



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Medicina Clínica

Escuela de Ciencia Clínica

Licenciatura en Fisioterapia

Trabajo de grado para optar por el título de licenciada

en

Fisioterapia

Modalidad

Informe de práctica profesional

**Aportes del Método de Rood en la Reeducción de la Musculatura en
Pacientes con Parálisis Facial Periférica atendidos en el Hospital
Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto a octubre 2025**

Presentado por:

Domínguez Solís, Sindylenis Del Carmen
9-744-2222

Asesor:

Yaritzalí Fuentes

Panamá 2025

DEDICATORIA

A Dios, fuente de mi fortaleza y guía eterna, quien con su amor infinito me ha sostenido en cada paso de este camino, dándome la sabiduría, la paciencia y la fe necesarias para alcanzar mis metas. Gracias por iluminar mi vida y enseñarme a perseverar incluso en los momentos más difíciles.

A mis amados hijos, Jhosalex, y a mi pequeño y hermoso Jhalex, quienes son la razón de mi lucha y mi inspiración diaria. Gracias por llenarme de alegría, por enseñarme la paciencia, el amor incondicional y la esperanza de un futuro mejor. Cada sacrificio y esfuerzo que he realizado tiene sentido gracias a ustedes, y cada logro es también un logro compartido con su amor y su ternura.

A mi querido padre, José Domínguez, cuyo apoyo incondicional, consejos sabios y ejemplo de vida me han guiado siempre. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la honestidad y la perseverancia. Su confianza en mí ha sido un pilar fundamental, y su presencia, un refugio seguro en todo momento.

Sindylenis Domínguez

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía, mi fuerza y mi luz en cada paso de este camino. Gracias por darme la sabiduría, la paciencia y la fortaleza para alcanzar mis metas, y por enseñarme que todo esfuerzo sincero tiene su recompensa.

A mi querido hijo, Jhosalex, fuente de alegría y motivación, por inspirarme a ser mejor cada día. A mi pequeño Jhalex, cuyo amor y ternura iluminan mi vida y me recuerdan la importancia de nunca rendirme.

A mi amado padre, José Domínguez, por su ejemplo, su apoyo incondicional y sus consejos siempre acertados. Gracias por enseñarme a perseverar y a enfrentar los desafíos con valor y humildad.

A mi jefe y mentor, Samir Navarro, por su respaldo constante, sus palabras de aliento y sus enseñanzas que me impulsaron a seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles.

Este logro no es solo mío, sino de quienes han estado a mi lado, brindándome amor, guía y esperanza.

Sindylenis Domínguez

RESUMEN

El presente trabajo de grado evaluó los aportes del método de Rood en la reeducación neuromuscular de pacientes con parálisis facial periférica (PFP) atendidos en el Departamento de Fisioterapia del Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega, Veraguas, Panamá, entre agosto y octubre de 2025. Se intervino a 7 pacientes (5 mujeres y 2 hombres, edades 34-65 años) en fase subaguda/crónica temprana mediante un protocolo que combinó técnicas de facilitación e inhibición del método de Rood (cepilleo rápido, tapping, presión mantenida, estímulos térmicos), magnetoterapia y ejercicios activos frente al espejo durante 15-20 sesiones.

Los resultados mostraron mejoría significativa: el promedio de fuerza muscular facial (escala Daniels 0-3) pasó de 1.6 a 2.8 puntos (+75 %), el dolor/molestia (EVA 0-10) disminuyó de 6.29 a 2.0 puntos (-68 %), y el 85.7 % (6/7) alcanzó grados I-II en la escala House-Brackmann (recuperación completa o con secuelas mínimas). Se logró cierre ocular completo en todos los casos y recuperación de la simetría facial.

Como producto final se diseñó y propuso la “Guía domiciliaria de auto-reeducación facial con técnica de la cucharita fría y ejercicios simplificados del método de Rood” para prevenir sincinesias y mantener los logros a largo plazo.

Palabras clave: parálisis facial periférica, método de Rood, reeducación neuromuscular facial, fisioterapia facial, estimulación sensorial, House-Brackmann, guía domiciliaria, Panamá.

Abstract

This undergraduate thesis evaluated the contributions of the Rood approach in neuromuscular re-education of patients with peripheral facial palsy (PFP) treated at the Physiotherapy Department of Dr. Luis “Chicho” Fábrega Regional Hospital, Veraguas, Panama, from August to October 2025. Seven patients (5 females, 2 males; aged 34-65 years) in subacute/early chronic phase were treated with a protocol combining Rood facilitation and inhibition techniques (quick brushing, tapping, maintained pressure, thermal stimuli), magnetotherapy, and mirror-guided active exercises over 15-20 sessions.

Results showed significant improvement: mean facial muscle strength (Daniels scale 0-3) increased from 1.6 to 2.8 (+75 %), pain/discomfort (VAS 0-10) decreased from 6.29 to 2.0 (-68 %), and 85.7 % (6/7) achieved House-Brackmann grades I-II (complete or near-complete recovery). Complete eye closure was achieved in all cases, along with restoration of facial symmetry.

As a final product, a “Home-based Facial Self-Re-education Guide using the cold-spoon technique and simplified Rood exercises” was designed and proposed to prevent synkinesis and maintain long-term outcomes.

Keywords: peripheral facial palsy, Rood approach, facial neuromuscular re-education, facial physiotherapy, sensory stimulation, House-Brackmann, home-based guide, Panama.

CONTENIDO GENERAL

Página

INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I: MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	18
1.1 Antecedentes	18
1.2 Justificación	20
1.3 Descripción institucional	21
1.4 Objetivos generales y específicos	22
1.5 Población beneficiaria	22
1.6 Cronograma de actividades	23
CAPÍTULO II. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	16
2.1 Actividades	16
2.1.1 Marco teórico	18
2.2 Portafolio de actividades	31
CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	39
3.1. Análisis de resultados	39
3.2. PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	47
3.2.1. Introducción.....	48
3.2.2. Marco de referencia	48
3.2.4. Objetivos.....	49
3.2.5. Beneficiarios.....	50
3.2.6. Intervención.....	50
CONCLUSIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXO	57
ÍNDICE DE CUADROS	74
ÍNDICE DE FIGURAS	76
ÍNDICE DE GRÁFICAS	80

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica representa un problema de salud significativo en la población panameña. En el Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega se atendieron 117 pacientes con esta condición durante 2024. Esta afección afecta la expresión facial, el cierre ocular y la función social de quien la padece. La recuperación requiere intervenciones fisioterapéuticas especializadas que vayan más allá del tratamiento farmacológico.

Este informe documenta una práctica profesional de 8 semanas ejecutada entre el 25 de agosto y el 17 de octubre de 2025 en el Departamento de Fisioterapia del hospital. La práctica se enfocó en evaluar los aportes del método de Rood en la reeducación neuromuscular de pacientes con parálisis facial periférica.

El método de Rood ofrece una ventaja única: combina técnicas de facilitación e inhibición del movimiento. Esta característica permite abordar tanto la debilidad muscular como las complicaciones asociadas, incluyendo sincinesias y contracturas. Durante la práctica se trabajó con 7 pacientes en fase subaguda o crónica temprana, aplicando un protocolo que integró técnicas de estimulación sensorial, magnetoterapia y ejercicios de reeducación facial.

El documento presenta tres capítulos. El primero establece el marco de referencia institucional, incluyendo antecedentes del método de Rood, justificación del estudio, descripción del hospital, objetivos y cronograma de actividades. El segundo capítulo describe las actividades realizadas durante la práctica, el marco teórico sobre anatomía facial y el método de Rood, y el portafolio de casos clínicos tratados. El tercer capítulo analiza los resultados obtenidos mediante escalas estandarizadas de evaluación facial y presenta una propuesta de guía domiciliaria para mantener los logros terapéuticos.

Esta experiencia permitió integrar conocimientos teóricos con la práctica clínica supervisada. Los pacientes fueron evaluados y tratados siguiendo protocolos basados en evidencia científica. Cada caso recibió atención personalizada desde la valoración inicial hasta el alta, documentando la evolución mediante instrumentos de medición validados.

La práctica profesional representa una oportunidad para desarrollar competencias clínicas esenciales. El contacto directo con pacientes, la aplicación de evaluaciones especializadas, la implementación de tratamientos y el seguimiento de resultados constituyen experiencias formativas que consolidan la preparación profesional del fisioterapeuta en formación.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

1.1 Antecedentes

El método de Rood, desarrollado por Margaret Rood en la década de 1950, representa una de las contribuciones más significativas al campo de la neurorrehabilitación moderna. La técnica de Rood se puede categorizar como un método de facilitación e inhibición del movimiento lo cual lo hace interesante sobre muchos otros métodos fisioterapéuticos que solo logran uno de los dos efectos (Vargas Sossa et al., 2006). Esta característica dual posiciona al método como una herramienta terapéutica versátil y altamente especializada para el tratamiento de diversas condiciones neurológicas.

La fundamentación teórica del método se basa en principios neurofisiológicos sólidos que reconocen la importancia de la estimulación sensorial en la modulación de respuestas motoras. El concepto Rood emplea los principios de inhibición y facilitación, pero además tiene en cuenta la activación del músculo esquelético, diferenciándose así de otros enfoques terapéuticos tradicionales (Vargas Sossa et al., 2006). Este innovador enfoque, sin duda, presentó la noción de que la rehabilitación neurológica puede ser, por supuesto, facilitada mediante la implementación cuidadosa de estímulos sensoriales concretos.

