas terminales para inervar a los músculos de la cara, cuello y cuero cabelludo. El nervio

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

facial ingresa en la glándula parótida, y se bifurca dentro de la misma, dando dos ramos, superior e inferior. El primero origina a las ramas bucales, temporales y cigomáticos y el segundo, emite ramos bucales, el ramo mandibular y el cervical (23).

La rama temporal da inervación a los músculos: frontal, occipital, orbicular de los ojos, superciliar y prócer. La rama cigomática inerva al orbicular de los ojos, encargado de la apertura y cierre de los párpados. Los músculos de la región de la boca, es decir, el buccinador, orbicular de la boca, nasal, elevador del labio superior y del ángulo de la nariz, los músculos cigomáticos mayor y mejor y el elevador del ala de la nariz; se encuentran inervados por la rama bucal del nervio facial. Por último, la rama cervical va a inervar al músculo platisma y la rama mandibular a los músculos: orbicular de la boca, mentoniano, depresor del labio inferior y del ángulo de la boca y el músculo risorio (24).

La acción sensorial se divide en somático (general) y especial (gusto). En primer lugar, el componente sensitivo general (aférente), posee fibras procedentes del nervio intermediario de Wrisberg, que proporciona sensibilidad a la zona posteromedial del pabellón auricular, a la pared del conducto auditivo externo, y a la superficie externa de la membrana timpánica. En segundo lugar, el componente sensitivo especial (aférente) se origina a nivel de las papilas gustativas de la zona anterior de la lengua, en donde sus prolongaciones pasan junto al nervio lingual y la cuerda del tímpano para unirse con el nervio facial, con el objetivo de transportar información sobre el gusto (25).

La función secretoria comprende la secreción de las glándulas lagrimales, salivales, submandibulares y sublinguales. Las fibras neurovegetativas además de controlar estas glándulas, se dirigen a la mucosa nasal, la rinofaringe, el paladar blando y el paladar duro y la faringe. Asimismo, algunas fibras pasan por la cuerda del tímpano y junto con el nervio lingual, alcanzan a las glándulas submaxilar y sublingual (24,26).

Exploración física

Frente a un paciente con una posible PFPI se debe realizar una minuciosa inspección y anamnesis, con el fin de descartar posibles complicaciones neurológicas y lograr un diagnóstico certero de la enfermedad.



TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

En primera instancia, se deberá realizar un interrogatorio sobre los primeros síntomas del paciente, desatacando el tiempo en el que comenzaron los mismos y cuales fueron dichos síntomas. Se debe enfatizar en la localización de las manifestaciones clínicas, el grado de intensidad y si hubo variaciones desde su inicio. Asimismo, se realizará una inspección del paciente tanto en reposo como en movimiento, en donde se tendrá en cuenta la actividad muscular facial, el tono muscular y la dificultad para realizar ciertos gestos. Se debe consultar al paciente si tuvo algún cuadro previo de PFPI, o si es la primera vez que le sucede. Además, puede referir dolor retroauricular, alteraciones visuales o auditivas, disgeusia, epífora, y dificultad en la alimentación y/o en la ingesta de bebidas (27).

A la exploración física se debe evaluar al paciente para descartar otras posibles causas de parálisis facial, por la existencia de múltiples patologías que cursan con dicha parálisis. Es por ello, que se debe diferenciar si la lesión es en la motoneurona superior o inferior, además de valorar posibles afecciones de otros pares craneales.

En el paciente con PFPI, se observará la pérdida de pliegues cutáneos en la zona frontal de una hemicara, dificultad en ciertos movimientos faciales y en expresiones, como sonreír. Al solicitar al paciente que realice movimientos faciales, se pondrá en evidencia la dificultad en el cierre palpebral, denominado lagofthalmos.

IV.1.6.a. Diagnóstico diferencial

Ante un caso de parálisis facial, lo primordial es descartar que su origen sea central. Se debe tener en cuenta las principales características de la parálisis facial central, que afecta a la mitad de la hemicara, conservando la función de la musculatura de la frente y el párpado superior, y no presenta el signo de Bell (Figura 3). Entre las principales causas relacionadas con una parálisis de origen central se encuentran el accidente cerebrovascular, tumores o infecciones (28).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

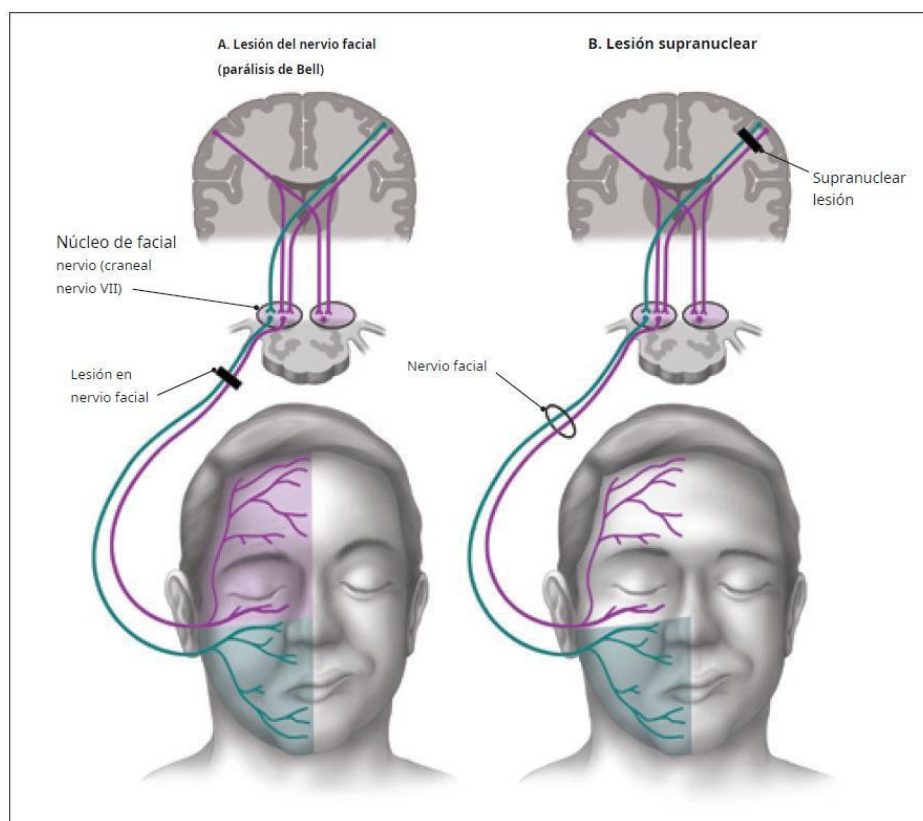


Figura 3. Lesión de nervio facial (A) y lesión de origen central o supranuclear (B)

Luego de determinar que la parálisis facial es de origen periférico se debe realizar un diagnóstico diferencial con una correcta anamnesis y una exploración física apropiada, debido a la gran variedad de patologías que pueden ocasionar una parálisis facial periférica.

La parálisis facial periférica puede aparecer secundaria a traumatismos craneoencefálicos, que involucren la fractura del hueso temporal; a procedimientos quirúrgicos como cirugía de la articulación temporomandibular, de la glándula parótida, o del oído, entre otras. Otras causas de parálisis facial periférica, son la enfermedad de Lyme, el síndrome de Ramsay-Hunt, tumores del nervio facial y de las estructuras adyacentes; o un cuadro agudo de otitis media (29).

Clasificación

Con el objetivo de poder evaluar y medir la gravedad de la parálisis facial, se utilizan varios métodos. La clasificación más utilizada es la escala de House-Brackmann (Tabla

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

1), en la cual se evalúa de forma dinámica la funcionalidad del nervio facial. Su uso no sólo indica el grado de disfunción del nervio, también es utilizado durante la práctica clínica para observar la recuperación y el avance de las personas bajo tratamiento.

Se debe realizar una inspección exhaustiva teniendo en cuenta el lado afectado y el lado contralateral, lo que permite observar las discrepancias entre ambos. Además de una evaluación tanto en reposo como en movimiento, teniendo en cuenta la simetría, el tono muscular, la existencia o no de sincinesias, el cierre ocular, los movimientos de la boca, frente y ojos; y los pliegues nasolabial y frontal (30,31).

Tabla SEQ Tabla * ARABIC I. Escala de clasificación de House-Brackmann. (28)

GRADO	DESCRIPCIÓN
I. Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Función facial normal en todas sus áreas
II. Disfunción leve	<ul style="list-style-type: none"> • En reposo, hay simetría y tono normal • En movimiento, la frente está normal, hay buen cierre palpebral y ligera asimetría de la comisura bucal
III. Disfunción moderada	<ul style="list-style-type: none"> • En reposo, existe diferencia obvia entre los dos lados de la cara, sin llegar a desfigurarla • En movimiento, hay déficit de la musculatura frontal; también se ve una ligera debilidad de la comisura bucal y se consigue el cierre palpebral en posición de máximo esfuerzo
IV. Disfunción moderadamente grave	<ul style="list-style-type: none"> • En reposo, igual que en el grado III • En movimiento, no responde la región frontal, con imposibilidad para el cierre palpebral completo y asimetría de la comisura bucal en posición de máximo esfuerzo
V. Disfunción grave	<ul style="list-style-type: none"> • En reposo, hay asimetría con caída de la comisura bucal y disminución o ausencia del pliegue nasolabial • En movimiento, existe sólo ligera actividad motora perceptible, con ausencia de respuesta en la región frontal, cierre palpebral incompleto y ligero movimiento de la comisura bucal en posición de máximo esfuerzo
VI. Parálisis total	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida completa del tono muscular facial e inexistencia de movimientos

Manifestaciones Clínicas

La principal manifestación en la persona con PFPI es la debilidad de los músculos de la expresión facial de manera unilateral. Generalmente se observa una alteración repentina de la movilidad de la hemicara afectada, y que puede ser percibido tanto por el paciente, como por algún familiar(15). Raramente se presenta una afección bilateral simultánea, sólo se da entre un 0,3 a 2% de los casos de PFPI (32).

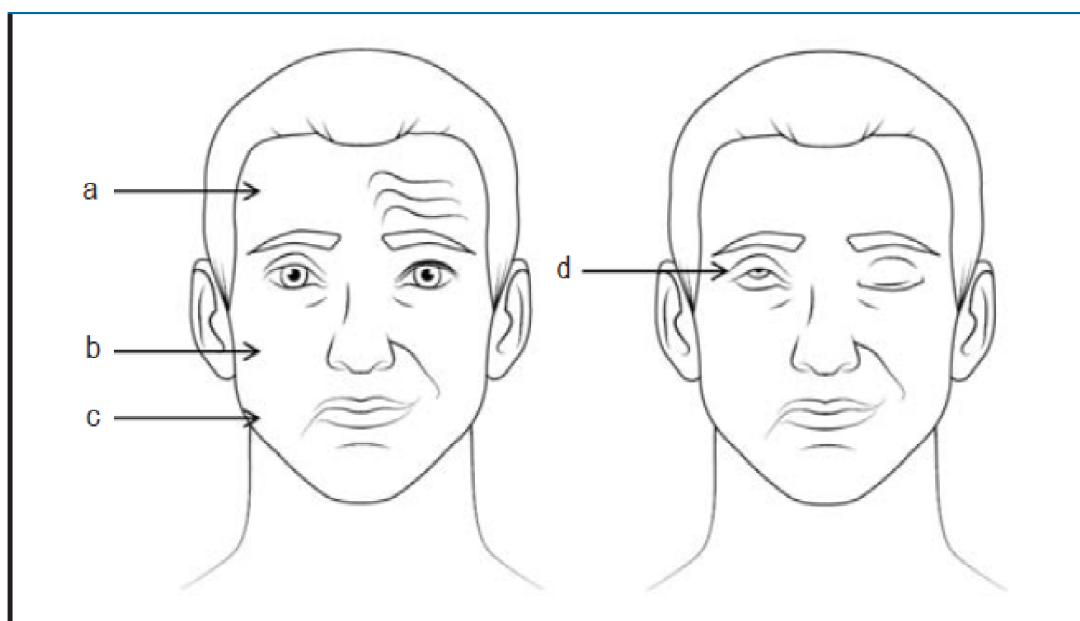
La sintomatología con mayor recurrencia en casos con PFPI, incluye hiperacusia, es decir, hipersensibilidad en la audición; xeroftalmía o sequedad ocular, debido a la incapacidad de cerrar los párpados; y disminución en la salivación junto con sequedad bucal, denominado xerostomía. Además, se puede presentar dolor retroauricular, facial y retrocervical; y alteración en el gusto (33).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

La asimetría facial se hace evidente al pedir al paciente que realice ciertos gestos o movimientos faciales, como sonreír, cerrar los ojos, fruncir el ceño, la nariz o la boca, inflar las mejillas, o levantar las cejas.

En la Figura 4 se puede observar el signo de Bell, donde el/la paciente al intentar cerrar los párpados no lo puede realizar en su totalidad, y se produce un movimiento hacia arriba y afuera del globo ocular.

Secuelas



Si bien la mayoría de las personas con parálisis de Bell se recuperan de manera completa, alrededor del 30% de los casos no se recuperan totalmente. En consecuencia, las personas pueden verse afectadas por secuelas que afectan la calidad de vida, el bienestar psicológico y la apariencia del paciente. Se debe tener en cuenta que las secuelas no deben considerarse definitivas antes de los seis a ocho meses del inicio de los síntomas, inclusive se puede esperar hasta los doce meses posteriores al diagnóstico.

Las secuelas que se presentan más a menudo en los/pacientes con parálisis de Bell, son principalmente las sincinesias, contracturas y el espasmo hemifacial. Las sincinesias faciales consisten en la contracción involuntaria de un músculo o un grupo muscular facial, en el momento en que se realiza un movimiento voluntario de otra región facial. La sincinesia es considerada como la secuela más desagradable y que se presenta con mayor frecuencia entre los/las pacientes con una recuperación funcional incompleta (34).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

En el caso del paciente que presenta espasmo hemifacial como secuela, se puede observar contracciones involuntarias de los músculos de la hemicara afectada. A diferencia de las contracturas faciales, lo que provoca un acortamiento muscular y tensión muscular permanente (35).

Rara vez se observa el síndrome de lagrimeo excesivo o síndrome de las lágrimas de cocodrilo. Dicha alteración causa el lagrimeo del ojo en la hemicara afectada, de forma inapropiada, cuando el/la paciente ingiere alimentos o bebe, inclusive cuando tienen estímulos ya sea gustativos u olfativos (36).

Tratamiento

La Parálisis de Bell debe ser tratada multidisciplinariamente para proporcionar la mejor y más rápida evolución de la parálisis facial. Se necesita de la colaboración de profesionales de diferentes especialidades y áreas, como ser: medicina clínica, oftalmología, psicología, kinesiología, neurología, otorrinolaringología, entre otros. Según sea la etiología de la parálisis y la evolución del paciente, se necesitará un tratamiento distinto, acorde a la sintomatología y a las áreas afectadas (37).

El tratamiento debe comenzar ante la aparición de los primeros síntomas para poder garantizar una rápida evolución y tratar de minimizar la posibilidad de que persistan algunas secuelas, como las sincinesias. Por ese motivo, el tratamiento debe ser dividido en tres etapas: aguda o inicial, de reinervación o de facilitación; y, por último, etapa de control o de secuelas (38).

En la etapa aguda se observa una parálisis flácida con hipotonía, caracterizada por movimientos voluntarios mínimos y asimetría facial en reposo. Es por ello, que el tratamiento médico en esta etapa se basa en la prescripción de fármacos, según la etiología de la enfermedad. También se debe indicar una protección ocular adecuada, ya sea durante el día utilizando gafas de sol y colocando lágrimas artificiales y un lubricante ocular, con el objetivo de proteger la córnea; y durante la noche parches o compresas humedecidas que permitan una correcta oclusión palpebral, para preservar la visión del paciente y evitar complicaciones oftalmológicas (39).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Otra de las recomendaciones para esta etapa es la correcta higiene bucal, ya que, al perder ciertos movimientos bucales, se pueden acumular restos alimenticios, pudiendo favorecer a una posible infección. Además se debe indicar que la ingesta de alimentos sea principalmente de consistencia líquida; y en el caso del consumo de líquidos se le puede proporcionar al paciente un sorbete o bombilla (40).

Cabe destacar que además de un tratamiento médico, es necesario un tratamiento kinésico determinado para cada etapa que acelere el proceso de recuperación y favorezca a la reinervación del nervio facial, a fin de lograr una funcionalidad facial completa.

IV.3.10.a. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico recomendado consiste en glucocorticoides, como la prednisolona o prednisona; y en casos de infección o sospecha de herpes zoster, se deben utilizar fármacos antivirales, como el aciclovir. El tratamiento con glucocorticoides, debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas del inicio de los síntomas, ya sea, prednisolona 25 miligramos (mg) dos veces al día durante 10 días o, prednisolona o prednisona 60 mg una vez al día cada 5 días, y una vez finalizado este período se deben disminuir las dosis de 10 mg por día. El propósito del tratamiento con glucocorticoides es producir una mejor y más rápida recuperación de la función del nervio facial, además de ser beneficioso con respecto a algunos síntomas, como la sincinesia motora y disfunción autonómica (41).

Los medicamentos antivirales son utilizados como tratamiento temprano, y debe ser indicado si se sospecha que la causa de la parálisis de Bell sea de origen viral. Suele ser más efectivo en combinación con corticoesteroides. Las dosis recomendadas son: valaciclovir 1500 o 2000 mg por día, durante 5 días; aciclovir, 2000 mg por día durante 5 días (42).

Si bien el uso de los fármacos como tratamiento dentro de las primeras 48 a 72 horas es beneficioso en la recuperación del nervio facial, se necesita de un tratamiento local para la recuperación completa de la función motora facial.

IV.1.10.a. Tratamiento Kinésico

En relación al tratamiento no farmacológico de incumbencia kinésica utilizado en la parálisis de Bell se encuentran la acupuntura, electroacupuntura, masajes Tuina, *biofeedback* sensorial, termoterapia, ejercicios de reeducación muscular facial, moxibustión, ventosas.

IV.1.10.a.1. Acupuntura

La acupuntura como técnica terapéutica en la parálisis facial se utiliza con el objetivo de estimular al músculo afectado y acelerar la regeneración nerviosa. La técnica consiste en la aplicación de punciones en 6 a 8 lugares específicos de la cara y en ciertas regiones corporales. En el caso de utilizar leves corrientes eléctricas se denomina electroacupuntura, y consiste en estimular con frecuencias eléctricas bajas los puntos de acupuntura, que fueron previamente puncionados. La electroacupuntura tiene un mayor efecto terapéutico que la forma manual en las parálisis faciales, ya que la estimulación es de manera continua (43,44). Ambas técnicas se abordarán en mayor profundidad en la siguiente sección.

IV.1.10.a.2. Moxibustión

La moxibustión es una variante de la MTC, en donde se aplica calor estimulando ciertos puntos de acupuntura o regiones corporales determinadas. Su aplicación en las parálisis faciales debe ser de forma leve, donde se utiliza una barra o cigarro de moxa, el cual se debe acercar a cada punto(45).

IV.1.10.a.3. Ventosas

La terapia con ventosas es una alternativa de la MTC, la cual se basa en la aplicación de ventosas en la piel, provocando un “efecto vacío”, con el fin de aumentar la vascularización local de la región corporal a tratar; y así permitir un mayor flujo de oxígeno y nutrientes, y eliminar sustancias de desecho. En este aspecto, al combinar las ventosas con acupuntura, luego de colocar la aguja en el punto de acupuntura, y luego de realizar las maniobras de tonificación o dispersión, según el caso; se coloca sobre la aguja la ventosa. Posteriormente, se debe extraer el aire dentro de la ventosa, en la actualidad esto sucede por un sistema de válvula unidireccional que al accionarla

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

produce el “efecto vacío”. Generalmente, para el tratamiento de la parálisis facial se colocan pequeñas ventosas en la mejilla afectada (46).

IV.1.10.a.4. Masaje Tuina

El masaje Tuina es una variante terapéutica de la MTC. La terapia consiste en realizar movimientos con las manos sobre la superficie corporal, en zonas determinadas o en puntos específicos. Las maniobras consisten en masajear con el dedo pulgar durante un minuto en cada punto acupuntural seleccionado; además de empujes en línea recta y en ángulo oblicuo, fricción con los dedos, pulsar (pellizcar y soltar) los músculos faciales afectados. El objetivo de este método es activar la circulación de la sangre, facilitar movimientos pasivos, promover el movimiento de la hemicara afectada (47,48).

IV.1.10.a.5. Biofeedback sensorial

La utilización del espejo como método de retroalimentación o *biofeedback*, tiene como finalidad ofrecer al paciente información acerca de la calidad del movimiento, detectar el comienzo de las sincinesias, y colaborar en el control de la activación focalizada de la musculatura facial durante los distintos ejercicios (49).

IV.1.10.a.6. Termoterapia



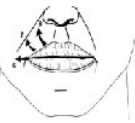

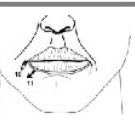
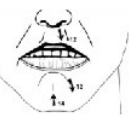



La colocación de calor local en la hemicara afectada tiene como fin estimular la circulación sanguínea. Se debe aplicar una compresa húmeda-caliente por 10 minutos en el lado afectado (50).

IV.1.10.a.7. Ejercicios de reeducación muscular facial

La reeducación muscular facial tiene como objetivo recuperar el movimiento facial simétrico y minimizar los problemas relacionados a la parálisis en relación al déficit de movimiento. Se basa en sesiones dirigidas con ejercicios para el correcto entrenamiento de los movimientos faciales. Los ejercicios están asociados a movimientos de expresiones faciales cotidianas como arrugar la frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, fruncir la nariz, entre otros. En la siguiente tabla, se observan y describen los movimientos a realizar y la musculatura utilizada en cada ejercicio (Tabla 2).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Tabla 2. Reeducción Muscular Facial (51)

	Movimientos	Músculos
	Contraer los labios, como en la acción de besar.	1. Orbicular de los labios 2. Compresor de los labios
	Dilatar el ala de la nariz, hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes.	3. Piramidal de la nariz 4. Elevador del ángulo de la boca 5. Elevador del labio superior
	Expulsar el aire lentamente, como al soplar.	6. Buccinador 7. Cigomático mayor 8. Cigomático menor
	Realizar una sonrisa amplia, dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás.	9. Risorio
	Apretar los dientes con fuerza.	10. Cutáneo del cuello 11. Depresor del ángulo de la boca
	Arrugar el mentón.	12. Mirtiforme 13. Depresor del labio inferior 14. Mentoniano
	Elevar las cejas.	15. Occipitofrontal
	Juntar las cejas.	16. Superciliar
	Cerrar los ojos.	17. Orbicular de los párpados

Acupuntura

Definición

La acupuntura, procedente de la Medicina Tradicional China (MTC), es un método terapéutico basado en la aplicación de agujas en puntos específicos que se encuentran a cada lado del cuerpo, los cuales constituyen los meridianos o canales (52,53). La palabra acupuntura proviene del latín: *acus*, que significa aguja y *puntura*, que significa pinchazo. Actúa sobre los puntos de acupuntura, en donde se obtiene el efecto terapéutico deseado.

Las ventajas de la acupuntura son diversas, entre las cuales se destaca: es simple, ya que principalmente se utilizan agujas metálicas; es una técnica sencilla para aplicar y aprender; es segura, porque genera mínimas complicaciones, y pocas reacciones adversas; es económica y se puede aplicar en cualquier contexto (54).

La acupuntura puede ser empleada en múltiples afecciones. Es utilizada en enfermedades del aparato locomotor, digestivo, respiratorio y del sistema nervioso; neuropatías; afecciones de la circulación y del sistema hematopoyético; enfermedades dermatológicas, gastrointestinales, urogenitales o de los órganos sensoriales, entre otras. Además, se puede aplicar tanto en procesos agudos, como en procesos crónicos.

Antecedentes históricos

La medicina china posee 3.000 años de historia, no sólo ha perdurado en el tiempo, sino que sigue evolucionando a través de los años. Esta medicina está basada en una visión filosófica del Universo, denominado taoísmo. Del Tao, se desprenden dos opuestos: el *yin*, que tiene cualidades de frío, oscuridad, femineidad y humedad; y el *yang*, relacionado con lo caliente, masculino, luminoso y seco. El funcionamiento correcto del organismo y la salud se logra por un equilibrio dinámico y una circulación armoniosa del *yin* y el *yang*. Dichas fuerzas son capaces de modificar los cinco elementos de los que está hecho el universo: agua, tierra, fuego, madera y metal (55).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Una de las principales premisas de la medicina china es que toda forma de energía del universo es animada debido a una energía vital, denominada Qi. Esta energía es la sustancia fundamental del organismo y del universo, y circula por los meridianos o canales extraordinarios. Es por ello, que al aparecer la enfermedad se produce una ruptura en el equilibrio corporal y la circulación del Qi no fluye correctamente. La MTC, no sólo se ocupa de restablecer ese equilibrio, sino también de mantener la salud y así, prevenir enfermedades. Estos son los principales objetivos en la medicina china, en donde el tratamiento está enfocado en el paciente, y no tanto en la enfermedad (56).

Bajo estos conceptos se desarrolla la acupuntura, que posee una historia muy extensa. Los primeros conocimientos que hace referencia a la acupuntura fueron transmitidos oralmente durante algunos siglos. En el año 300 a.C. aproximadamente fue escrito el primero libro basado en acupuntura, denominado Nei-Chin. Formado de dos partes: la primera, constituida por la semiología y la clínica; y la segunda parte, hace referencia al tratamiento, incluyendo indicaciones y contraindicaciones de la aplicación de acupuntura y moxibustión (57).

En el siglo XIX, la República Popular China reconoce oficialmente a la acupuntura como tratamiento curativo. En las universidades, la preparación de los médicos no sólo se basa en la medicina científica occidental, sino que también incluye a la medicina tradicional, al considerar que las dos son muy beneficiosas, pero ambas aplicadas simultáneamente son mejores (58).

IV.4.2.a. Acupuntura en Occidente

En el siglo XVII se introdujo la acupuntura en Europa, en donde comienzan a aparecer las primeras publicaciones con experiencias de médicos franceses y alemanes, utilizando agujas y moxas en el tratamiento de enfermedades de origen visceral.

Durante la mitad del siglo XX, se introdujo la MTC en Occidente, en donde comenzó a utilizarse la acupuntura como una terapia alternativa y preventiva. Tanto la población como los profesionales médicos aceptaron a la acupuntura como un método eficaz, económico y que no produce efectos secundarios (56).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

En el año 1901, Soulie de Morant, cónsul francés en China, vuelve a introducir la acupuntura en Occidente. En 1934 publica su libro “Compendio de la verdadera acupuntura china”, que logró una gran repercusión en la medicina occidental. Años más tarde, comienzan a surgir Sociedades de acupuntura en Francia, que se agrupan en una Federación de Sociedades de Acupuntura (59).

En 1948, en América, el primer país en introducir la acupuntura fue Argentina. El doctor José Reuelto y David Sussmann se especializan y forman la Sociedad Argentina de Acupuntura en el año 1955. Luego de cuatro años, se dicta el primer curso de acupuntura, en la Sociedad Científica Argentina, fue el primer curso dictado en América. En 1964, Sussmann funda la Revista Argentina de Acupuntura, donde se publican de manera trimestral los trabajos científicos más relevantes y difunde la producción original argentina (58).