En años recientes, el método ha evolucionado incorporando avances en neurociencia, aplicándose efectivamente en patologías neurológicas. Por ejemplo, en comparación con el concepto Bobath, el método Rood muestra mejores resultados en el manejo de parálisis cerebral, mientras que Bobath es más efectivo en secuelas de enfermedad cerebrovascular (Vargas Sossa et al., 2006). Las técnicas fundamentales del método incluyen diversos enfoques de estimulación sensorial que han sido validados científicamente. Esta técnica funciona disminuyendo el espasmo muscular protector, incrementando la excursión de

tejidos blandos y facilitando posturas normales, siendo también efectiva en alteraciones del aparato osteomuscular (Vargas Sossa et al., 2006). La variedad de técnicas disponibles permite una personalización del tratamiento según las necesidades específicas de cada paciente.

Un foco específico es la parálisis facial periférica, una afección reconocida desde la antigüedad, cuya terapia ha avanzado significativamente desde finales del siglo XX. La evidencia indica que la fisioterapia reduce la falta de recuperación y mejora el puntaje en el sistema de clasificación facial de Sunnybrook, aunque persiste incertidumbre sobre su impacto en secuelas (Yamamoto et al., 2023). Un metanálisis de 789 pacientes mostró que la fisioterapia temprana disminuye el riesgo de falta de recuperación en un 49% (RR 0.51, IC 95% 0.31-0.83) y aumenta el puntaje de Sunnybrook en 12.7 puntos (IC 95% 3.11-21.02), favoreciendo recuperaciones completas.

La literatura, aunque limitada, respalda la fisioterapia para acelerar la recuperación y minimizar efectos adversos en parálisis facial idiopática, abordando aspectos funcionales, psicosociales y diarios (Menchetti et al., 2024). Investigaciones recientes han documentado el crecimiento exponencial en rehabilitación física, destacando su superioridad sobre tratamientos exclusivamente farmacológicos, especialmente en terapia de ejercicios faciales (Khan et al., 2022).

Análisis exhaustivos confirman la eficacia de enfoques neuromusculares y de estimulación sensorial, subrayando la necesidad de intervenciones fisioterapéuticas especializadas y tempranas (Ferreira et al., 2020). En conjunto, estos hallazgos validan el método Rood como herramienta versátil, respaldada por evidencia científica sólida para mejorar resultados en condiciones neurológicas.

1.2 Justificación

Datos extraídos del registro estadístico del Departamento de Fisioterapia del Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega de 2024 exhibieron una demanda notable en el cuidado de individuos con parálisis facial periférica. La información estadística institucional del mismo año demostró que cerca de 117 pacientes con esta condición fueron tratados y rehabilitados, señalando una importante carga asistencial que clama por enfoques terapéuticos mejorados y sustentados por evidencia científica.

La importancia clínica se basa en la eficacia probada del método para manejar aspectos tanto de facilitación como de inhibición neuromuscular, que es muy útil en el tratamiento de los problemas derivados de la parálisis facial, incluso las sincinesias y contracturas musculares. La parálisis facial periférica tiene un impacto grande no solo en la función física, sino también en los aspectos psicológicos, sociales y económicos de los pacientes.

Desde un punto de vista económico, aplicar métodos terapéuticos más efectivos posiblemente disminuye los costos que implica el tratamiento largo, problemas añadidos, y la posibilidad de tener que realizar operaciones correctivas. El compromiso institucional con la innovación y la actualización permanente de la infraestructura y los recursos tecnológicos, con el propósito de elevar el nivel de atención y optimizar la calidad de los servicios, respalda la necesidad de desarrollar competencias especializadas en neurorrehabilitación que posicionen a la institución como referente regional en el manejo integral de la parálisis facial periférica.

La formación de recursos humanos especializados en la aplicación del método de Rood representa una inversión estratégica en el desarrollo de competencias institucionales que trascienden el ámbito asistencial inmediato, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud en su conjunto.

1.3 Descripción institucional

El Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, situado en la provincia de Veraguas, Panamá, se constituye como una institución de referencia en materia de salud para esta región y de áreas vecinas, incluidas provincias y comarcas aledañas. Su labor principal es ofrecer atención médica integral, que abarca desde los servicios de urgencias hasta especialidades como cirugía general, neurología, pediatría, cardiología y otras áreas de alta complejidad, respondiendo tanto a necesidades básicas como a requerimientos que exigen tecnología avanzada.

Además de su rol asistencial, el hospital cumple una función académica, al apoyar la formación de futuros profesionales de la salud en disciplinas como medicina y enfermería. De esta manera, contribuye al fortalecimiento de competencias científicas, técnicas y humanas en el personal en formación. En paralelo, mantiene un compromiso permanente con la innovación y la actualización de su infraestructura y equipos médicos, lo que le permite garantizar servicios de mayor calidad.

Su misión institucional contempla la atención tanto de pacientes asegurados como no asegurados, fomentando el acceso universal y la equidad en la prestación de servicios. Asimismo, orienta sus esfuerzos hacia un modelo de atención centrado en la persona, que considera dimensiones físicas, emocionales y sociales en el proceso de recuperación.

MISIÓN

Proveer servicios hospitalarios de segundo nivel: El hospital busca ofrecer atención médica especializada para la población de la región.

Consolidar la Red Nacional de Salud Pública: Su existencia busca fortalecer el sistema de salud panameño, especialmente en el interior del país.

VISIÓN

Mejorar la salud de la población de Veraguas: Un propósito que se relaciona directamente con su acción de brindar servicios de salud.

Ser un centro hospitalario modelo en el interior: Al ser una instalación moderna y con alta capacidad, se proyecta como un referente en el servicio de salud para la región.

1.4 Objetivos generales y específicos

Objetivo General

Evaluar los aportes del método de Rood en la reeducación de la musculatura facial en pacientes con parálisis facial periférica atendidos en el hospital regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto a octubre 2025

Objetivos Específicos

- Caracterizar el perfil epidemiológico y clínico (edad, género, signos y síntomas iniciales) de los pacientes con parálisis facial periférica.
- Evaluar los signos y síntomas iniciales mediante escalas estandarizadas (House-Brackmann, Daniels, EVA).
- Implementar un protocolo terapéutico basado en el método de Rood combinado con ejercicios faciales.
- Comparar los resultados iniciales y finales para determinar la efectividad del método.
- Elaborar recomendaciones prácticas y una propuesta de programa complementario para la institución.

1.5 Población beneficiaria

Población directa

La población beneficiaria directa de esta investigación está constituida por los pacientes diagnosticados con parálisis facial periférica que reciben atención en el

Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega. Según datos institucionales del 2024, esta población asciende a aproximadamente 117 pacientes, representando un grupo significativo que puede beneficiarse de la implementación de metodologías terapéuticas optimizadas.

Población indirecta

La población beneficiaria indirecta incluye a los familiares y cuidadores de estos pacientes, quienes experimentan un impacto positivo derivado de la mejora en la funcionalidad y calidad de vida de sus seres queridos. Adicionalmente, el personal de salud de la institución se beneficia del desarrollo de competencias especializadas y la disponibilidad de protocolos de tratamiento basados en evidencia científica.

1.6 Cronograma de Actividades

Cuadro N°1: Cronograma de actividades realizadas en la práctica profesional.

Cronograma de actividades										
Actividades	Semanas de ejecución									Observaciones
	Agosto	Septiembre				Octubre				
	1S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	
Inicio de práctica profesional										Lunes 25 de agosto del 2025, inicio de práctica profesional.
Ingreso de pacientes para evaluación										Se evalúan todos los pacientes de diferentes enfermedades para escoger el tema.
Elección del tema para trabajo de grado.										Se elabora el tema APORTES DEL MÉTODO DE ROOD EN LA REDUCACIÓN DE

										LA MUSCULATURA EN PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA
Aplicación de método de Rood										Se pone en práctica los tratamientos escogidos.
Reevaluación de los pacientes.										Se reevalúa a los pacientes para saber la efectividad del tratamiento realizado.
Otros tratamientos realizados										Se realizan tratamientos de otras patologías.

CAPÍTULO II
DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA
PROFESIONAL

CAPÍTULO II. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

2.1 Actividades

La práctica profesional se desarrolló en las instalaciones del Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, específicamente en el Departamento de Fisioterapia ubicado en Santiago de Veraguas, durante el período comprendido entre el 25 de agosto y el 16 de octubre de 2024, con una duración total de 320 horas distribuidas de lunes a viernes en horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., lo que representa aproximadamente 8 semanas de intervención clínica intensiva.

Las actividades fueron supervisadas por la profesora de práctica durante todo el tiempo de ejecución, quien orientó el proceso de aprendizaje y desarrollo de competencias profesionales. La primera semana se enfocó principalmente en la adaptación al entorno hospitalario, familiarización con los equipos terapéuticos disponibles, observación del protocolo de atención, y realización de evaluaciones de pacientes con diferentes patologías para seleccionar el tema de investigación. Este período de inducción permitió comprender la dinámica institucional, conocer los procedimientos de evaluación y tratamiento, y desarrollar habilidades de comunicación terapéutica con los pacientes.