Efectos Fisiológicos

Los efectos a nivel fisiológico han sido motivo de múltiples investigaciones hasta la actualidad. La teoría moderna hace referencia sobre los distintos mecanismos de acción a nivel del sistema nervioso. Las principales vías de transmisión de la acupuntura son: vía nerviosa, debido a la cercanía de los puntos acupunturales a los nervios periféricos; vía humoral, por su efecto analgésico. A nivel del sistema nervioso central y de la médula, libera sustancias, como la encefalina y endorfinas; que participan en la disminución del dolor, junto con los efectos producidos en la parte dorsal de la médula espinal, donde se produce un bloqueo de los estímulos nocivos (10,60).

Una vez originados los estímulos con la acupuntura, se produce la liberación de beta endorfinas, cuyo objetivo es disminuir la sensación de dolor, dándole un carácter analgésico. Otras sustancias también contribuyen a aumentar el umbral del dolor, generando una sensación agradable al paciente. Tanto el aumento de los niveles de serotonina, del NAGA péptido y de acetilcolina; como la disminución de la concentración de noradrenalina, actúan en el proceso de inhibición del dolor (61),(60).

Existen diversas teorías acerca del efecto analgésico que produce la acupuntura, una de las más significativas es la “teoría de las compuertas” de Melzack y Wall. Según dicha

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

teoría el estímulo doloroso es bloqueado, ya que se cierran las “compuertas” al aplicar una aguja, es decir, que se produce un cierre del impulso doloroso, bloqueando la transmisión de las vías ascendentes del dolor (62,63).

Indicaciones

La OMS recomienda a la acupuntura para el tratamiento de ciertas patologías o síntomas según su evolución y su efectividad. Según estudios de investigación, en algunas ocasiones la acupuntura resulta más eficaz en ciertas enfermedades; y en otras son necesarias más pruebas para comprobar su efectividad. Las afecciones tratadas con acupuntura abarcan desde enfermedades respiratorias, traumatológicas, reumatológicas gastrointestinales, neurológicas, oculares, bucales, musculo esqueléticas, dermatológicas, y trastornos psicósomáticos (64).

La aplicación de la acupuntura como método terapéutico comprende a una gran cantidad de trastornos, cuya manifestación más relevante es el dolor. Los mecanismos de acción de la acupuntura se obtienen a nivel medular, diencefálico, talámico, cortical; en donde la estimulación con acupuntura de las fibras nerviosas periféricas envía impulsos a la médula espinal y activa centros del sistema nervioso central, con el objetivo de liberar neurotransmisores que producen un efecto homeostático en el cuerpo. Los neurotransmisores son modificados interfiriendo en la conducción del estímulo doloroso, como la serotonina o la noradrenalina. La serotonina cumple una función importante en el control del dolor crónico; a diferencia de la noradrenalina que desempeña una función en el manejo del dolor agudo (56).

En el caso de la electroacupuntura, para tratar afecciones crónicas y el dolor crónico son utilizadas frecuencias bajas y una estimulación de alta intensidad, que actúa a nivel del tronco encefálico y del diencefalo. En cambio, en afecciones agudas y en el dolor agudo se utilizan frecuencias altas y una estimulación de baja intensidad, debido a que actúan a nivel metamérico y medular (66).

Contraindicaciones

Existen varias contraindicaciones en la práctica de la acupuntura, algunas de ellas consideradas absolutas y otras relativas. En ciertas circunstancias se debe actuar con precaución o se debe evitar el uso de la acupuntura y sus variantes.

En el caso del embarazo, al estimular ciertos puntos en la zona abdominal o en la zona lumbar, se puede inducir al parto o a un aborto. En especial, se recomienda evitar el uso de la acupuntura en el primer trimestre del embarazo por la capacidad de generar contracción uterina (67).

Está contraindicado la aplicación de agujas en procesos hemorrágicos, tumorales, infecciosos, sepsis, quemaduras, ulceraciones y/o celulitis. Así como también, se debe evitar la acupuntura en la región anterior del tórax, en personas con marcapasos cardíaco o bomba implantable; y en el área cardíaca o cerebral en el caso de la aplicación de electroacupuntura. También existen otras contraindicaciones de la acupuntura que están relacionadas con características de las personas, como tener fobia a las agujas, incapacidad para mantenerse quieto, pacientes que no cooperen, por ejemplo, personas con alucinaciones (68).

Tampoco es recomendable la práctica de la acupuntura en pacientes febriles, o que presenten los siguientes síntomas: tos seca o productiva y epistaxis, diarrea, abdomen hinchado, vómitos, hemoptisis; o pacientes que han sufrido sudoración excesiva, hemorragia post-parto, o se encuentren en estado caquético (69).

Meridianos y Puntos acupunturales

En la acupuntura, así como en la MTC, se considera a la energía como la esencia de todo, la cual se expresa de manera distinta en cada ser. La energía vital, denominada *Qi* en la MTC es transportada por los canales que se distribuyen de manera centrípeta por el cuerpo humano. Los canales o pasajes, también llamados meridianos en el Occidente, reúnen a los puntos acupunturales por una línea imaginaria, la cual se toma de referencia en el momento de determinar la disfunción de un órgano (53).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Tanto la energía, como la sangre y los líquidos corporales, son sustancias elementales del organismo que participan en el mantenimiento de las actividades corporales y el buen funcionamiento de los órganos vitales. La energía guarda una estrecha relación con los procesos fisiológicos, patológicos y con el tratamiento de las enfermedades (62).

Desde la práctica clínica, las enfermedades se determinan de acuerdo a los signos y síntomas que refiere el paciente, además de la localización y trayecto de los canales o pasajes y los puntos dolorosos localizados en el recorrido de los meridianos (62).

Los meridianos, en chino llamados *Ching*, están conformados desde el exterior por puntos específicos superficiales que se encuentran distribuidos de manera simétrica a ambos lados del cuerpo; y desde el interior se conectan con los órganos denominados *zang-fu* (62). A continuación, se detallan los cinco órganos vitales del cuerpo humano, denominada *órganos tesoro o zang*; y las vísceras, también llamadas *órganos talleres o fu*, con su respectiva nomenclatura en español e inglés.

Tabla 3. Nomenclatura de los meridianos (70)

Meridiano	Nomenclatura en español	Nomenclatura en inglés
Corazón	C	HT
Hígado	H	LR
Bazo	B o BP	SP
Pulmón	P	LU
Riñón	R	KI
Estómago	E	ST
Intestino grueso	IG	LI
Intestino delgado	ID	SI
Vejiga	V	BL
Vesícula biliar	VB	GB

En ambos existe un sexto componente, que no es un órgano concreto, sino una función específica. En el caso de los *órganos tesoro*, la sexta función se conoce como circulación-sexualidad, también llamada “los vasos” o “maestro del corazón” (MC o PC, por sus siglas en inglés). En cambio, en los *órganos talleres*, la sexta función

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

corresponde al Triple Recalentador (TR, SJ o TE, por sus siglas en inglés) y unifica a tres funciones: cardiorrespiratoria, digestiva y genitourinaria, aunque para algunos autores corresponde al sistema nervioso autónomo (52).

Cada órgano o víscera se encuentra representado en los meridianos que se ubican de manera bilateral en el cuerpo humano. Hay diferentes tipos de meridianos, que se clasifican de acuerdo a su función: - Meridianos Principales, que forman la Gran Circulación de la Energía y son doce pares; - Meridianos Maravillosos, son un grupo de ocho canales, entre ellos seis son pares y dos impares, que se manifiestan frente a una patología; - Meridianos de la Pequeña Circulación de la Energía, formados por el Vaso Gobernador (VG o GV, por sus siglas en inglés) y el Vaso Concepción (VC o CV, por sus siglas en inglés) (52). Además, existen vasos que conectan a los meridianos, llamados canales secundarios o extraordinarios, que conforman una red por donde circula la energía de manera constante y se designan por un prefijo general “EX”, seguido por un código alfanumérico que indica la región corporal; en el caso de cabeza y cuello se denomina Ex-HN (en inglés, Head-Neck) (60).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Vista frontal

- Punto de acupuntura de meridiano
 - Punto de acupuntura extra
 - Punto de acupuntura alejado
 - Trayecto del meridiano
 - Superficies corporales
 - ◄ Dirección del flujo de Qi
-
- Los principales puntos de acupuntura se señalan en rojo

- B Bazo
- C Corazón
- VC Concepción
- E Estómago
- H Hígado
- ID Intestino Delgado
- IG Intestino Grueso
- P Pulmón
- R Riñón
- TR Triple Recalentador
- V Vejiga
- VB Vesícula Biliar
- VG Gobernador

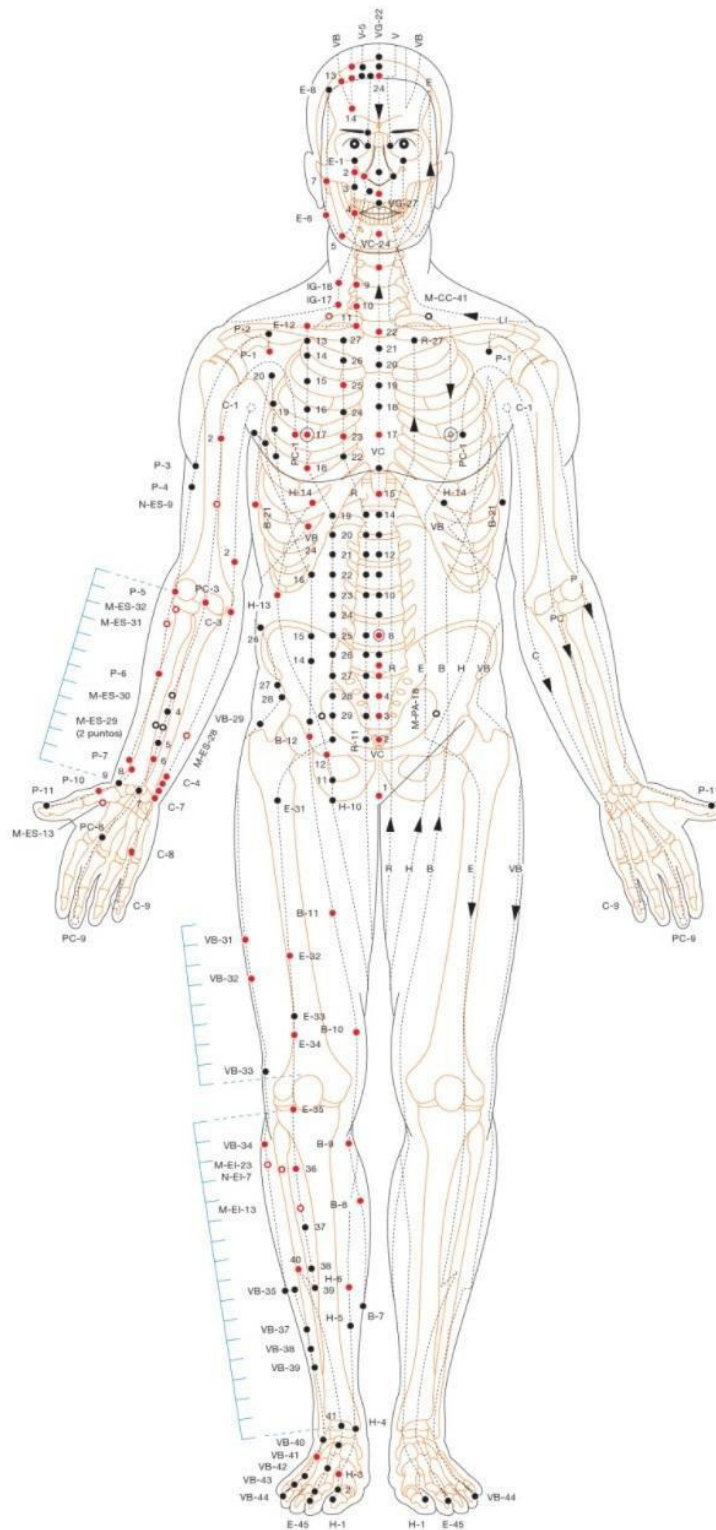


Figura 5. Puntos de Acupuntura de la región corporal anterior. Ref.: Tedeschi M. Medicina energética. Anatomía esencial. 1st ed. Barcelona: Paidotribo; 2009. (71)

Métodos de manipulación

La acupuntura tiene diferentes técnicas o modos de aplicación, de las cuales se aplicarán de acuerdo a la patología a tratar. Los métodos más utilizados son la manipulación manual, electroacupuntura y moxibustión.

IV.4.7.a. Manipulación manual

En acupuntura se emplean agujas muy finas y esterilizadas, de diferentes longitudes y calibres, dependiendo de la zona a tratar. En una sesión que dura aproximadamente 40 minutos, se suelen utilizar de 10 a 12 agujas, a excepción de las primeras sesiones donde se suelen utilizar muy pocas agujas, para obtener una buena tolerancia del paciente. La inserción de la aguja, se puede realizar en dirección del flujo de energía para producir un efecto de estimulación; o bien en contra de la dirección del flujo y así, obtener un efecto sedante (11).

Posteriormente, se procede a la manipulación acupuntural, realizando movimientos de vaivén y rotación, según el efecto terapéutico deseado. El objetivo de estos movimientos es provocar la llamada “sensación acupuntural” o *De Qi*. La sensación De Qi no es sólo percibida por el/la paciente que incluye hormigueo, pesadez, adormecimiento, dolor profundo; sino también por el/la profesional tratante, descrita como una sensación de aguja única o agarre. Una vez obtenida esta sensación, se realizan maniobras repetidas sobre las agujas, ya sea con técnicas de dispersión o de tonificación (72).

IV.4.7.b. Electroacupuntura

En la electroacupuntura se combinan tanto la acción de la acupuntura, como la estimulación eléctrica de los puntos a través de las agujas, y de esta manera producir mayor analgesia y efectos a nivel celular y neurohumoral. Es una práctica que se basa en la aplicación de una corriente mediante las agujas de acupuntura. La finalidad es aumentar los efectos terapéuticos, entre ellos se encuentran: aumentar la microcirculación, disminuir la inflamación, disminuir el tono aumentado de la fibra muscular, moderar la liberación de sustancias algógenas locales, mejorar la velocidad de

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

conducción neuromuscular, aumentar el número de fibras musculares, así como también, desarrollar la capacidad muscular, nerviosa y sanguínea (73).

IV.4.7.c. Moxibustión

La moxibustión se basa en la aplicación de calor en los puntos de acupuntura, por medio de conos o cigarros de moxa. La moxa está compuesta principalmente de hojas secas de artemisa molidas, de las cuales se obtiene un polvo fino y suave. Esta planta posee propiedades terapéuticas que permiten armonizar la circulación de la sangre y la circulación del Qi. De esta manera, al aplicar la moxa en puntos de acupuntura, va a producir una estimulación energética en los diferentes puntos a tratar; ya que va a permitir activar termorreceptores superficiales cutáneos, que afecta no sólo a los tejidos superficiales, sino también a las capas más profundas. A nivel fisiológico, la moxibustión produce la vasoconstricción en el punto de combustión, y una vasodilatación alrededor del punto; y así aumentar el flujo sanguíneo arterial periférico y la permeabilidad microvascular (74,75).

Existen diferentes formas de aplicar moxibustión: directa, sobre la piel; indirecta, colocando aire u otra sustancia, entre la piel y la artemisa; o combinada con acupuntura. Generalmente, la moxibustión es utilizada para aumentar los efectos terapéuticos de la acupuntura. Hay diversos métodos para aplicar moxibustión junto con acupuntura, el primer consiste en insertar la aguja en el punto seleccionado y colocar en el mango un cono o picadura de moxa, luego encender con fuego la moxa y dejar que se queme. El segundo es insertar las agujas en los puntos de acupuntura y colocar el cigarro de moxa con su extremo encendido en las cercanías a la aguja, dejándolo quieto o realizando movimientos de vaivén, de aproximación y retroceso (76).

Técnica de punción

La aguja, es el elemento principal para la realización de la técnica por acupuntura. Se utilizan principalmente agujas de acero inoxidable, pero existen de plata y oro. Se conforman por el mango, la base, el cuerpo y una punta. Las agujas deben conservarse en cajas adecuadas donde permanezcan secas (53).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Antes de insertar la aguja, previamente esterilizada, en el/la paciente, el/la profesional debe realizar un correcto lavado de manos con agua, jabón y colocarse alcohol. Asimismo, se debe preparar al paciente, que puede estar en posición de decúbito supino, prono o lateral, según la localización del punto a tratar. La indicación previa al paciente es que debe permanecer inmóvil durante la punción y colocarse en una posición que le otorgue comodidad durante la sesión.

Al momento de la punción se deben tener en cuenta ciertos factores: la zona y el punto a tratar; la cercanía a los órganos vitales, vasos y zonas sensibles; el tipo y tamaño de las agujas; la profundidad y el ángulo de inserción de la aguja; y la técnica e intensidad de la estimulación. Además, se deben considerar factores del ambiente, como el calor o el frío, y la humedad (67).

En relación a la profundidad de la punción, la misma se modificará de acuerdo a cada paciente. En el caso de las patologías agudas, se hará de manera superficial y en las crónicas, de manera profunda (77).

Por otro lado, el ángulo de inserción de la aguja, puede modificarse de acuerdo a la localización del punto a tratar y a la región corporal donde pertenece. El ángulo está formado por el cuerpo de la aguja y la superficie de la piel, y se clasifican en perpendicular, oblicuo o transversal, como se observa en la figura 8 (67).

La inserción perpendicular al punto de acupuntura es la más utilizada, la cual forma un ángulo de 90° entre la aguja, y la superficie cutánea. Este tipo de punción se realiza en zonas con mayor contenido muscular o adiposo, y se considera la más adecuada para la mayoría de los puntos acupunturales. (78).

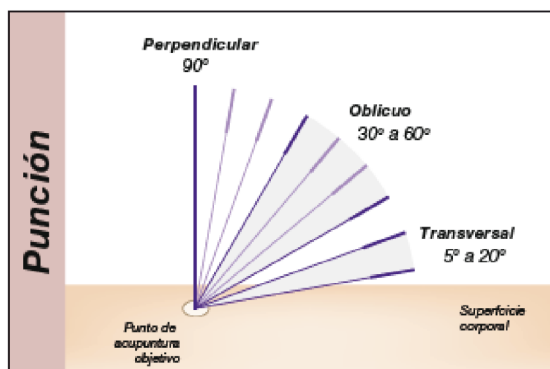


Figura 7. Principales ángulos de inserción de la aguja. (67)

Marco legal de la Acupuntura en Kinesiología

En el año 2008, el Ministerio de Salud Pública de la Nación, por medio de la Resolución 859/2008, reconoció a la *“acupuntura como práctica o procedimiento que puede ser realizado por un profesional de la salud de grado universitario debidamente capacitado y comprendido en las leyes 17.132 y 24.317”*. Por lo tanto, según este marco normativo ampara el uso legal de la acupuntura, a aquellos profesionales que posean un título universitario de kinesiología o título de terapeuta físico y su debida capacitación en acupuntura.

Lo más relevante que se tuvo en cuenta para dicha resolución, es que la acupuntura es una práctica o procedimiento de aplicación muy utilizado como elemento terapéutico y que ha sido reconocido como un acto Médico por el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 997/2001. Otro fundamento fue la existencia de los antecedentes en la formación de grado y postgrado de acupuntura por parte de los profesionales que ejercen la kinesiología. Por último, que la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires ha avalado a los kinesiólogos como profesionales con capacidad de aplicar la técnica de acupuntura en sus prácticas kinesiológicas, por considerarla una estimulación aferente en el tratamiento del dolor agudo, crónico y en las enfermedades del sistema músculo esquelético (79).

De esta forma, los kinesiólogos, kinesiólogos fisiatras, licenciados kinesiólogos fisiatras, licenciados en kinesiología y fisioterapia, licenciados en kinesiología y fisiatría

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

fisioterapeutas y terapistas físicos, se encuentran autorizados para el empleo de la acupuntura en sus prácticas kinesiológicas, así queda expresado en el primer y segundo artículo de la Resolución Ministerial 859/2008:

Artículo 1° — Están autorizados a realizar la práctica de la acupuntura los profesionales habilitados según la Ley N° 17.132 (Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración), reglamentada por Decreto 6216/67 y los habilitados por la Ley N° 24.317 (Del Ejercicio Profesional de la Kinesiología y la Fisioterapia) reglamentada por Decreto N° 1288/97.

Art. 2° — Se reconoce a la acupuntura como práctica o procedimiento que puede ser realizado por un profesional de la salud de grado universitario debidamente capacitado y comprendido en las leyes citadas en el artículo 1°.

V. Estrategia Metodológica

En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica, mediante una estrategia de búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Lilacs, PEDro, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT; en donde se consultaron artículos de revistas científicas publicados desde el año 2010 hasta la actualidad, además se incluyó un artículo del año 2006 por su relevancia en el trabajo propuesto.

I.1. Criterios de selección

Los artículos utilizados en el contexto de análisis se utilizaron bajo los siguientes criterios de inclusión y exclusión, necesarios para responder a los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación.

Criterios de inclusión:

- ✓ Artículos que comprendan el período anteriormente mencionado.
- ✓ Estudios publicados en idiomas español e inglés.
- ✓ Ensayos clínicos aleatorizados, no aleatorizado y estudios de casos.
- ✓ Revisiones sistemáticas y/o metaanálisis.
- ✓ Utilización de acupuntura, electroacupuntura y/o moxibustión como tratamiento para la parálisis de Bell.

Criterios de exclusión:

- ✓ Artículos que investiguen sobre los efectos de la acupuntura en parálisis facial de otro origen, que no sea idiopático.
- ✓ Artículos que utilicen sólo moxibustión o masaje tuina como tratamiento para la parálisis facial.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

**I.2. Diagrama de búsqueda**

Las palabras claves que fueron empleadas se detallan en la Tabla 4 y las combinaciones de las mismas en la Tabla 5.

Tabla 4. Términos DeCS/MeSH

Palabra	Término Libre	DeCS	MeSH
#1	Parálisis de Bell	Parálisis de Bell	"Bell Palsy"[Mesh]
#2	Terapia de acupuntura	Terapia por acupuntura	"Acupuncture therapy"[Mesh]
#3	Acupuntura	Acupuntura	"Acupuncture"[Mesh]
#4	Secuelas	Complicaciones	"Complications"[Mesh]
#5	Manifestaciones clínicas	Signos y Síntomas	"Signs and Symptoms"[Mesh]
#6	Tratamiento	Tratamiento	"Therapeutics"[Mesh]

Tabla 5. Combinaciones de Términos

	Término	Conector	Término	Conector	Término
#8	#2	OR	#3		
#9	#3	AND	#4		
#10	#1	AND	#8	AND	#9
#11	#10	AND	#6		

II. Contexto de Análisis

Los artículos analizados a continuación son el resultado de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos anteriormente mencionadas, se identificaron un total de 92 artículos. Luego de descartar trabajos duplicados, se seleccionaron 7 artículos que cumplen los criterios de inclusión y exclusión detallados en la estrategia metodológica, y se incluyó un artículo publicado en el año 2006 por su relevancia al presente trabajo; en donde se analizará la eficacia de la terapia por acupuntura, teniendo en cuenta que la variable a analizar será la recuperación funcional facial.

**Un estudio de control aleatorizado multicéntrico sobre el tratamiento con
acupuntura clínica de la parálisis de Bell**
*(“A Multicentral Randomized Control Study on Clinical Acupuncture Treatment of
Bell's Palsy”)*

Autores: Liang Fanrong, Li Ying, Yu Shuguang, Li Changdu, Hu Lingxiang, Zhou
Dong, Yuan Xiuli, Li Yi. (80)

Este estudio publicado en el año 2006, tuvo como objetivo confirmar los efectos terapéuticos clínicos de la acupuntura y la moxibustión en la parálisis de Bell. Se realizaron ensayos controlados aleatorios, multicéntricos, simple ciego. Los ensayos clínicos se desarrollaron en cuatro hospitales de China, desde septiembre de 2001 hasta julio de 2003.

La investigación contó con 439 casos que participaron en el todo el curso del estudio; de los cuales se dividieron en tres grupos. El primero se trató de un grupo control, en donde se les aplicó un tratamiento básico; el segundo, un grupo de tratamiento, que consistía en la aplicación de un tratamiento básico sumado a la acu-moxibustión; y, por último, otro grupo de tratamiento, pero sólo con acu-moxibustión.

El tratamiento básico consistía en una inyección intramuscular diaria de vitamina B1 y B12 durante 10 días, luego la administración oral de vitamina b1 durante 10 días; luego la administración oral de prednisona durante 3 días y la administración oral de dibazol durante 2-4 semanas.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

En el tratamiento con acu-moxibustión, los puntos fueron: Dicang (ST4), Jiache (ST6), Yangbai (GB14), Xiaguan (ST7) y Yifeng (TE17) en el lado afectado, y Hegu (LI 4) en ambos lados.

El período de tratamiento fue de cuatro semanas, en el que se administraron 20 sesiones, teniendo dos días como intervalos los fines de semana. Los efectos terapéuticos se evaluaron según los síntomas y signos clínicos, de acuerdo a la escala de House-Brackmann y los índices de discapacidad facial (IDF); antes y después del tratamiento.

El estudio tuvo cuatro instancias de análisis, en la primera etapa se compararon los efectos terapéuticos dentro de los tres grupos, y se demostró que la tasa de cura y la tasa de alivio marcado son significativamente más altos en los grupos de acu-moxibustión y tratamiento básico más acu-moxibustión, que los del grupo control; y la tasa de curación es significativamente mayor en el grupo de acu-moxibustión que la del grupo control, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Comparación de los efectos terapéuticos entre los 3 grupos

Grupo	<i>n</i>	<i>Curado</i>	<i>Marcadamente aliviado</i>	<i>Mejorado</i>	<i>Fallido</i>
Control	128	36(28.1%)	76(59.4%)	13(10.2%)	3(2.3%)
Tratamiento básico más moxibustión	155	48(31.0%)	100(64.5%)	6(3.9%)	1(0.6%)
Acu-moxibustión	156	64(41.0%)	85(54.5%)	7(4.5%)	0

Como segunda instancia se comparó el estado de lesión, la duración de la enfermedad y los efectos terapéuticos. En la siguiente tabla (Tabla 7), se muestra que hubo diferencias significativas entre la parálisis facial leve y severa en la cura más una tasa de alivio marcada. Entre la etapa aguda y no aguda, en la primera hubo una diferencia significativa en la cura, en la tasa de alivio marcada, y en la tasa efectiva total.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Tabla 7. Comparación de los efectos terapéuticos entre los pacientes con diferentes condiciones

Condición	<i>n</i>	<i>Curado</i>	<i>Marcadamente aliviado</i>	<i>Mejorado</i>	<i>Fallido</i>
Leve	191	61(31.9%)	129(67.5%)	1(0.5%)	0
Severo	248	87(35.1%)	132(53.2%)	25(10.1%)	4(1.6%)
Etapa aguda	360	128(35.6%)	211(58.6%)	21(5.8%)	0
Etapa no aguda	79	20(25.3%)	50(63.3%)	5(6.3%)	4(5.1%)

En una tercera etapa se comparó los grados en la escala de House-Brackmann entre los tres grupos. La tabla 8 muestra los valores en la escala de House-Brackmann antes y después del tratamiento, dando como resultado que fueron mejores en el tratamiento básico más el grupo de acu-moxibustión y en el grupo de acu-moxibustión, que en el grupo control.