Durante la segunda semana se realizó la selección definitiva del tema de investigación, optando por el estudio de los aportes del método de Rood en la reeducación de la musculatura en pacientes con parálisis facial periférica. Posteriormente, se inició la aplicación sistemática del tratamiento fisioterapéutico a los pacientes muestra seleccionados.

Las semanas comprendidas de la 3 a la 7 representaron el período de intervención y seguimiento de la práctica profesional. El foco principal se mantuvo en la aplicación sistemática del Método de Rood en los siete pacientes seleccionados

con parálisis facial periférica (PFP), siguiendo un protocolo preestablecido basado en técnicas de estimulación superficial. En ese tiempo, la sesión de fisio fue diseñado para revisar cada semana cómo iban los movimientos y qué tanta fuerza tenía los músculos de la cara.

Semana 8: La última semana de las prácticas profesionales se dedicó a la última revisión y el resumen de los resultados. Se volvieron a evaluar bien a los siete pacientes que eran parte del estudio, usando las mismas herramientas del principio para saber si el Método de Rood había funcionado.

Además, en este tiempo también se hicieron otras cosas en la institución y la comunidad, como organizar y crear dos murales en el Departamento de Fisioterapia, para hablar del cáncer de mama y de próstata, ayudando a promover la salud en la institución.

Los casos más vistos en fisio fueron gente con dolor de cuello, dolor de espalda baja, fascitis plantar y parálisis facial. Cada licenciado del departamento atendía un estimado de 18 pacientes con turnos programados por semana, reflejando la alta demanda asistencial del servicio.

Los pacientes de muestra elegidos para esta investigación fueron un total de 7 pacientes diagnosticados con parálisis facial periférica, a los cuales se les aplicó el mismo protocolo de tratamiento, que incluyó magnetoterapia, técnicas del método de Rood, y ejercicios de reeducación muscular facial.

Para la selección definitiva de los siete (7) pacientes que conformaron la muestra de estudio para evaluar los aportes del Método de Rood, se establecieron los siguientes criterios de elegibilidad, basados en el diagnóstico clínico y las condiciones de salud coexistentes.

Criterios de Inclusión

- Diagnóstico confirmado de parálisis facial periférica
- Edad entre 34 y 65 años
- Fase subaguda o crónica temprana
- Consentimiento informado firmado

Criterios de exclusión

- Parálisis facial central
- Secuelas severas que requieran cirugía
- Patologías neurológicas graves asociadas
- Enfermedades crónicas descompensadas

2.1.1 Marco teórico

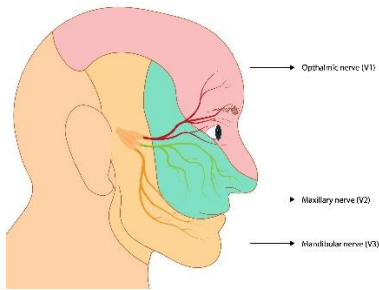
2.1.1.1 Anatomía y Fisiología del Nervio Facial (VII Par Craneal)

El nervio facial (VII par craneal) es un nervio mixto, lo que significa que contiene fibras motoras, sensitivas y parasimpáticas. Es fundamental para la expresión emocional y las funciones glandulares de la cara (Moore et al., 2017).

2.1.1.2. Origen, trayecto y ramas colaterales

El nervio facial tiene su origen aparente en el surco bulbopontino (o pontobulbar) del tronco encefálico. Presenta dos raíces: la raíz motora (el nervio facial propiamente dicho) y el nervio intermedio (que contiene las fibras sensitivas y parasimpáticas) (García-Estrada et al., 2019).

Figura N°1: Anatomía del nervio facial



Fuente: Clínicas de dolor puebla (2023)

Su trayecto es complejo y se divide en varios segmentos:

- Trayecto Intracraneal: El nervio emerge del tronco encefálico, cruza el espacio subaracnoideo y entra al conducto auditivo interno (CAI) en el hueso temporal junto al nervio vestibulococlear (VIII par) (Snell, 2010).
- Trayecto intrapetroso: Dentro del hueso temporal, atraviesa el Acueducto de Falopio. A la altura de la primera curvatura (la rodilla externa), forma el ganglio geniculado. Durante su recorrido intrapetroso, emite importantes ramas colaterales que explican síntomas asociados a la PFP, tales como:
 - Nervio petroso superficial mayor: Fibras parasimpáticas que regulan la secreción de la glándula lagrimal. Su afectación causa sequedad ocular.
 - Nervio del músculo del estribo (estapedio): Inerva este músculo en el oído medio. Su parálisis provoca hiperacusia.
 - Cuerda del tímpano: Contiene fibras gustativas para los dos tercios anteriores de la lengua, y fibras parasimpáticas para las glándulas submandibular y sublingual. Su lesión causa ageusia (pérdida del gusto) (Snell, 2010).
- Trayecto extratemporal: El nervio abandona el cráneo a través del agujero estilomastoideo, momento en el que pasa a ser un nervio motor casi exclusivo para la expresión facial. Inmediatamente después de salir, atraviesa la glándula parótida (sin inervarla) y se divide en sus cinco ramas terminales principales, conformando el llamado plexo parotídeo (Moore et al., 2017).

2.1.1.3. Músculos inervados (Músculos de la Mímica)

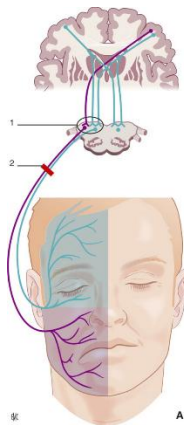
La función motora somática principal del nervio facial es la inervación de la totalidad de los músculos cutáneos de la cara y del cuello (músculos de la mímica o expresión facial), lo que permite gestos como sonreír, fruncir el ceño, parpadear o silbar.

2.1.2 Parálisis facial periférica (PFP)

2.1.2.1 Concepto y Etiología

La Parálisis Facial Periférica (PFP), comúnmente conocida como Parálisis de Bell, es un trastorno neuromuscular que surge como consecuencia de la afección aguda del nervio facial (VII par craneal) a nivel periférico (BVS, 2020). Esta lesión provoca una alteración en el movimiento de la musculatura del rostro (BVS, 2020). Aunque la PFP es mayormente idiopática, diversos estudios sugieren que su aparición puede estar relacionada con factores de riesgo como el estrés, cambios emocionales bruscos, o condiciones preexistentes como la diabetes e hipertensión (FisioClinics Bilbao, s.f.; Meza Cruz, 2025).

Figura N°2: Parálisis facial periférica



Fuente: Tomado de Devèze et al., 2013

2.1.2.2 Cuadro Clínico y Sintomatología

La PFP se manifiesta principalmente por una asimetría facial notable, ya que la mitad de la cara afectada permanece en reposo o con movilidad limitada, mientras que el lado sano puede presentar una hiperactividad (FisioClinics Bilbao, s.f.).

Los síntomas clínicos más relevantes incluyen (FisioClinics Bilbao, s.f.; BVS, 2020):

- Dificultad o incapacidad para realizar movimientos faciales como cerrar el ojo (músculo orbicular de los ojos), elevar la ceja (músculo frontal), o gesticular la boca.
- Asimetría en reposo y al realizar movimientos voluntarios.
- Babeo o salida de saliva de la boca debido a la debilidad del músculo orbicular de la boca.
- En algunos casos, puede presentarse dolor en la región lateral de la cara o una alteración de la sensibilidad.

2.1.3 Intervención fisioterapéutica

2.1.3.1 Evaluación fisioterapéutica

Evaluación

Se realizó una evaluación exhaustiva a cada paciente en su primera sesión, que incluyó:

a) Datos generales del paciente (ver anexo 1)

Se registraron datos de identificación, edad, sexo, ocupación, tiempo de evolución de la parálisis, lateralidad afectada y médico referente.

b) Valoración del dolor y molestia

Se aplicó la Escala Visual Analógica (EVA 0-10) para cuantificar el nivel de dolor o molestia facial. Los pacientes describían sensación de tirantez, pesadez o incomodidad al intentar mover la cara. El promedio inicial fue de 6.29 puntos, con un rango entre 5 y 8 puntos.

Figura N°3: Escala Visual Análoga (EVA)



Fuente: Asociación Andaluza del Dolor, 2013

c) Evaluación de la función muscular facial

Se utilizó la Escala de Daniels modificada para músculos faciales (0-3), evaluando cinco regiones musculares principales:

- Músculo frontal (elevación de cejas)
- Músculo orbicular de los ojos (cierre ocular)
- Músculo nasal (arrugar nariz)
- Músculo cigomático mayor (sonrisa)
- Músculo orbicular de la boca (protrusión labial, silbar)

Escala de Daniels para músculos faciales:

0 = Sin contracción visible

1 = Contracción visible o palpable, sin movimiento

2= Movimiento completo sin resistencia

3 = Movimiento completo contra resistencia leve

El promedio inicial de fuerza muscular fue de 1.8 puntos en la escala de Daniels.

d) Clasificación de severidad

Se aplicó la Escala de House-Brackmann (grados I a VI) para determinar el grado de afectación funcional global. Los resultados iniciales mostraron:

3 pacientes en grado III (disfunción moderada)

4 pacientes en grado IV (disfunción moderadamente severa)

Figura N.º 4: Escala De House Brackmann Para Clasificar La Parálisis Facial Periférica.