Tabla 8. Comparación en la escala de House-Brackmann entre los 3 grupos

Grupo	<i>n</i>	<i>Diferentes valores de la escala de House-Brackmann antes y después del tratamiento</i>
Tratamiento básico	128	1.9063±0.99160
Tratamiento básico más acu-moxibustión	155	2.3097±0.85711*
Acu-moxibustión	156	2.3590±0.90406*
Total	439	2.2096±0.92987

En comparación con el grupo control, *P<0.01

Por último, se comparó el índice de discapacidad facial de función física y la puntuación del índice de discapacidad facial de función social. En la tabla 9 se muestran los diferentes valores de las puntuaciones del IDF antes y después del tratamiento, donde indica que fueron mejores en el grupo de tratamiento básico más acu-moxibustión y en el grupo de acu-moxibustión, que en el grupo de control.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Tabla 9. Comparación de las puntuaciones del IDF entre los 3 grupos

Grupo	<i>n</i>	<i>Diferentes valores de la escala FDIP antes y después del tratamiento</i>	<i>Diferentes valores de la escala FDIS antes y después del tratamiento</i>
Tratamiento básico	128	5.367±3.119	4.586±2.907
Tratamiento básico más acu-moxibustión	155	6.458±2.996 *	4.432±2.879
Acu-moxibustión	156	6.558±3.175 *	4.141±3.072
Total	439	6.175±3.133	4.374±2.956

En comparación con el grupo control, *P<0.01

Los autores concluyen que la acupuntura y la moxibustión pueden ejercer efectos terapéuticos definidos sobre la parálisis de Bell, mejor que la del grupo de tratamiento básico o el grupo de tratamiento básico más acu-moxibustión.

**“La acupuntura beneficia a una paciente embarazada que tiene parálisis de Bell:
un estudio de caso”**

(“Acupuncture benefits a pregnant patient who has Bell’s palsy: a case study”)

Autores: Hong Lei, Wei Wang, Guangying Huang

Este estudio publicado en el año 2010, los autores presentaron el caso clínico de una mujer de 27 años, embarazada de 27 semanas, con parálisis de Bell. La paciente que fue tratada con acupuntura y moxibustión durante dos semanas sin cointervenciones. La acupuntura se realizó diariamente durante 30 minutos, 6 veces a la semana durante dos semanas por un profesional especialista en acupuntura.

Durante la primera semana, se realizó la punción de los puntos: GB14, BL2, ST4, LI20, SI18 y ST36, de manera bilateral. Se insertaron agujas a 20 mm de profundidad hasta obtener ña sensación *Deqi*, y se mantuvieron durante 30 minutos. En la siguiente semana, se punzaron los puntos: GB14, BL2, ST4, LI20, SI18 en el lado afectado y ST36 bilateralmente. Se insertaron sin obtener *Deqi*, y se mantuvieron durante 30 minutos.

Para las evaluaciones de resultados se utilizaron el sistema de clasificación de House-Brackmann, el sistema de clasificación del nervio facial de Nottingham, y los índices de discapacidad facial. Antes del tratamiento la escala de H-B era II, Nottinghamman era 50,88% y FDIP era 90 (Figura 11). Después de dos semanas, la escala de H-B era I, Nottingham 99,46% y FDIP era 100 (Figura 12). Los autores concluyeron que los resultados sugieren que la acupuntura puede ser un tratamiento alternativo seguro para la parálisis de Bell en el embarazo, sería necesario un ensayo clínicas grande, aleatorizado y controlado con placebo para confirmar los resultados.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL



Figura 8. Paciente antes del tratamiento. Presentó parálisis de Bell del lado izquierdo. Foto izquierda: la paciente no podía cerrar bien el ojo izquierdo. Foto derecha: presenta debilidad en el músculo occipitofrontal, sin poder levantar correctamente la ceja.



Figura 9. Paciente después del tratamiento. Foto izquierda: se observa la recuperación al cerrar correctamente los ojos. Foto derecha: se observan las arrugas de la frente y la correcta utilización del músculo occipitofrontal.

“Acupuntura para la parálisis de Bell” (*“Acupuncture for Bell's palsy”*)

Autores: Ning Chen, Muke Zhou, Li He, Dong Zhou, N Li; 2010. (81)

El objetivo de esta revisión sistemática ha sido examinar la eficacia de la acupuntura para acelerar la recuperación, así como reducir la morbilidad a largo plazo de la parálisis de Bell. Se realizó una búsqueda de las bases de datos: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, Medline, Embase, Amed, Lilacs, y el Sistema de Recuperación Biomédica de China. Se identificaron todos los ECA que incluían la acupuntura en el tratamiento de la parálisis de Bell, independientemente de las restricciones de idioma.

En cuanto a los participantes, se incluyeron aquellas personas con parálisis de Bell de todos los grados de gravedad dentro de los 14 días posteriores al inicio. Además, se incluyeron todos los tipos de tratamiento de acupuntura y todos los tipos de intervención de control, incluido el placebo, la ausencia de acupuntura y cualquier otra intervención.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Si bien se incluyeron seis ECA (Ensayo Controlado Aleatorio) con 537 participantes con parálisis de Bell, ninguno informó sobre los resultados especificados para la revisión. Por tal motivo, los autores de esta revisión concluyeron que la calidad de los ensayos incluidos fue inadecuada para permitir cualquier conclusión acerca de la eficacia de la acupuntura; y añadieron que se necesita de más investigación con ensayos de alta calidad.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Acupuntura para la parálisis de Bell: Una revisión sistemática y un metanálisis **(“*Acupuncture for Bell's Palsy: A Systematic Review and Meta-analysis*”)**

Autores: Jong-In Kim, Myeong Soo Lee, Tae-Young Choi, Hyangsook Lee, Hyo-Jung Kwon. (82)

En este estudio realizado en el año 2012, los investigadores se propusieron evaluar la evidencia clínica a favor y en contra de la acupuntura como tratamiento para la parálisis de Bell. Por lo tanto, se realizó una búsqueda bibliográfica en quince bases de datos (MEDLINE, AMED, British Nursing Index, CINAHL, EMBASE, PsycInfo, The Cochrane Library, Korean Studies Information, DBpia, Korea Instituto de Información de Ciencia y Tecnología, Sistema de Servicio de Información de Investigación, KoreaMed y Biblioteca de la Asamblea Nacional de Corea y China Academic Journal y Wangfang Database), sin restricciones de idioma.

En la investigación se incluyeron ocho ECA, que cumplieron con los criterios de inclusión. Respecto a los participantes, se incluyeron aquellos pacientes con parálisis de Bell que fueron tratados con acupuntura con aguja con o sin estimulación eléctrica.

Cuatro ECA compararon los efectos de la acupuntura sobre la tasa de respuesta a la enfermedad con la farmacoterapia. De acuerdo al metanálisis de esos datos, demostró mejoras significativas en el grupo de acupuntura. De la misma manera seis ECA probaron los efectos de la acupuntura más la farmacoterapia versus la farmacoterapia sola. El resultado del metanálisis también mostró los efectos favorables de la acupuntura en la tasa de respuesta.

Sin embargo, los autores concluyen que la evidencia que respalda la efectividad de la acupuntura para tratar la parálisis de Bell es limitada; y que, igualmente, el número y la calidad de los ensayos son demasiado bajos para establecer conclusiones firmes.

“Acupuntura para las secuelas de la parálisis de Bell: un ensayo controlado aleatorio”

(“*Acupuncture for the sequelae of Bell's palsy: a randomized controlled trial*”)

Hyo-Jung Kwon, Jun-Yong Choi, Myeong Soo Lee, Yong-Suk Kim, Byung-Cheul Shin, Jong-In Kim. (83)



TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Este ensayo controlado aleatorio del año 2015, tuvo como objetivo investigar la eficacia y seguridad de la acupuntura en pacientes con secuelas de la parálisis de Bell.

Este estudio se realizó en un hospital de Corea, en donde los participantes fueron reclutados desde agosto de 2010 hasta julio de 2011, y el seguimiento continuó hasta septiembre de 2011.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente, 26 participantes al grupo de acupuntura y 13 al grupo de lista de espera. El grupo de acupuntura recibió el tratamiento de acupuntura tres veces por semana durante 24 sesiones, por 8 semanas (83). Se utilizaron un total de 18 puntos de acupuntura: ST4, ST6 en el lado no afectado, ST1, EX-HN4, TE23, LI20 en el lado afectado, TE17, ST9, LI10, LI4, ST36 y GB34 en ambos lados. Además, se utilizó un grupo de lista de espera sin acupuntura como control, los participantes de este grupo no recibieron ningún tratamiento durante las 8 semanas, pero participaron de las evaluaciones de síntomas al inicio del estudio, a las 5 semanas y a las 8 semanas después de la aleatorización.

La medida de resultado primaria fue la puntuación FDIS después de ocho semanas en ambos grupos. Las medidas de resultados secundarias incluyeron la puntuación en la FDIS en la semana 5, la puntuación FDIP, la escala de HB, la movilidad de los labios (índice de longitud del labio y nariz); y la escala de rigidez, en las semanas 5 y 8.

Dentro de los resultados, se menciona que, a las cinco y ocho semanas, las puntuaciones FDIS y FDIP, la escala SB y el índice de rigidez fueron significativamente mejores en el grupo de acupuntura en comparación con el grupo de lista de espera. En relación a la escala HB, no hubo diferencias significativas entre los grupos en la semana 5 y la semana 8. En el grupo de acupuntura, seis participantes, que al inicio del estudio presentaron disfunción de moderada a severa, mejoraron a un nivel de leve a moderado en la semana 8 y no ocurrieron casos agravados. En cambio, en el grupo control, no hubo cambios significativos en la escala HB (tabla 10).

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Tabla 10. Cambios en la escala de House-Brackmann entre los grupos

		Al inicio	Semana 5	Semana 8
Grupo acupuntura	Escala House-Brackmann:			
	Disfunción leve a moderada (2-3)	17	22	23
	Disfunción moderada a severa (4-5)	9	4 (mejorado 5; agravado 0)	3 (mejorado 6; agravado 0)
	<i>P</i>		0.07 ^a	0.04 ^a
Grupo Control	Escala House-Brackmann:			
	Disfunción leve a moderada (2-3)	7	9	9
	Disfunción moderada a severa (4-5)	6	4 (mejorado 3; agravado 1)	4 (mejorado 3; agravado 1)
	<i>P</i>		0.61	0.61

^aEvaluación de McNemar entre el seguimiento y la prueba de referencia

Los autores concluyeron que la acupuntura tuvo un efecto seguro y parcialmente beneficioso sobre las secuelas de la parálisis de Bell. Además, les permitió demostrar la viabilidad de la acupuntura como un medio eficaz para tratar las secuelas de la parálisis de Bell.

“Eficacia de la acupuntura para la parálisis de Bell: una revisión sistemática y un meta-análisis de ensayos controlados aleatorios”

(“Efficacy of Acupuncture for Bell’s Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials”)

Autores: Pingping Li, Tangmeng Qiu, Chao Qin (84)

En este estudio publicado en el año 2015, se realizó una revisión sistemática y metaanálisis, con el objetivo de evaluar la eficacia de la acupuntura para la parálisis de Bell. Se analizaron catorce ECA, con un total de 1541 participantes. Todos los estudios incluidos en el estudio se realizaron en China, en donde los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de acupuntura o al grupo control.

El resultado primario se basó en el número de participantes con recuperación completa o parcial de función neural facial medida por la tasa efectiva total de pacientes después de la terapia de acupuntura. La tasa efectiva total se calculó por la proporción de participantes con resultado efectivo, es decir, cuando la parálisis se recuperó total o parcialmente después de la terapia de acupuntura. Las medidas de resultado secundario incluyeron el tiempo medio de terapia, las habilidades con la acupuntura, los efectos adversos y la incidencia de complicaciones durante la manipulación.

Como resultado primario, los autores observaron una asociación significativa en la acupuntura con una tasa de respuesta efectiva más alta para la parálisis de Bell, en el

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

grupo control 82,81% y grupo de acupuntura 95,48%; pero hubo heterogeneidad entre los estudios.

En las medidas de resultado secundarias, solo dos estudios informaron que no se produjeron complicaciones durante la acupuntura, los otros no describieron efectos secundarios, ni complicaciones. Por esta razón, no fue posible la evaluación de resultados secundarios de las complicaciones.

Los autores concluyeron que la acupuntura parece ser una terapia eficaz para la parálisis de Bell, pero no hubo pruebas suficientes para apoyar la eficacia y seguridad de la acupuntura. Sin embargo, los resultados deben tener en cuenta con cautela, debido a la calidad deficiente y la heterogeneidad de los estudios incluidos.

“Comparar la eficacia de la acupuntura con fármacos en el tratamiento de la parálisis de Bell: una revisión sistemática y metanálisis de ECA”

(“Compare the efficacy of Acupuncture with drugs in the treatment of Bell’s palsy: A systematic review and meta-analysis or RCTs”)

Autores: Rongchao Zhang, Tao Wu, Ruihui Wang, Dong Wang, Qi Liu

La siguiente investigación publicada en el año 2019, tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la acupuntura para la parálisis de Bell. Para ello, se identificaron estudios que compararan la eficacia de la acupuntura y el tratamiento farmacológico en el tratamiento de la parálisis de Bell.

El estudio incluyó 11 ECA con una muestra general de 1258 personas. Los pacientes se asignaron aleatoriamente al grupo de intervención (grupo de acupuntura) o al grupo de control (grupo de fármacos). En el primer grupo, el tratamiento de acupuntura solo incluía acupuntura manual o acupuntura manual combinada con moxibustión, mientras que el segundo grupo solo incluía fármacos (orales o inyectables). Sólo 1 ECA se refirió a efectos adversos y/o complicaciones durante la terapia de acupuntura.