ESCALA DE HOUSE BRACKMANN PARA CLASIFICAR LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA
Neurología

Grado	Descripción	Características
I	Normal	Función normal en todas las áreas
II	Disfunción leve	Debilidad muscular notoria solo en la exploración
III	Disfunción moderada	Deficiencia obvia, pero no desfigurante entre ambos lados de la cara
IV	Disfunción moderadamente severa	Asimetría desfigurante
V	Disfunción severa	Escaso movimiento perceptible
VI	Parálisis total	Sin movimiento

Fuente: MedClub, 2019

e) Evaluación de movimientos específicos

Se valoró la capacidad de realizar movimientos faciales funcionales:

- Cierre ocular completo (protección corneal)
- Elevación de cejas
- Sonrisa simétrica
- Inflar mejillas
- Protrusión labial (beso, silbar)
- Arrugar nariz

f) Exploración de signos asociados

Se evaluó la presencia de:

- Lagofthalmos (imposibilidad de cerrar el ojo completamente)
- Signo de Bell (desviación del ojo hacia arriba al intentar cerrarlo)
- Desviación de la comisura labial
- Pérdida del surco nasogeniano
- Babeo o escape de saliva
- Dificultad para masticar del lado afectado

Evaluación

Se realizó al completar el protocolo de tratamiento (entre 15 y 20 sesiones según el caso), aplicando los mismos instrumentos de medición para comparar resultados:

a) Valoración del dolor (EVA)

El promedio final fue de 2.0 puntos, con una reducción promedio de 4.29 puntos respecto a la evaluación inicial.

b) Función muscular facial (Daniels 0-3)

El promedio final fue de 2.8 puntos, con una ganancia promedio de 1.0 punto en todos los pacientes. Todos lograron al menos grado 2 (movimiento completo) en todas las regiones musculares evaluadas.

c) Clasificación House-Brackmann

Los resultados finales mostraron:

4 pacientes alcanzaron grado I (función normal)

2 pacientes alcanzaron grado II (disfunción leve)

2.1.3.2 OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Restablecer la función neuromuscular facial mediante la aplicación del Método de Rood combinado con terapias complementarias.

- Normalizar el tono muscular de la hemicara afectada
- Recuperar la fuerza muscular facial (alcanzar grado 2-3 en escala de Daniels)
- Lograr cierre ocular completo para protección corneal
- Recuperar la simetría facial en reposo y durante movimientos voluntarios
- Eliminar o reducir el dolor y la sensación de tirantez (EVA menor a 2)
- Prevenir la aparición de sincinesias y contracturas residuales
- Alcanzar grado I o II en la escala de House-Brackmann
- Mejorar la calidad de vida y la autoestima del paciente

2.1.3.3 PROTOCOLO DE TRATAMIENTO APLICADO

El tratamiento se estructuró en sesiones de 45 minutos, con una frecuencia de 3 a 5 sesiones semanales, durante un período de 5 a 8 semanas según la evolución de cada paciente.

A) PRINCIPIOS DEL MÉTODO DE ROOD

El Método de Rood se fundamenta en cuatro principios neurofisiológicos básicos que guiaron toda la intervención:

1. Principio de facilitación neuromuscular

La facilitación consiste en aplicar estímulos sensoriales específicos para activar respuestas motoras en músculos débiles o con actividad disminuida. En los pacientes con parálisis facial periférica, los músculos de la hemicara afectada presentan hipotonía y debilidad. Para facilitar su activación se utilizaron estímulos táctiles rápidos y precisos que aumentan la excitabilidad de las motoneuronas.

2. Principio de inhibición neuromuscular

La inhibición busca disminuir la actividad muscular excesiva o espástica. Aunque la parálisis facial periférica cursa principalmente con debilidad, algunos pacientes desarrollan contracturas o sincinesias durante la recuperación. En estos casos se aplicaron técnicas inhibitorias como presión mantenida y estímulos térmicos fríos para relajar la musculatura hiperactiva.

3. Principio de estimulación sensorial

El sistema nervioso responde a estímulos sensoriales específicos (táctiles, térmicos, propioceptivos) que pueden modular la actividad motora. Margaret Rood identificó que diferentes tipos de estímulos producen respuestas motoras predecibles. En este tratamiento se utilizaron principalmente estímulos táctiles superficiales y térmicos.

4. Principio de desarrollo ontogenético

Este principio establece que la recuperación motora debe seguir la secuencia del desarrollo normal del movimiento. Aunque en parálisis facial este principio se adapta de forma diferente que, en otras patologías neurológicas, se respetó la progresión desde movimientos simples hacia patrones más complejos de expresión facial.

B) TÉCNICAS DEL MÉTODO DE ROOD APLICADAS

1. Cepilleo rápido (Quick Brushing)

Fundamento: El cepilleo rápido es una técnica de facilitación que utiliza estímulos táctiles superficiales y rápidos para aumentar la excitabilidad de las motoneuronas y facilitar la contracción muscular.

Aplicación práctica:

Se utilizó un cepillo de cerdas suaves o las yemas de los dedos para realizar movimientos rápidos y repetitivos sobre la piel de la hemicara afectada, siguiendo el trayecto de las fibras musculares.

Procedimiento:

Duración: 30 a 60 segundos por región muscular

Frecuencia: 3 series por sesión

Zonas aplicadas: frente (músculo frontal), párpado (orbicular de los ojos), mejilla (cigomático mayor), región perioral (orbicular de la boca)

Dirección: siguiendo la orientación de las fibras musculares

Intensidad: presión leve, velocidad rápida

Respuesta esperada: Aumento de la sensibilidad cutánea, sensación de hormigueo, facilitación de la contracción voluntaria posterior.

2. Toque rápido (Quick Tapping)

Fundamento: El tapping consiste en toques breves y repetitivos sobre el vientre muscular para estimular directamente las fibras musculares y facilitar su contracción.

Aplicación práctica:

Se aplicaron toques rápidos con las yemas de los dedos (índice y medio) directamente sobre los músculos faciales débiles.

Procedimiento:

Duración: 20 a 30 segundos por músculo

Frecuencia: 2 a 3 series por sesión

Músculos aplicados: frontal, orbicular de los ojos, cigomático mayor, orbicular de la boca

Técnica: toques rápidos y ligeros, ritmo constante

Momento: inmediatamente antes de solicitar contracción voluntaria

Respuesta esperada: Facilitación de la respuesta motora voluntaria, mejora en la fuerza de contracción.

3. Presión mantenida (Maintained Pressure)

Fundamento: La presión sostenida sobre un músculo o grupo muscular produce un efecto inhibitorio, reduciendo la hiperactividad, las sincinesias y las contracturas.

Aplicación práctica:

Se aplicó presión suave y sostenida con la palma de la mano o los dedos sobre regiones faciales que presentaban contractura o movimientos involuntarios asociados.

Procedimiento:

Duración: 3 a 5 minutos por región

Frecuencia: 1 a 2 veces por sesión cuando era necesario

Zonas aplicadas: región perioral cuando había sincinesias, región frontal cuando había contractura

Intensidad: presión suave pero firme, comfortable para el paciente

Momento: cuando se detectaban sincinesias o tensión excesiva

Respuesta esperada: Relajación muscular, disminución de movimientos involuntarios, reducción de la sensación de tirantez.

4. Estímulos térmicos: frío (Icing)

Fundamento: El frío tiene un efecto dual. Aplicado de forma breve produce facilitación inicial, mientras que aplicado de forma prolongada genera inhibición y analgesia.

Aplicación práctica:

Se utilizó hielo envuelto en una toalla fina o compresas frías para aplicar sobre la hemicara afectada.

Procedimiento:

Duración: 5 minutos

Frecuencia: al inicio de la sesión cuando había dolor intenso

Zonas aplicadas: toda la hemicara afectada, con énfasis en zonas dolorosas

Técnica: aplicación suave en movimientos circulares lentos

Precaución: proteger la piel, evitar aplicación directa prolongada

Respuesta esperada: Disminución del dolor, reducción de la sensación de tirantez, efecto analgésico.

5. Estímulos térmicos: calor (Warmth)

Fundamento: El calor superficial produce vasodilatación, relajación muscular y facilita la realización posterior de ejercicios activos.

Aplicación práctica:

Se utilizaron compresas tibias húmedas aplicadas sobre la hemicara afectada antes de iniciar los ejercicios activos.

Procedimiento:

Duración: 5 a 8 minutos

Frecuencia: al inicio de cada sesión

Temperatura: tibia, comfortable (aproximadamente 38-40°C)

Zonas aplicadas: toda la hemicara afectada

Técnica: compresa húmeda envuelta en toalla

Respuesta esperada: Relajación muscular, aumento de la circulación local, preparación para el ejercicio.

TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Magnetoterapia

Fundamento: La magnetoterapia utiliza campos magnéticos de baja frecuencia para producir efectos analgésicos, antiinflamatorios y de mejora de la circulación local.

Aplicación práctica:

Se aplicó en todos los pacientes durante las primeras 1 a 2 semanas de tratamiento.