Los resultados del metanálisis mostraron que los pacientes en el grupo de acupuntura pueden asociarse con mayores tasas de curación y tasa efectiva total en comparación con el grupo del fármaco. Todos los ECA incluidos en el metanálisis indican que la acupuntura fue un tratamiento eficaz para la parálisis de Bell.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Los autores concluyen que no hubo pruebas suficientes para demostrar la seguridad del tratamiento con acupuntura, puede ser una terapia eficaz para la parálisis de Bell. Sin embargo, plantean que se necesitan más ECA de alta calidad para demostrar la seguridad y la eficacia de la acupuntura.

“La eficacia de la acupuntura en el tratamiento de las secuelas de la parálisis de Bell”

(“The Efficacy of Acupuncture in the Treatment of Bell’s Palsy Sequelae”)

Autores: Canan Ertemoğlu Öksüz, Ahmet Kalaycıoğlu, Özlem Uzun, Şahi Nur Kalkışım, Nihat Burak Zihni, Ahmet Yıldırım, Cavit Boz (85)

El siguiente artículo analizado es un ensayo clínico aleatorizado, que se publicó en el año 2019. El objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad del tratamiento con acupuntura para el tratamiento de las secuelas de la parálisis de Bell.

Del estudio participaron 40 participantes que se dividieron en dos grupos: 20 personas participaron en el grupo de tratamiento y otras 20 personas al grupo de control. Los pacientes del grupo de acupuntura fueron tratados con electroacupuntura y acupuntura de oído (auriculoterapia) Nogier, durante cuatro semanas y con un total de doce sesiones, es decir, tres veces por semana. Los puntos utilizados en el lado afectado fueron ST 2, ST 6, TE 17, Ex-HN5; en el lado contralateral PC 5, PC 6, HT 7, LR 2, LR 3 y ST, que se aplicaron de manera unilateral. También se aplicaron de manera bilateral los siguientes puntos: ST4, ST 7, ST 36, LI 4, LI 10, GB 14 y en la línea media GV 20, GV 24, Ex-HN3, CV 24.

En primera instancia, se realizó una evaluación electrofisiológica de los participantes que fue evaluada por electromiografía. Funcionalmente, los pacientes fueron evaluados utilizando la escala de House-Brackmann (HB) y el Sistema de clasificación facial de Sunnybrook (SB), antes y después del tratamiento.

Los autores observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) dentro de ambos grupos en los cambios en las puntuaciones SB y HB pretratamiento y postratamiento, como se muestra en la tabla 11.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Tabla 11. Cambios en las puntuaciones de las escalas HB y SB antes y después del tratamiento en ambos grupos

Escala de puntuación		Grupo acupuntura (n=20)			Grupo control (n=20)			P
		min	Max	Media	Min	Max	Media	
SB	Pretratamiento	4	87	38.30±28.32	5	81	42.35±25.25	0.636
	Postratamiento	12	91	53.10±27.92	5	95	58.00±28.35	0.585
	<i>p</i>	0.000*			0.000*			
HB	Pretratamiento	2	6	3.25±1.16	1	5	2.95±1.23	0.434
	Postratamiento	1	6	2.30±1.13	1	5	2.45±1.32	0.701
	<i>p</i>	0.000*			0.015			

HB = House-Brackmann; SB = Sunnybrook; SD = desviación estándar.
* *p* < 0.01 alta significación estadística. P < 0.05 significación estadística.

En relación a los resultados del análisis de la prueba MH de las puntuaciones de HB pretratamiento y postratamiento en el grupo de acupuntura y el grupo de control, revelaron una diferencia significativa entre la acupuntura y las puntuaciones de HB pretratamiento y postratamiento de los pacientes del grupo de control. Además, la tasa de mejora del grupo de acupuntura fue más alta que el del grupo de control. Los pacientes que tenían puntuaciones de HB superiores a HB III antes del tratamiento fue del 45%, disminuyendo al 5% después del tratamiento. En el grupo de control, el 35% de los pacientes tenían una puntuación HB superior a HB III, y disminuyó al 20% después del tratamiento.

Con el objetivo de mostrar una mejoría más significativa en las puntuaciones de HB de los pacientes del grupo de acupuntura, se propuso una variable donde a la puntuación previa al tratamiento de cada paciente se restó de la puntuación posterior al tratamiento. Con este análisis, se obtuvo que los pacientes del grupo de acupuntura mostraron respuestas positivas significativamente más altas a la curación que los pacientes del grupo de control, como se muestra en la tabla 12.

Tabla 12. Análisis y distribución de la categoría HB_{Diferencia} entre los grupos

Categoría		Grupo de acupuntura (n = 20)	Grupo de control (n = 20)	Total
HB _{Diferencia}				
Sin cambios	n (%)	5 (12.5%)	13 (32.5%)	18 (45.0%)
Mejora	n (%)	15 (37.5%)	7 (17.5%)	22 (55.0%)
Total	n (%)	20 (50.0%)	20 (50.0%)	40 (100%)

HB = House-Brackmann; SD = desviación estándar
 $\chi^2 = 6.495$; SD = 1; *p* = 0.011, *p* < 0.05 significación estadística

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Al mismo tiempo, los autores exponen que, en el grupo de acupuntura, no se observaron eventos adversos graves relaciones con el tratamiento con acupuntura.

El estudio concluye en que la acupuntura se puede utilizar en el tratamiento de la parálisis de Bell. Los autores agregaron que el tratamiento con acupuntura puede considerarse un método eficaz y seguro, especialmente en el tratamiento de pacientes con secuelas persistentes de parálisis de Bell y puede tener un efecto positivo en la curación de pacientes con tales secuelas.

III. Resultados

Los resultados de esta revisión bibliográfica se obtuvieron a partir del análisis de ocho artículos de investigación que tuvieron como objetivo evaluar la efectividad del tratamiento con acupuntura para la parálisis de Bell.

Las medidas de resultado en relación a la funcionalidad facial presentes en los artículos han sido la escala de House-Brackmann, la escala de Sunnybrook y el Índice de Discapacidad Facial, en menor medida se utilizó el sistema de clasificación del nervio facial de Nottingham, entre otros. Tanto las escalas como los diferentes sistemas de clasificación son esenciales para conocer el estado funcional facial de los/las pacientes con parálisis de Bell; y así, poder plantear un tratamiento, que posteriormente sea acorde a la evolución de la sintomatología y a los avances en la terapia.

Cuatro artículos utilizan la escala de House-Brackmann para determinar el grado de parálisis facial, lo que permite la monitorización de los cambios clínicos en los seguimientos posteriores. En todos los casos la evaluación se realizó antes y después del tratamiento. En primer lugar, Liang Fanrong & cols, señalan que los valores en la escala de House-Brackmann antes y después del tratamiento, fueron mejores en el tratamiento básico más el grupo de acu-moxibustión y en el grupo de acu-moxibustión, que en el grupo control. En el segundo artículo, Hong Lei & cols, indicaron que, según la puntuación se trataba de un grado II de parálisis facial antes del tratamiento. Luego de dos semanas de tratamiento con acupuntura y moxibustión se observó mejorías respecto al cuadro inicial y se obtuvo que según la puntuación era grado I. En tercer lugar, Hyo-Jung Kwon & cols, destacan que no hubo diferencias significativas en el grupo control en la semana 5 y 8. En el grupo de acupuntura, seis participantes con disfunción facial de moderada a severa (grado IV-V) al inicio del estudio mejoraron a un nivel de leve a moderado (grado II-III) en la semana 8, y no ocurrieron casos agravados. El último artículo, los autores Ertemoğlu Öksüz & cols, informaron que observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en las puntuaciones pretratamiento y postratamiento dentro de los dos grupos. La proporción de pacientes que tenían puntuaciones de HB superiores al grado III antes del tratamiento en el grupo de acupuntura fue del 45%, disminuyendo al 5% después del tratamiento. En el grupo control, la proporción de

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

pacientes que tenían puntuaciones de HB mayores que de las de grado III antes del tratamiento fue del 35% y disminuyó al 20% después del tratamiento.

Como se ha mencionado anteriormente, se utilizaron otras escalas de evaluación de funcionalidad facial, detalladas a continuación.

En segunda medida, se utilizó el Índice de Discapacidad Facial (IDF o FDI, por sus siglas en inglés). Liang Fanrong & cols, señalan que los valores de las puntuaciones fueron mejores en el grupo de tratamiento básico más moxibustión y en el grupo de acu-moxibustión, que en el grupo control. Hong Lei & cols, en su primera evaluación, antes del tratamiento, el IDF era 90; luego del tratamiento la puntuación era 100. Hyo-Jung Kwon & cols, demostraron que, tanto a las 5, como a las 8 semanas, las puntuaciones de IDF, las clasificaciones del nervio facial de Sunnybrook y el índice de rigidez facial, fueron significativamente mejores en el grupo de acupuntura en comparación con el grupo de lista de espera.

Canan Ertemoğlu Öksüz & cols, utilizaron la clasificación de Sunnybrook y realizaron una evaluación del potencial de acción motora del compuesto del nervio facial. Informaron que hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) dentro de ambos grupos en los cambios de las puntuaciones SB pretratamiento y postratamiento. Además, destacan que al comparar los valores de amplitud del potencial de acción motora del nervio facial reveló una diferencia significativa entre los valores antes y después del tratamiento de los pacientes dentro del grupo de acupuntura.

De los ocho artículos analizados, dos artículos detallaron los efectos terapéuticos que produce la terapia de acupuntura en pacientes con parálisis facial. Hong Lei & cols, describieron en su artículo, que luego del segundo tratamiento, la paciente informó haber percibido más fuerza muscular al sonreír, aumentó la capacidad de hinchar las mejillas y abrir más los ojos, sintió menos dolor alrededor de la oreja y el ángulo del maxilar; y menor sequedad del ojo. Luego de dos semanas, la parálisis se resolvió, los síntomas desaparecieron, tenía pliegues simétricos alrededor de la nariz y los ojos cuando los cerraba con fuerza, y la cara era simétrica cuando sonreía y levantaba las cejas. Otro de los artículos, de los autores Hyo-Jung Kwon & cols, identificaron mejoras en la simetría facial, asimetría de movimiento y sincinesia.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Cabe destacar que en las investigaciones analizadas se han propuesto tanto la utilización de acupuntura como forma única de tratamiento, así como también combinada con otras terapéuticas. Es decir, todos los artículos utilizaron acupuntura con aguja en los grupos experimentales. Dos artículos utilizaron acupuntura con estimulación eléctrica. Tres artículos presentados incluyeron moxibustión en el tratamiento con acupuntura. En el primer artículo, los autores Liang Fanrong & cols, señalan que la acupuntura y la moxibustión pueden ejercer efectos terapéuticos definidos sobre la parálisis de Bell, mejor que la del grupo de tratamiento con fármacos y el grupo de tratamiento con fármacos y acu-moxibustión. En el segundo artículo, los autores Hong Lei & cols, estudiaron a una paciente que fue tratada con acupuntura y moxibustión durante dos semanas, quienes destacan que la parálisis facial de la paciente mejoró rápidamente, al examen clínico todos los síntomas iniciales habían desaparecido.

Por último, uno de los artículos incluidos en la investigación publicados por Rongchao Zhang & cols, se dedicó a comparar la efectividad de la terapia de acupuntura (acupuntura o acupuntura más moxibustión) y la farmacoterapia. Los resultados mostraron que los pacientes en el grupo de acupuntura pueden asociarse con mayores tasas de curación y tasa efectiva total en comparación con el grupo de fármacos.

En su investigación, Ning Chen & cols, realizaron una revisión sistemática que incluyó el análisis de seis ensayos clínicos. En la misma, aunque los autores de los ensayos informaron efectos beneficiosos, Ning Chen & cols consideran que se necesitan estudios de mayor calidad para establecer conclusiones confiables acerca de la eficacia de la acupuntura. Al igual, que Pingping Li & cols, quienes realizaron una revisión sistemática, que incluyó el análisis de 14 ECA. Su posterior metanálisis indicó que la acupuntura se asoció con una mayor prevalencia de eficacia total en comparación con otras intervenciones terapéuticas. Sin embargo, los autores afirman que no hubo pruebas suficientes para apoyar la eficacia y seguridad de la acupuntura.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

A continuación, se exponen los puntos de acupuntura más utilizados en los artículos analizados. Se detalla al meridiano al que pertenece con su nomenclatura en español, su ubicación anatómica y las enfermedades o síntomas sobre los que el punto puede actuar.

Punto	Meridiano	Localización	Indicación terapéutica
E2	Estómago	Delante de la oreja, debajo de borde inferior del arco cigomático, a una distancia por delante del trago.	Parálisis facial. Neuralgia del trigémino. Hemiplejía. Odontalgia. Sordera, acúfenos, otitis.
E4	Estómago	Reborde orbitario inferior, eje vertical de la pupila.	Parálisis facial. Dolor ocular, espasmos palpebrales, de la mejilla y cuello. Sordera, acúfenos.
E6	Estómago	Debajo del reborde orbitario inferior, en la horizontal del borde inferior del ala de la nariz.	Parálisis facial. Convulsiones. Cobjuntivitis. Sinusitis. Rinitis. Inflamación de labios y mejillas. Acné.
E7	Estómago	En la vertical del punto E6, junto a la comisura de los labios.	Punto especial para la parálisis facial. Neuralgia del trigémino. Conjuntivitis. Odontalgia, acúfenos.
E36	Estómago	A 3 distancias por debajo de la punta de la rótula, entre el tibial anterior y el extensor común de los dedos.	Todos los trastornos del sistema nervioso.
TR17	Triple recalentador	Detrás del lóbulo de la oreja, en el hueco que existe delante del borde anterior de la apófisis mastoides.	Sordera, acúfenos, otitis media, prurito y eczema del conducto. Odontalgia. Parálisis facial.
VB14	Vesícula Biliar	Sobre la vertical que pasa por la pupila, a 1/3 de la distancia que va de la ceja al límite de los cabellos.	Todas las enfermedades de los ojos: glaucoma, astigmatismo, estabrismo, hemeralopía. Cefaleas. Neuralgias faciales.
IG4	Intestino Grueso	En el ángulo formado por los extremos proximales del 1º y 2º metacarpianos, en un hueco.	Neuralgia del trigémino. Agotamiento. Conjuntivitis, glaucoma. Acúfenos. Odontalgia. Rinopatía alérgica, anosmia, angina, epistaxis. Eczema, urticaria, psoriasis.
IG20	Intestino Grueso	En el surco nasogeniano, en la horizontal del borde inferior del ala de la nariz.	Todas las afecciones nasales: congestión nasal, anosmia, sinusitis, rinitis, poliposis nasales, rinopatía alérgica. Epistaxis, sordera. Epistaxis, sordera. Asma con síntomas nasales.
V2	Vejiga	En el inicio de la ceja, a una distancia de la línea media.	Cefaleas congestivas. Excitación o depresión nerviosa. Conjuntivitis. Bleforospasmo con insomnio. Sinusitis. Estornudos a repetición.
V14	Vejiga	A 2 distancias de la línea media, debajo de la apófisis espinosa de la 4ª dorsal.	Estados de excitación, epilepsia. Náuseas, vómitos. Estados congestivos bronco-pulmonares. Palpitaciones, arritmias, trastornos anginoides.
ID18	Intestino Delgado	Borde inferior del hueso maxilar, reborde anterior del músculo masetero; en un hueco.	Parálisis facial. Neuralgia del trigémino. Espasmo palpebral. Odontalgia.
VB20	Vesícula Biliar	En la horizontal que pasa por la punta de la apófisis mastoides, por dentro del esternocleidomastoideo, en un hueco, en el límite posterior de los cabellos. A una distancia y media de la línea media.	Epilepsia. Vértigo. Neuralgias o jaquecas de la región cervical. Dolores oculares, lagrimeo abundante. Sordera, acúfenos, epistaxis. Dolor de cuello, torticolis. Dolores lumbares, dorsales.
ExHN4	Extraordinario	Encima de la pupila, en el centro de la ceja al mirar de frente.	Conjuntivitis. Ptosis palpebral. Parálisis facial. Sinusitis.
ExHN5	Extraordinario	Depresión localizada a una distancia posterior al punto medio entre el extremo externo de la ceja y el ángulo externo del ojo.	Cefalea. Parálisis facial. Neuralgia del trigémino. Odontalgia. Conjuntivitis. Migraña. Hipertensión.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Por otro lado, tres de los artículos analizados describieron los efectos producidos por la acupuntura a nivel fisiológico. Uno de los artículos analizados, de Jong-In Kim & cols, explican que los mecanismos de acción de la acupuntura, incluyen la activación de receptores, la transmisión de señales a lo largo de las fibras nerviosas aferentes, los mecanismos reflejos, la proyección al sistema nervioso central y los mecanismos de control eferentes. Además, se plantea que los efectos de la acupuntura pueden atribuirse a la disminución y/o inhibición del tono muscular inducida por reflejos motores, especialmente a los músculos bajo continua contracción tónica, la cual puede estar relacionada con la recuperación funcional del nervio facial y músculos asociados. El artículo restante, de los autores Hyo-Jung Kwon & cols, exponen que el efecto focal de la acupuntura sobre la acupuntura podría atribuirse a los efectos locales de la acupuntura en la estimulación de las fibras nerviosas de la piel y músculos.

Los resultados finales de los artículos analizados plantean que la acupuntura posee efectos terapéuticos en pacientes con parálisis de Bell, tanto para el tratamiento de las manifestaciones clínicas, como las secuelas de dicha enfermedad; ya que la estimulación con acupuntura aumenta el diámetro y la velocidad de flujo sanguíneo de las arteriolas periféricas; mejora la microcirculación, y el estado de los enlaces aferentes y eferentes del sistema neuromuscular. Sin embargo, algunos autores sugieren que se necesita más investigación; con ensayos más rigurosos y de mayor calidad.

IV. Conclusión

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar, en base a la literatura existente, la eficacia de la terapia de acupuntura, en el tratamiento de las manifestaciones clínicas y las secuelas en pacientes con parálisis de Bell. Además de conocer los efectos fisiológicos que produce la acupuntura en general. Entre los que se destacan, la activación de la microcirculación sanguínea, que produce aumento de aporte de oxígeno y nutrientes; liberación de sustancias, como la serotonina, histamina, prostaglandinas; que originan un efecto analgésico y antiinflamatorio local.

Como se mencionó anteriormente, la parálisis facial no sólo afecta de manera física sino psicológica, al alterar la estética del paciente, así como también su alimentación y cuidados. Es por ello, que es necesario aplicar el tratamiento adecuado para mejorar la función facial que involucra diversos aspectos de la vida cotidiana de cada persona.

En tal sentido, la acupuntura es una de las terapias utilizadas por profesionales que ejercen la kinesiología y la medicina para el tratamiento de la parálisis de Bell, siendo una terapéutica que conlleva un bajo costo y que, además es absolutamente posible combinarla con tratamientos alopáticos. Uno de los principales inconvenientes que se presentan al realizar investigaciones es la dificultad de realizar estudios comparativos con otras estrategias terapéuticas, como ser las farmacológicas; debido a la imposibilidad de realizar ensayos clínicos a simple o doble ciego con acupuntura, ya que los participantes tendrían el conocimiento del tratamiento administrado. Sin embargo, a pesar de que los estudios existentes son de pequeñas dimensiones, tanto la aplicación de acupuntura, como diversas técnicas relacionadas de la MTCH, pueden ser de utilidad, colaborando con otras estrategias, como la masoterapia, la movilización activa y activa resistida, entre otros; en una recuperación más rápida de aquellos pacientes con parálisis de Bell.

El minucioso análisis de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica concluye en que la acupuntura es un método eficaz en lo que respecta al tratamiento de la parálisis de Bell. Siendo una terapia que produce efectos terapéuticos beneficiosos sobre las secuelas de la parálisis de Bell, mejorando la función del nervio facial, la simetría facial y la disminución de la rigidez facial. Así como también, la acupuntura se puede utilizar en el tratamiento de las manifestaciones clínicas de la parálisis facial, ya

Arroyo Elias, Mariangeles

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

que es una opción de tratamiento efectiva para disminuir la sintomatología y mejorar la capacidad de contracción muscular.



V. Referencias Bibliográficas

1. Consejo de salubridad general. Diagnóstico y manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis Facial Idiopática). Guía Ref rápida [Internet]. 2006;1–12. Available from:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC__Pr-enatalRiesgo/IMSS_028_08_GRR.pdf
2. 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.
3. Bell D. PARÁLISIS dE BELL. 2011;(596):97–101.
4. León-Arcila ME, Benzur-Alalus D, Alvarez-Jaramillo J. Bell's palsy. A case report. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac* [Internet]. 2013 Oct [cited 2020 Nov 8];35(4):162–6. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582013000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Díaz Barrios H, Corbo Rodríguez MT, Giniebra Rodríguez M del, Alfonso Valdés H. Parálisis de Bell. *Rev cienc méd Pinar Río*. 2002;1–7.
6. 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. Available from:
<http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>
7. Santana Rodríguez BM, Mederos Arévalo A, Rodríguez Santana J. La digitopuntura como alternativa de rehabilitación en pacientes con parálisis facial. *Medisan*. 2019;23(4):681–91.
8. Orlando Rigol R. Manual de acupuntura y digitoacupuntura. 1992. 40 p.
9. María D, Acosta E, Arelis D, Alayón T. La acupuntura y su aplicación en estomatología The acupuncture and its application in Stomatology. *Rev Cuba*

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

- Educ Médica Super. 2012;26(2):158–66.
10. Arango Vélez V, Montoya Vélez L. Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. CES Med. 2015;29(2):283–94.
 11. Romana RC. Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. Rev la Soc Esp del Dolor. 2013;20(5):263–77.
 12. McCaul JA, Cascarini L, Godden D, Coombes D, Brennan PA, Kerawala CJ. Evidence based management of Bell's palsy. Br J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2014;52(5):387–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2014.03.001>
 13. Reich SG. Bell's Palsy. Contin Lifelong Learn Neurol. 2017;23(2):447–66.
 14. Suarez C, Gil-Carcedo LM, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J. Tratado de Otorrinonaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2nd ed. Panamericana; 2015.
 15. Heckmann JG, Urban PP, Pitz S, Guntinas-Lichius O, Gágyor I. Idiopathische Fazialisparese (Bell's palsy). Dtsch Arztebl Int. 2019;116(41):692–702.
 16. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, et al. Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy. Otolaryngol Neck Surg. 2013;149:S1–27.
 17. Zhang W, Xu L, Luo T, Wu F, Zhao B, Li X. The etiology of Bell's palsy: a review. J Neurol. 2020;267(7):1896–905.
 18. Patel DK, Levin KH. Bell palsy: Clinical examination and management. Cleve Clin J Med. 2015;82(7):419–26.
 19. Vakharia K, Vakharia K. Bell's Palsy. Facial Plast Surg Clin North Am [Internet]. 2016;24(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2015.08.001>
 20. Latarjet, Liard R. Anatomía Humana. 4th ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004.



TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

21. Hitier M, Edy E, Salame E, Moreau S. Anatomía del nervio facial. EMC - Otorrinolaringol [Internet]. 2007;36(1):1–16. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1632-3475\(07\)70323-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1632-3475(07)70323-5)
22. Barbut J, Tankéré F, Bernat I. Anatomía del nervio facial. EMC - Otorrinolaringol. 2017;46(3):1–20.
23. Pro E. Anatomía Clínica. 1st ed. Buenos Aires: Panamericana; 2012.
24. Wilson-Pauwels., Akesson., Stewart., Spacey. Nervios craneales. 2nd ed. Buenos Aires: Panamericana; 2003.
25. Argente H, Alvarez M. Semiología Médica. 2nd ed. Buenos Aires: Panamericana; 2013.
26. Moore K, Dalley A, Agur A. Anatomía con orientación clínica. 8th ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
27. Secretaria de Salud. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Evidencias y Recomendaciones Evidencias y Recomendaciones Evidencias y Recomendaciones Evidencias y Recomendaciones. 2013;1–36. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx
28. Semergen MDF, Racero MB, Laguna MG, Casado MD, Amezua D, Casado MM. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2016;42.
29. Hernández Redondo SP, López Lizano GS. Parálisis de Bell: Diagnóstico y Tratamiento. Rev Cienc y Salud Integr Conoc. 2021;5(1):88–94.
30. Basterra Alegría J. Tratado de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. 1st ed. Elsevier Masson; 2009.
31. Phan NT, Panizza B, Wallwork B. AFP-Nov-Focus-Phan. 2016;45(11):794–7.
32. Kilic R, Ozdek A, Felek S, Safak MA, Samim E. A case presentation of bilateral simultaneous Bell's palsy. Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg. 2003;24(4):271–3.



TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

33. Glass GE, Tzafetta K. Bell's palsy: A summary of current evidence and referral algorithm. *Fam Pract*. 2014;31(6):631–42.
34. Picard D, Leroy R, Poussy T, Tankéré F, Gatignol P. Sequelae in bell's palsy: Prognostic factors for recovery. *Ann Chir Plast Esthet*. 2020;(2019).
35. Stokes M. *Fisioterapia en la rehabilitación neurológica*. 2nd ed. Madrid, España: Elsevier; 2006.
36. Quesada P, Daniel M, Aguado L, Quesada Martínez JL. Parálisis facial periférica. *Complicaciones y secuelas*. 2010. 269 p.
37. Butler DP, Grobbelaar AO. Facial palsy: what can the multidisciplinary team do? *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 2];10–377. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S125574>
38. Ubillus-Carrasco GE, Sánchez-Vélez A. Fisioterapia en la parálisis facial *Physiotherapy in the facial paralysis*. [cited 2022 Jan 2]; Available from: www.superatuenfermedad.com
39. Matos C. Peripheral facial paralysis: the role of physical medicine and rehabilitation. *Acta Med Port* [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 2];24(0):907–14. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1578>
40. Eviston TJ, Croxson GR, Kennedy PGE, Hadlock T, Krishnan A V. Bell's palsy: aetiology, clinical features and multidisciplinary care. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Jan 3];86(12):1356–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25857657/>
41. Heckmann JG, Urban PP, Pitz S, Guntinas-Lichius O, Gágyor I. The Diagnosis and Treatment of Idiopathic Facial Paresis (Bell's Palsy). *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2019 Oct 11 [cited 2022 Jan 1];116(41):692. Available from: [/pmc/articles/PMC6865187/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3181187/)
42. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

- (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 Sep 5 [cited 2022 Jan 1];2019(9). Available from: [/pmc/articles/PMC6726970/](#)
43. Ubillus-Carrasco GE, Sánchez-Vélez A. Fisioterapia en la parálisis facial. *Rev Cuerpo Médico HNAAA*. 2018 Jul 11;11(4):258–67.
 44. Sánchez Ramírez M, Flores Palafox G. Tratamiento de parálisis facial con acupuntura y electroacupuntura: reporte de un caso. *Rev Int Acupunt* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Jan 22];14(4):160–4. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-t-ratamiento-paralisis-facial-con-acupuntura-S1887836920300788>
 45. Chen X, Li Y, Zheng H, Hu K, Zhang H, Zhao L, et al. A randomized controlled trial of acupuncture and moxibustion to treat Bell's palsy according to different stages: design and protocol. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2009 Jul [cited 2022 Jan 24];30(4):347–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19281871/>
 46. Hilda M, Ramón Núñez M, Gricel Benítez Rodríguez M, Juan B, Zayas A". Métodos de manipulación en la medicina tradicional asiática. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 24];18(5):695–704. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
 47. Pedraza Barranco LM, Zayas Olazábal M de;, Torre Rosés M, Diaz Brito Y. Tratamiento de la parálisis facial por viento frío con masaje Tuina. *Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 24];13(6). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116129007>
 48. Yaumara Ramos García I, Juan Finlay C, Habana L. Acupuntura y masaje tuina en el tratamiento de la parálisis de Bell. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2019 Jul [cited 2022 Jan 24];23(4):533–41. Available from: <http://orcid.org/0000-0002-7898-0032HaroldNoaMuguercia1http://orcid.org/0000-0002-4213-2998http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3887>