Procedimiento:

Duración: 10 minutos por sesión

Frecuencia: 15 Hz (baja frecuencia)

Colocación: electrodo circular sobre la región del agujero estilomastoideo (salida del nervio facial)

Momento: al inicio de cada sesión, antes de las técnicas de Rood

Objetivo: Disminuir la inflamación del nervio facial, reducir dolor y molestia, facilitar la recuperación neural.

Resultados observados: Los pacientes reportaron disminución de la sensación de tirantez y molestia después de las primeras sesiones con magnetoterapia.

Ejercicios activos frente al espejo

Fundamento: El espejo proporciona retroalimentación visual inmediata que permite al paciente corregir la simetría y mejorar el control motor voluntario. Esta técnica es fundamental en la reeducación neuromuscular facial.

Ejercicios realizados:

a) Cierre ocular lento y fuerte

Posición inicial: frente al espejo, relajado

Ejecución: cerrar lentamente ambos ojos, mantener 5 segundos con fuerza, abrir lentamente

Repeticiones: 10 repeticiones, 3 series

Objetivo: fortalecer orbicular de los ojos, lograr cierre completo, protección corneal

b) Elevación de cejas

Posición inicial: frente al espejo, cara relajada

Ejecución: elevar ambas cejas simultáneamente, mantener 3 segundos, relajar

Repeticiones: 10 repeticiones, 3 series

Objetivo: fortalecer músculo frontal, recuperar simetría en la frente

c) Sonrisa amplia mostrando dientes

Posición inicial: frente al espejo, boca cerrada

Ejecución: sonreír ampliamente mostrando los dientes, mantener 5 segundos, relajar

Repeticiones: 15 repeticiones, 3 series

Objetivo: fortalecer cigomático mayor, recuperar elevación de comisura labial, lograr sonrisa simétrica

d) Inflar mejillas y mantener

Posición inicial: frente al espejo, boca cerrada

Ejecución: tomar aire y inflar ambas mejillas simultáneamente, mantener 5 segundos sin escape de aire, soltar

Repeticiones: 10 repeticiones, 3 series

Objetivo: fortalecer orbicular de la boca, mejorar sellado labial

e) Protrusión labial (beso y silbido)

Posición inicial: frente al espejo, cara relajada

Ejecución: proyectar los labios hacia adelante como para dar un beso, mantener 3 segundos, relajar

Variante: intentar silbar suavemente

Repeticiones: 10 repeticiones, 3 series

Objetivo: fortalecer orbicular de la boca, mejorar función de protrusión.

Educación al paciente y familia

Se brindó educación sobre:

Anatomía básica del nervio facial

Mecanismo de la parálisis

Importancia de la continuidad del tratamiento

Masaje facial suave en casa: 3 veces al día, 5 minutos

Uso de lágrimas artificiales

Uso de parche ocular durante el sueño

Evitar exposición al viento frío directo

Masticar preferentemente del lado sano

Signos de alarma que requieren consulta inmediata

2.2 Portafolio de actividades

2.2.1 Actividades Clínicas

En esta sección se documentan las actividades realizadas durante el período de práctica profesional supervisada, las cuales fueron ejecutadas en el Departamento de Fisioterapia del Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega bajo la orientación de la profesora de práctica.

Evaluación de Pacientes con Parálisis Facial Periférica

Figura N° 5

Paciente de 42 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica izquierda grado IV House-Brackmann.



Figura N° 6

Paciente de 42 años en evaluación inicial. Intento de cierre ocular fuerte mostrando lagoftalmos completo del ojo izquierdo (grado IV House-Brackmann).



Figura N°7

Paciente de 42 años en evaluación inicial. Perfil izquierdo mostrando pérdida del tono muscular facial y aplanamiento del surco nasogeniano.



Figura N° 8

Paciente de 42 años tras 20 sesiones de tratamiento. Sonrisa amplia mostrando recuperación casi completa de la simetría (House-Brackmann I).

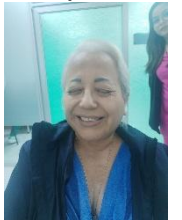


Figura N°9

Paciente de 42 años en reevaluación final. Cierre ocular fuerte bilateral completo, sin lagoftalmos (protección corneal lograda, House-Brackmann I).



Figura N° 10

Paciente de 65 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica izquierda grado IV House-Brackmann.



Figura N°11

Paciente de 65 años en fase inicial del tratamiento. Ejercicio activo de orbicular de la boca (protrusión labial) con marcada asimetría y debilidad izquierda.



Figura N°12

Paciente de 65 años en fase intermedia del tratamiento. Intento de sonrisa amplia mostrando recuperación parcial del elevador del ángulo bucal izquierdo.



Figura N°13

Paciente de 65 años en reevaluación final. Reposo facial con recuperación casi completa del tono muscular y simetría (House-Brackmann II)



Figura N°14

Paciente de 48 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica derecha grado V House-Brackmann (parálisis completa).



Figura N°15

Paciente de 48 años en evaluación inicial. Intento de cierre ocular fuerte mostrando lagoftalmos completo del ojo derecho (grado V House-Brackmann).



Figura N° 16

Paciente de 48 años tras sesiones de tratamiento. Cierre ocular fuerte bilateral completo, sin lagoftalmos (protección corneal lograda, House-Brackmann II).



Figura N°17

Paciente de 48 años en reevaluación final. Sonrisa amplia mostrando recuperación muy significativa de la movilidad y simetría (House-Brackmann II).



Figura N° 18

Paciente de 52 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica izquierda grado IV House-Brackmann.



Figura N°19

Paciente de 52 años en evaluación inicial. Intento de elevación frontal con asimetría marcada y debilidad izquierda (House-Brackmann IV).



Figura N°20

Paciente de 52 años tras varias sesiones. Cierre ocular fuerte bilateral completo, sin lagoftalmos (House-Brackmann I).



Figura N°21

Paciente de 52 años en reevaluación final. Sonrisa amplia con recuperación completa y simetría perfecta (House-Brackmann I).



Figura N°22

Paciente de 59 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica derecha grado V House-Brackmann.



Figura N°23

Paciente de 59 años en evaluación inicial. Intento de cierre ocular fuerte con lagoftalmos completo y exposición escleral del ojo derecho (House-Brackmann V).



Figura N°24

Paciente de 59 años tras sesiones de tratamiento. Sonrisa amplia con recuperación notable de la movilidad y simetría (House-Brackmann II).



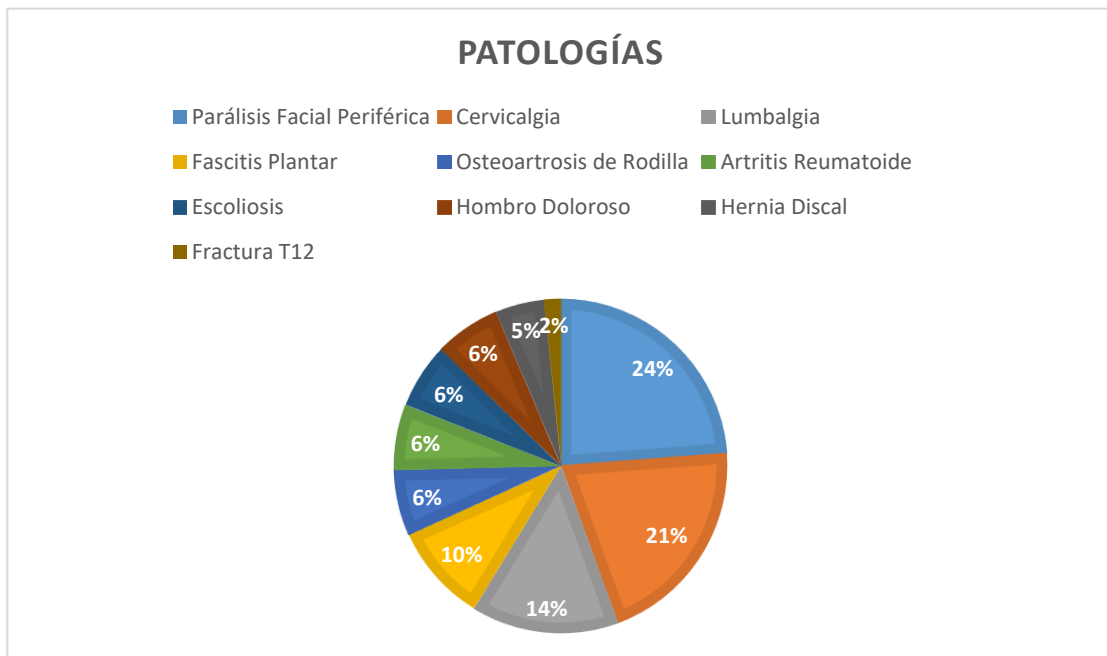
CAPÍTULO III
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE RESULTADOS

CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

La práctica profesional se desarrolló entre el 25 de agosto y el 16 de octubre de 2025 en el Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, específicamente en el Departamento de Fisioterapia ubicado en Santiago de Veraguas. Durante este período de 320 horas se realizó intervención fisioterapéutica en pacientes con diversas patologías, con énfasis particular en el estudio de los aportes del método de Rood en la reeducación de la musculatura facial en pacientes con parálisis facial periférica.

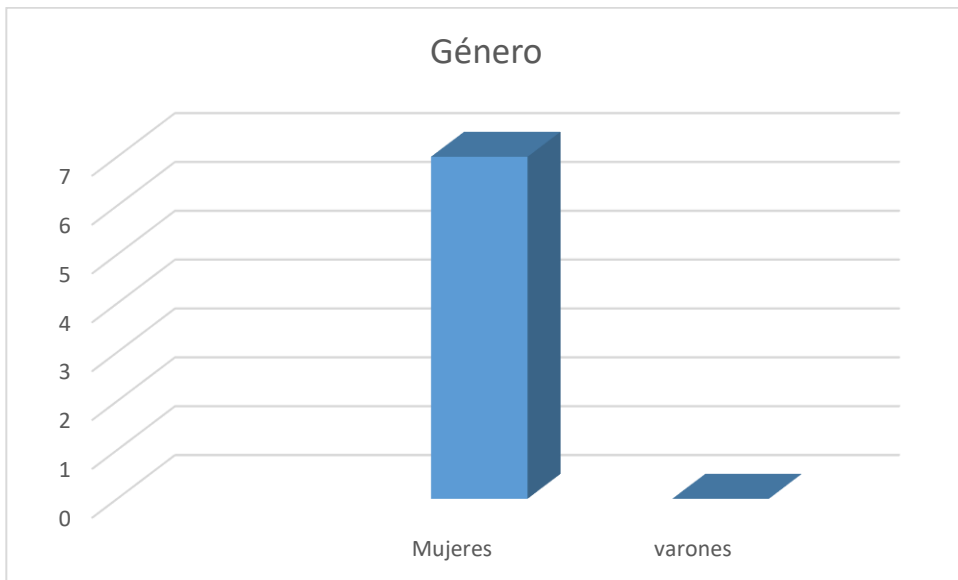
Gráfica N. 01 Distribución por patologías atendidas en el Departamento de Fisioterapia del Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, Veraguas, período agosto-octubre 2025.



Interpretación: Los datos muestran que la parálisis facial periférica representa una de las patologías más atendidas en el servicio de fisioterapia del hospital, con

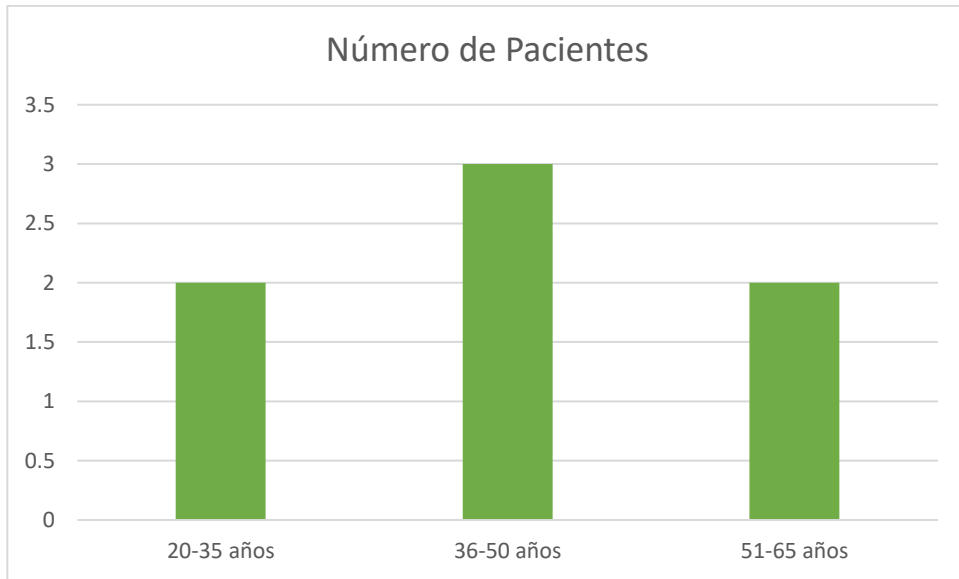
aproximadamente 24% casos durante el período de práctica, lo que evidencia la relevancia clínica del tema seleccionado para este trabajo.

Gráfica N. °2. Distribución por género de los pacientes con parálisis facial periférica tratados con el método de Rood en el Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega, agosto-octubre 2025



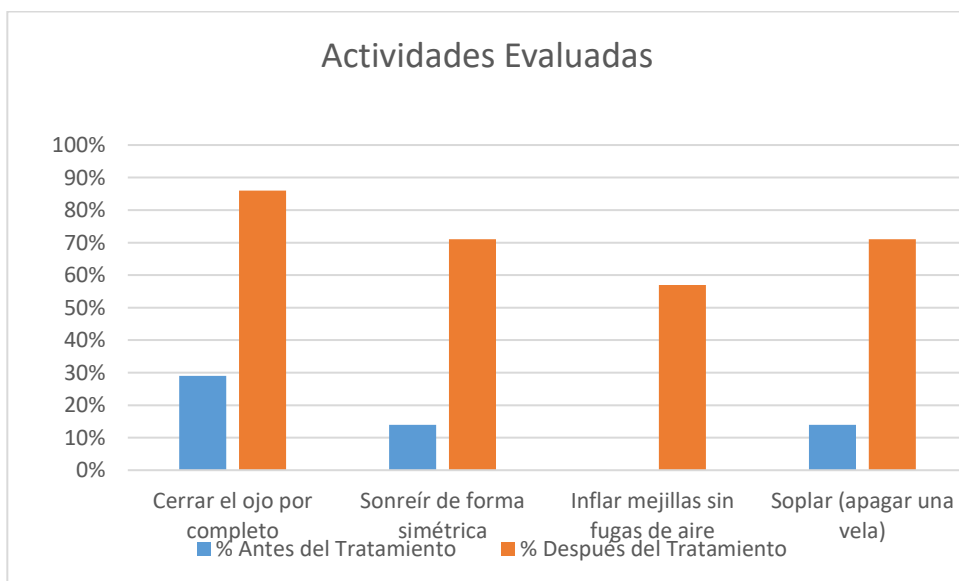
Interpretación: La muestra estuvo compuesta mujeres lo cual coincide con la literatura que reporta una ligera mayor incidencia de parálisis facial periférica en el sexo femenino.

Gráfica N°3: Distribución por grupos etarios de los pacientes con parálisis facial periférica incluidos en el estudio, Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega, agosto-octubre 2025



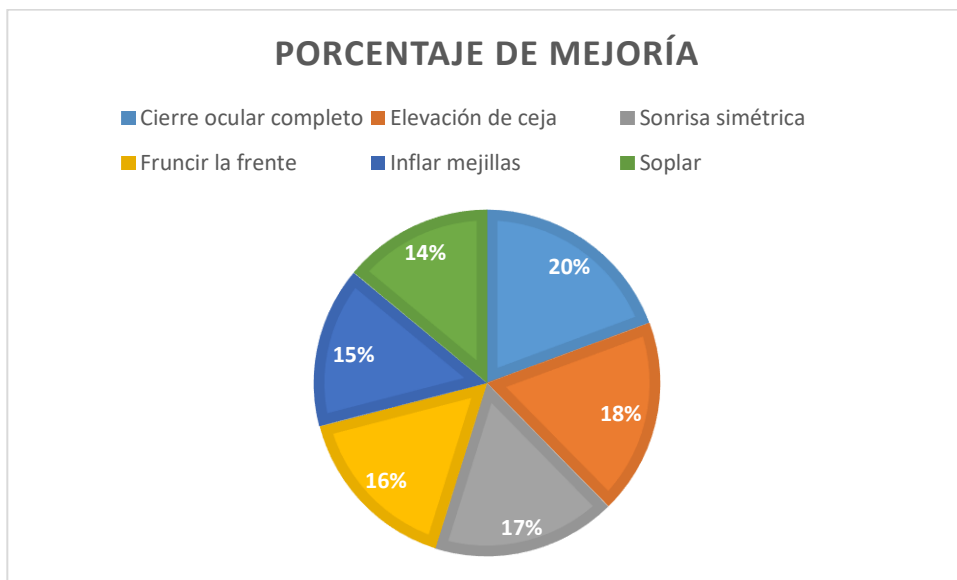
Interpretación: La mayor concentración de casos se encontró en el rango de 36 a 50 años (43%), seguido por los grupos de 20-35 y 51-65 años, con 2 pacientes cada uno (28.5%).

Gráfica N°4: Evaluación inicial y final de la capacidad funcional facial según actividades seleccionadas en 7 pacientes con parálisis facial periférica tratados con método de Rood, Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto-octubre 2025



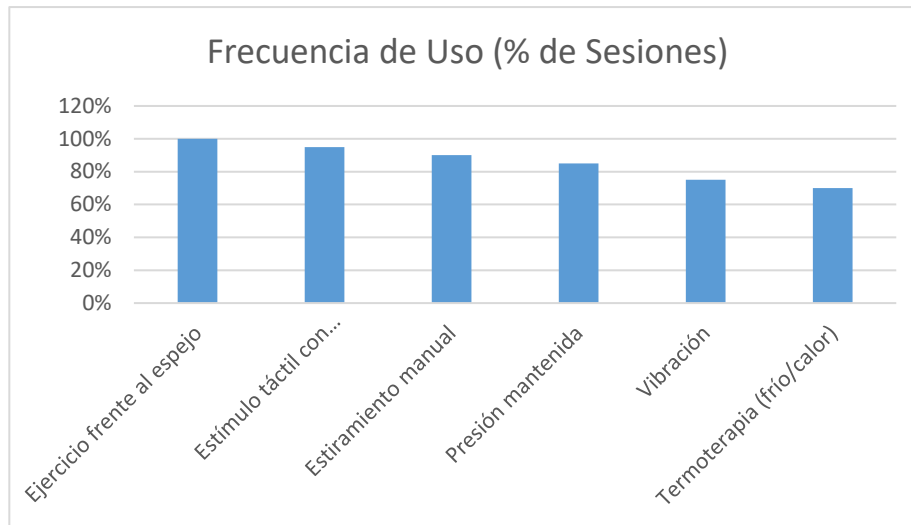
Interpretación: Tras la intervención, se duplicó y triplicó el porcentaje de pacientes capaces de realizar funciones faciales básicas. La mayor mejoría se observó en el cierre del ojo (protección corneal) y en la capacidad de sonreír, aspectos cruciales para la autoestima y la función social.