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

49. La Touche Arbizu R, Escalante K, Linares MT, Mesa J. Effectiveness of physiotherapy treatment in peripheral facial palsy. A systematic review. *Rev Neurol*. 2008;46(12):714–8.
50. Ubillus-Carrasco GE, Sánchez-Vélez A. Fisioterapia en la parálisis facial
Physiotherapy in the facial paralysis.
51. Pérez Chávez E, Gómez Martínez C, Guzmán González JM, Escobar Rodríguez D, López Roldán VM, Montes de Oca D, et al. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Rev Médica del IMSS* [Internet]. 2004 Sep [cited 2022 Jan 22];42(5). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im045i.pdf>
52. Sussman D. *Acupuntura. Teoría y Práctica*. 4th ed. Buenos Aires: Kier; 1978.
53. Carballo F. *Acupuntura China*. 2nd ed. Buenos Aires: Kier; 1973.
54. Liebenthal P-CN de. *Manual de acupuntura*. 1st ed. Buenos Aires: Roots; 2014.
55. Papp D, Agüero A. *Breve historia de la Medicina*. 1st ed. Buenos Aires: Editorial Claridad; 1994.
56. Reyes G. A. *Evolución Histórica de la Medicina Tradicional China. Comunidad y Salud*. 2008;42–9.
57. Zhuang Y, Xing J jing, Li J, Zeng BY, Liang F rong. History of acupuncture research [Internet]. 1st ed. Vol. 111, *International Review of Neurobiology*. Elsevier Inc.; 2013. 1–23 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-411545-3.00001-8>
58. Sussman D. *¿Qué es la acupuntura?* 3rd ed. Buenos Aires: Kier; 1974.
59. Ramey D, Buell PD. A true history of acupuncture. *Focus Altern Complement Ther*. 2004 Dec;9(4):269–73.
60. Beekman M. *Reflexología*. 2nd ed. Buenos Aires: Lea; 2013.
61. Urgelles L. *Acupuntura para el manejo del dolor*. 2nd ed. Malaga: Amolca; 2002.



TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

62. Beijing I de MTC de. Fundamentos De Acupuntura y Moxibustión De China. 1980;1–296.
63. Chu Lee A, Barreto Huilcapi L, Agudo Gonzabay B. Acupuntura, Medicina ancestral para tratamiento de las enfermedades. Rev Cient Cumbres. 2015;43–7.
64. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. 2014 [cited 2022 Jan 8]; Available from: www.who.int
65. Garrido R. ACUPUNTURA Y DOLOR. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Jan 8];30(6):487–93. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-acupuntura-y-dolor-S071686401930094X>
66. Collazo E. Fundamentos actuales de la terapia acupuntural. Rev Soc Española Dolor. 2012;19(6):325–31.
67. Jarmey C, Bouratinos I. Guía práctica de puntos de acupuntura. Guía práctica puntos Acupunt [Internet]. 2017;691. Available from: https://search.proquest.com/docview/2134263666?accountid=14795%0Ahttp://roble.unizar.es/search*spi/i?SEARCH=%0Ahttp://resolver.ebscohost.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/Ebook+Central&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev
68. Garrido R. Acupuntura Y Dolor. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019;30(6):487–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.001>
69. Azmani M. Medicina Energética. Acupuntura. Bases Fundamentales. 1st ed. Barcelona: Paidotribo; 2008.
70. Sanchez Viescas F. Meridianos y puntos acupunturales I: Materiales Académicos de Medicina China. 1st ed. Fundaciòn Europea de MTC; 2011.
71. Tedeschi M. Medicina energética. Anatomía esencial. 1st ed. Barcelona: Paidotribo; 2009.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

72. Zhang D, Ding G, Shen X, Yao W, Zhang Z, Zhang Y, et al. Role of mast cells in acupuncture effect: a pilot study. *Explore (NY)* [Internet]. 2008 May [cited 2022 Jan 9];4(3):170–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18466847/>
73. Garrido F, Minaya Muñoz F. *Fisioterapia Invasiva*. 2nd ed. Elsevier; 2016.
74. Deng H, Shen X. The mechanism of moxibustion: Ancient theory and modern research. *Evidence-based Complement Altern Med*. 2013;2013.
75. Hilda M, Ramón Núñez M, Gricel Benítez Rodríguez M, Juan B, Zayas A". *Métodos de manipulación en la medicina tradicional asiática*. MEDISAN [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 16];18(5):695–704. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
76. Delgado A. Las distintas especialidades de la Medicina Tradicional China: Acupuntura y moxibustión. *Nat Medicat Rev médica para el Estud y difusión las Med Altern ISSN 0212-9078*, N° 34 (Invierno), 1993-1994, págs 21-24 [Internet]. 1993 [cited 2022 Jan 16];(34):21–4. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4983155&info=resumen&id idioma=ENG>
77. Lian Y-L, Chen C-Y, Hammes M, Kloster BC. *Atlas gráfico de acupuntura: representación de los puntos de acupuntura*. 2005;351. Available from: <http://books.google.com/books?id=k2y3AAAACAAJ&pgis=1>
78. Ji-ping Z, Yan-ping W. *Acupuntura y moxibustión. Guías de estudio de medicina china*. 1st ed. MTC FUNDACION EUROPEA DE MEDICINA TRADICIONAL; 2011.
79. Resolución Ministerial 859/2008. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2008.
80. Liang F, Li Y, Yu S, Li C, Hu L, Zhou D, et al. A multicentral randomized control study on clinical acupuncture treatment of Bell's palsy. *J Tradit Chinese Med*. 2006;26(1):3–7.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

81. Chen N, Zhou M, He L, Zhou D, Li N. Acupuncture for Bell ' s palsy (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;15(8):759–64.
82. Kim JI, Lee MS, Choi TY, Lee H, Kwon HJ. Acupuncture for Bell's palsy: A systematic review and meta-analysis. *Chin J Integr Med*. 2012;18(1):48–55.
83. Kwon HJ, Choi JY, Lee MS, Kim YS, Shin BC, Kim JI. Acupuncture for the sequelae of Bell's palsy: A randomized controlled trial. *Trials [Internet]*. 2015;16(1):10–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-0777-z>
84. Li P, Qiu T, Qin C. Efficacy of acupuncture for Bell's palsy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2015;10(5):1–14.
85. Öksüz CE, Kalaycıoğlu A, Uzun Ö, Kalkışım ŞN, Zihni NB, Yıldırım A, et al. The Efficacy of Acupuncture in the Treatment of Bell's Palsy Sequelae. *JAMS J Acupunct Meridian Stud*. 2019;12(4):122–30.

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

VI. Anexos

A continuación, se presentan las escalas que se utilizaron por los autores en los textos analizados:

Simetría en Reposo	Simetría de Movimiento Voluntario	Sincinesias
Comparada con el lado normal Apertura entre párpados (Elegir sólo una) Normal 0 Disminuida 1 Aumentada 1 Cirugía de Párpados 1 Mejilla (Surco Naso-Labial) Normal 0 Ausente 2 Menos pronunciado 1 Más pronunciado 1 Boca Normal 0 Comisura caída 1 Comisura hacia arriba/afuera 1 Total <input type="text"/>	Grado de Excursión Muscular Comparado con el lado normal Expresiones Estándares Iniciar de Iniciar Movimiento Inicia leve movimiento Inicia movimiento con moderada Movimiento casi completo Movimiento Completo Arrugar la Frente 1 2 3 4 5 <input type="text"/> Cerrar los Ojos 1 2 3 4 5 <input type="text"/> Sonreír con Labios Abiertos 1 2 3 4 5 <input type="text"/> Arrugar la Nariz 1 2 3 4 5 <input type="text"/> Estirar Labios Hacia Adelante 1 2 3 4 5 <input type="text"/> Asimetría Extrema Asimetría Severa Asimetría Moderada Asimetría Leve Simetría Normal Total <input type="text"/>	Califique el grado de CONTRACCIÓN MUSCULAR INVOLUNTARIA asociada con cada expresión Ninguna Sin sincinesias O movimiento en masa. Leve Sincinesias leves Moderado Sincinesias obvias pero no desfigurante Severa Sincinesias desfigurante 0 1 2 3 <input type="text"/> 0 1 2 3 <input type="text"/> 0 1 2 3 <input type="text"/> 0 1 2 3 <input type="text"/> Puntaje de Sincinesias Total <input type="text"/>
Puntaje de Simetría en Reposo Total X 5 <input type="text"/>	Puntaje de Movimiento Voluntario Total X 4 <input type="text"/>	Puntaje de Sincinesias Total <input type="text"/>
Nombre del Paciente _____ Diagnóstico _____ Fecha _____	Puntaje Movimiento Voluntario <input type="text"/> - Puntaje de Simetría en Reposo <input type="text"/> - Puntaje de Sincinesias <input type="text"/> = Puntaje Final <input type="text"/>	

Ross, Fradet, Nedzelski 1992
 Homologación Chilena por Galindo, Sandoval, Cerda, Ulloa & Vargas, 2015

Sistema de clasificación facial Sunnybrook
 (“Sunnybrook Facial Grading System – SFGS”)

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

ESCALA HOUSE-BRACKMANN 2.0				
Puntuación	Regiones			
	Frente	Ojo	Pliegue nasolabial	Comisura bucal
1	Normal	Normal	Normal	Normal
2	Leve debilidad >75% de lo normal	Leve debilidad > 75% de lo normal completamente cerrada con un esfuerzo ligero	Leve debilidad >75% de lo normal	Leve debilidad >75% de lo normal
3	Evidente debilidad 50% de lo normal simetría en reposo	Evidente debilidad >50% de lo normal. El cierre total con el máximo esfuerzo	Evidente debilidad >50% de lo normal simetría en reposo	Evidente debilidad >50% de lo normal simetría en reposo
4	La asimetría en reposo < 50% de lo normal	La asimetría en reposo < 50% de lo normal no se puede cerrar por completo	La asimetría en reposo < 50% de lo normal	La asimetría en reposo < 50% de lo normal
5	Las huellas de movimiento	Las huellas de movimiento	Las huellas de movimiento	Las huellas de movimiento
6	La ausencia de movimiento	La ausencia de movimiento	La ausencia de movimiento	La ausencia de movimiento

Los movimientos secundarios (evaluación general)

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

Informes : suma de las puntuaciones de cada región y los movimientos secundarios

Grado	Puntaje total
I	4
II	5-9
III	10-14
IV	15-19
V	20-23
VI	24

Sistema de clasificación facial de House-Brackmann
(“House-Brackmann Facial Grading System”)

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

Tabla 2. Índice de discapacidad facial

SUBESCALA FUNCIONAMIENTO FÍSICO

1. ¿Cuánta dificultad ha tenido para guardar la comida en la boca, mover la comida centro de la boca o mantener comida a nivel de los carrillos mientras come?

Habitualmente:

Habitualmente no lo hace:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

2. ¿Cuánta dificultad ha tenido en beber de un vaso?

Habitualmente:

Habitualmente no lo hace:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

3. ¿Cuánta dificultad ha tenido en decir sonidos específicos mientras habla?

Habitualmente:

Habitualmente no lo hace:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

4. ¿Cuánta dificultad ha tenido respecto al lagrimeo excesivo o sequedad en sus ojos?

Habitualmente:

Habitualmente no lo hace:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

5. ¿Cuánta dificultad ha tenido en lavarse los dientes o enjuagarse la boca?

Habitualmente:

Habitualmente no lo hace:

- 5) Sin dificultad
- 4) Con un poco de dificultad
- 3) Con algo de dificultad
- 2) Con mucha dificultad

- 1) Por salud
- 0) por otra razón

Índice de Discapacidad Facial

Subescala de Funcionamiento Físico

TERAPIA POR ACUPUNTURA EN PERSONAS CON PARÁLISIS DE BELL

SUBESCALA FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y BIENESTAR

6. ¿Cuánto tiempo se siente tranquilo o calmado

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| 6) Siempre | 5) La mayor parte del tiempo |
| 4) Muchas veces | 3) Algunas veces |
| 2) Pocas veces | 1) Nunca |

7. ¿Cuánto tiempo se aísla de la gente que le rodea?

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| 1) Siempre | 2) la mayor parte del tiempo |
| 3) Muchas veces | 4) Algunas veces |
| 5) Pocas veces | 6) Nunca |

8. ¿Cuánto tiempo se ha notado irritado hacia la gente que está a su alrededor?

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| 1) Siempre | 2) la mayor parte del tiempo |
| 3) Muchas veces | 4) Algunas veces |
| 5) Pocas veces | 6) Nunca |

9. ¿Con qué frecuencia se levanta pronto o se despierta varias veces durante el sueño?

- | | |
|---------------------|-----------------------------|
| 1) Todas las noches | 2) La mayoría de las noches |
| 3) Muchas noches | 4) Algunas noches |
| 5) Pocas noches | 6) Ninguna noche |

10. ¿En cuántas ocasiones se función facial evita que salga a comer, de tiendas, o le impide su participación en actividades familiares o sociales?

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| 1) Siempre | 2) la mayor parte del tiempo |
| 3) Muchas veces | 4) Algunas veces |
| 5) Pocas veces | 6) Nunca |

PUNTAJE:

Dimensión física:

$$\frac{\text{Pt.Total (preguntas del 1-5)} - N}{N} \times \frac{100}{4}$$

Dimensión Social:

$$\frac{\text{pt.Total (preguntas del 6-10)} - N}{N} \times \frac{100}{5}$$

N: número de respuestas contestadas.

Índice de Discapacidad Facial

Subescala Funcionamiento Social y Bienestar