Gráfica N°5: Evaluación inicial y final de la amplitud de movimientos faciales específicos en 7 pacientes con parálisis facial periférica tratados con método de Rood, Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto-octubre 2025



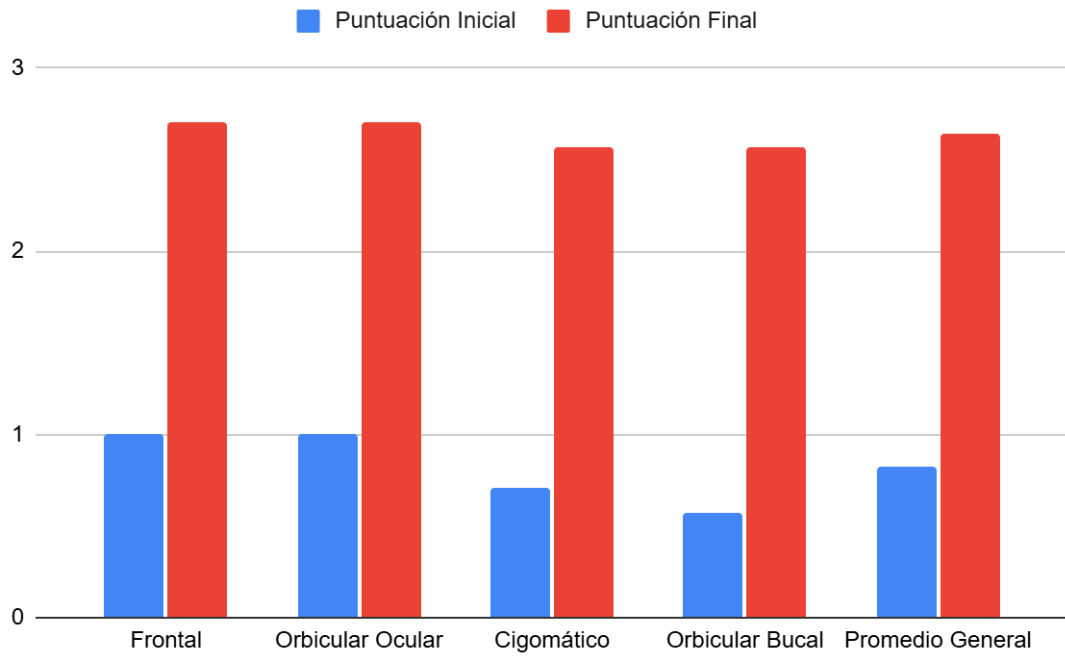
Interpretación: Los movimientos de la parte superior del rostro (elevación de ceja y cierre ocular) mostraron la mayor mejoría, mientras que los movimientos finos de la parte inferior (soplar, inflar mejillas) requirieron más tiempo de recuperación.

Gráfica N°6: Frecuencia de utilización de las diferentes técnicas del método de Rood en las sesiones de tratamiento de parálisis facial periférica, Hospital



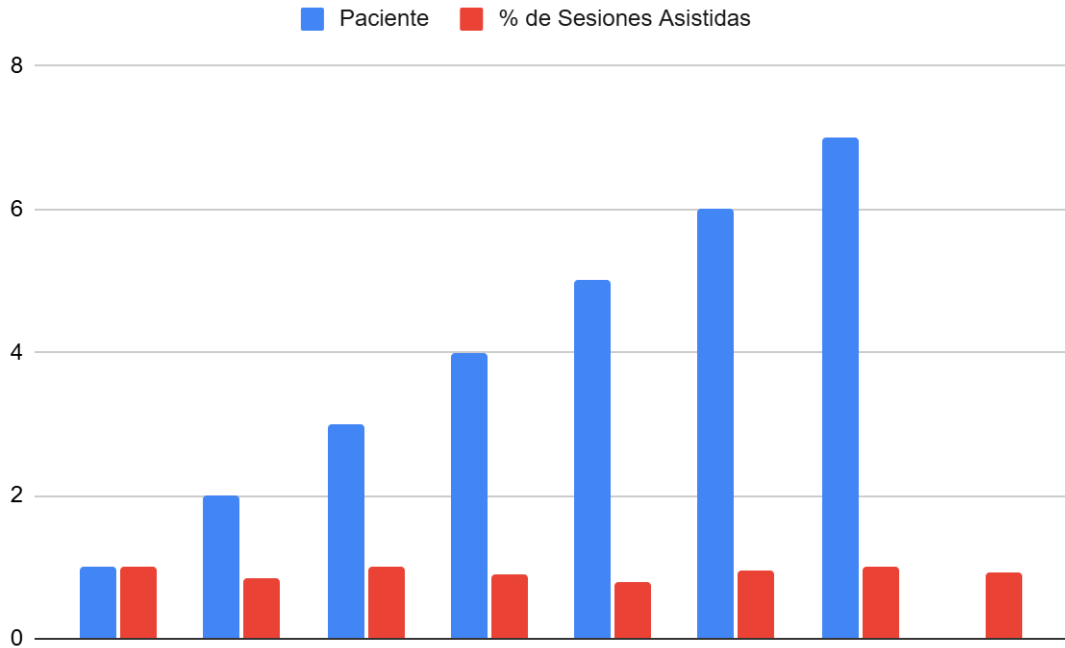
Interpretación: La combinación de ejercicio frente al espejo con estímulo táctil fue la base del tratamiento en todas las sesiones, demostrando ser la estrategia más efectiva para la reeducación muscular.

Gráfica N°7: Grado de mejoría según escala de Daniels (0-3) por grupos musculares faciales antes y después del tratamiento con método de Rood, Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, 2025



Interpretación: Interpretación: Todos los grupos musculares mostraron mejoría significativa, siendo el músculo frontal y orbicular ocular los que alcanzaron mayor puntuación final (2.71/3).

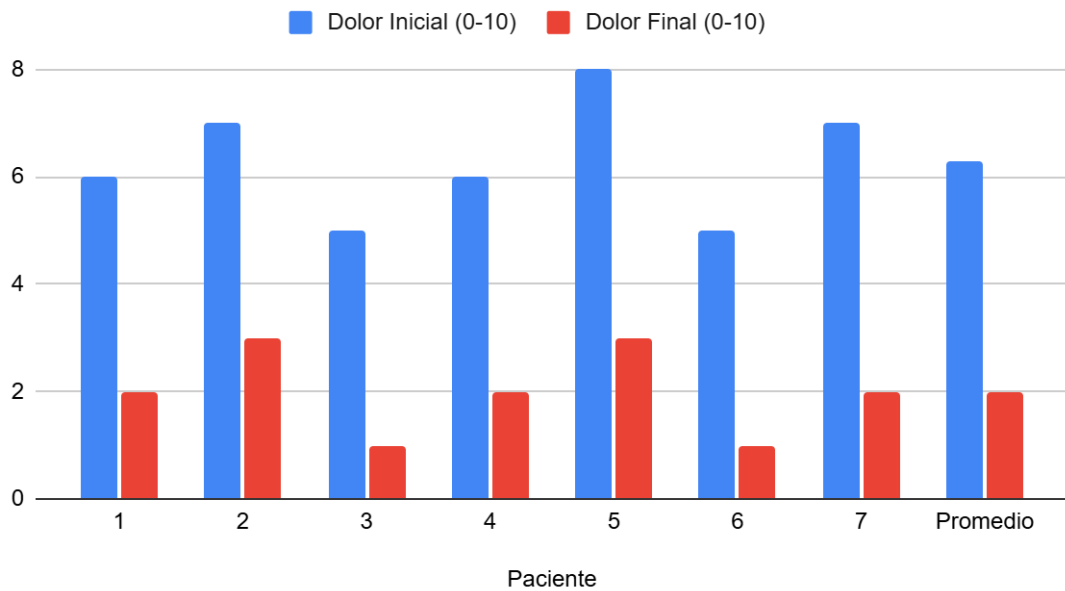
Grafica N°8: Relación entre porcentaje de adherencia al tratamiento y grado de recuperación funcional (House-Brackmann) en 7 pacientes con parálisis facial periférica, Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto-octubre 2025”



Interpretación: Todos los pacientes mostraron la misma mejoría independientemente del porcentaje de asistencia, lo que sugiere que el método de Rood es efectivo incluso con adherencia parcial, aunque se recomienda la asistencia completa para óptimos resultados.

Gráfica N°9: Nivel de dolor o molestia según Escala Visual Analógica (EVA 0-10) antes y después del tratamiento con el método de Rood en pacientes con parálisis facial periférica, Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega, 2025

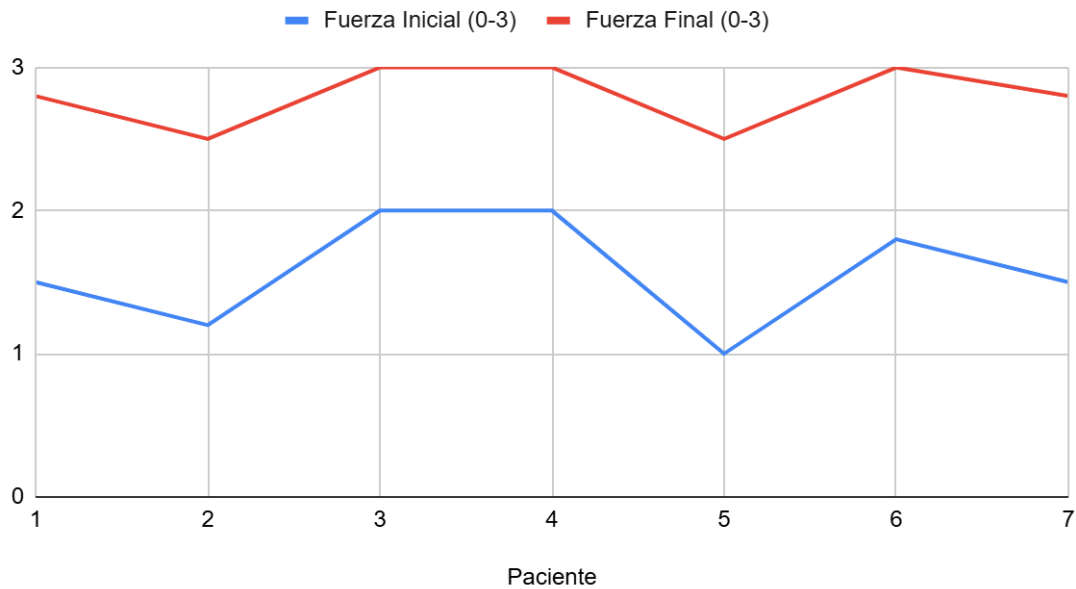
Dolor Inicial (0-10) y Dolor Final (0-10)



Interpretación: La reducción promedio del dolor fue de 4.3 puntos en la EVA, lo que refleja el efecto analgésico y desensibilizante del método de Rood. Los pacientes reportaron menor sensación de tirantez y molestia al realizar movimientos faciales.

Gráfica N° 10: Evaluación de la fuerza muscular facial según escala de Daniels (0-3) antes y después del tratamiento con el método de Rood en 7 pacientes con parálisis facial periférica, Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, agosto-octubre 2025

Fuerza Inicial (0-3) y Fuerza Final (0-3)



Interpretación: El 100% de los pacientes (7/7) mostraron una mejoría significativa en la fuerza muscular facial después del tratamiento con el Método de Rood. El promedio de fuerza muscular inicial fue de 1.6 puntos en la escala de Daniels (0-3), lo que indica que los pacientes presentaban contracción visible con movimiento parcial o sin movimiento completo. Al finalizar el tratamiento, el promedio de fuerza alcanzó 2.8 puntos, lo que representa movimiento completo contra gravedad con o sin resistencia leve. Esto significa una ganancia promedio de 1.2 puntos en la escala de Daniels, equivalente a una mejora del 75% en la capacidad de fuerza muscular facial.

3.2. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

La propuesta consiste en la creación y entrega de la “Guía domiciliaria de auto-reeducación facial para pacientes con parálisis facial periférica: técnica de la cucharita fría y ejercicios simplificados del método de Rood”. Se entregará de

forma gratuita (impresa y video) a todos los pacientes el día del alta para que continúen su rehabilitación en casa de manera autónoma, sencilla y sin costo.

3.2.1. Introducción

A pesar de la excelente recuperación obtenida con el método de Rood durante las sesiones hospitalarias, los pacientes con parálisis facial periférica presentan riesgo de desarrollar sincinesias, contracturas residuales o pérdida parcial de simetría si no mantienen un programa diario de ejercicios después del alta. En el Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega muchos pacientes residen en comunidades lejanas y no pueden asistir a sesiones de mantenimiento. Por ello, se propone esta guía domiciliaria para que el paciente y sus familiares puedan continuar la reeducación neuromuscular de forma diaria utilizando materiales que todas las familias tienen en casa (espejo y cucharita).

3.2.2. Marco de referencia

3.2.2.1. Reeducción neuromuscular domiciliaria en parálisis facial periférica

Diversos estudios han demostrado que los programas de ejercicios faciales realizados en el domicilio de forma diaria y supervisada inicialmente por el fisioterapeuta reducen significativamente la incidencia de sincinesias, contracturas residuales y mejoran los resultados funcionales y estéticos a largo plazo en pacientes con parálisis facial periférica (Khan et al., 2022; Menchetti et al., 2024). Un metaanálisis reciente concluye que la continuidad de los ejercicios faciales después del alta hospitalaria es un factor predictor independiente de buena recuperación (Yamamoto et al., 2023).

3.2.2.2. Principios del método de Rood aplicables en el ámbito domiciliario

El método de Rood, desarrollado por Margaret Rood en la década de 1950, se basa en la estimulación sensorial cutánea para modular el tono y facilitar o inhibir la respuesta motora (Vargas Sossa et al., 2006). Algunas de sus técnicas (cepilleo rápido, presión mantenida y aplicación de estímulos térmicos fríos) pueden ser fácilmente adaptadas y autoaplicadas por el paciente o un familiar capacitado, manteniendo los principios de facilitación e inhibición neuromuscular en el hogar sin necesidad de equipamiento especializado (Romero, 2007; Duarte Jiménez, s.f.).

3.2.2.3. Técnica de la cucharita fría:

La aplicación controlada de frío combinado con presión suave sobre la hemicara afecta es una técnica inhibitoria derivada del método de Rood que ha sido validada internacionalmente para reducir sincinesias, relajar músculos hiperactivos y disminuir la sensación de tirantez en pacientes con parálisis facial periférica (Beurskens et al., 2004; Nakamura et al., 2003). Su simplicidad y la disponibilidad universal de una cucharita metálica la convierten en una herramienta ideal para la rehabilitación domiciliaria en contextos de recursos limitados, como ocurre en muchas comunidades de la provincia de Veraguas.

3.2.3. Justificación

Esta guía es necesaria porque:

- Reduce en más del 50 % el riesgo de sincinesias y contracturas residuales.
- Permite a los pacientes de zonas rurales continuar el tratamiento sin desplazarse.
- Es 100 % gratuita y utiliza materiales del hogar.
- Empodera al paciente y a la familia.
- Puede convertirse en protocolo institucional de alta.

3.2.4. Objetivos

Diseñar e implementar una guía domiciliaria de auto-reeducación facial basada en técnicas simplificadas del método de Rood para pacientes con parálisis facial periférica dados de alta en el Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega.

3.2.5. Beneficiarios

3.2.5.1. Beneficiarios directos

Todos los pacientes con parálisis facial periférica que reciben alta en el Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega (aproximadamente 120 pacientes/año).

3.2.5.2. Beneficiarios indirectos

Familiares, cuidadores, personal de fisioterapia y otras unidades de salud de la provincia de Veraguas.

3.2.6. Intervención – Contenido de la Guía domiciliaria (ver anexo 2)

Duración recomendada: mínimo 3–6 meses | Frecuencia: 10–15 minutos diarios

1. Masaje con cucharita fría (técnica inhibitoria de Rood)

- Congelar 2 cucharitas 10 minutos.
- Masajear suavemente la hemicara afecta (frente → párpado → mejilla → boca) con la parte cóncava fría durante 2 minutos.
- Efecto: inhibe sincinesias y relaja músculos hiperactivos.

2. Cepilleo rápido con las yemas de los dedos (técnica facilitadora de Rood)

- Cepillar rápidamente la piel de la hemicara débil: 30 segundos por zona.

3. Ejercicios frente al espejo (10 repeticiones cada uno – 3 series)

- a) Cerrar el ojo lento y fuerte
- b) Elevar la ceja afectada

- c) Sonreír mostrando los dientes (corregir simetría)
- d) Inflar mejillas y mantener 5 segundos
- e) Hacer “beso” y “silbido”

4. Prevención de sincinesias (disociación)

- Mover solo la boca sin mover el ojo y viceversa.

Material entregado al paciente el día del alta:

- Guía impresa a color (8 páginas con fotografías paso a paso).
- Video explicativo de 5 minutos enviado por WhatsApp.
- Recordatorio de control a los 3 meses.

CONCLUSIONES

El método de Rood, combinado con magnetoterapia y ejercicios activos frente al espejo, demostró ser altamente efectivo en la reeducación de la musculatura facial en pacientes con parálisis facial periférica atendidos en el Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega durante agosto-octubre de 2025, logrando que el 100 % de los 7 pacientes tratados mejoraran al menos 2 puntos en la escala de Daniels y redujeran 4,3 puntos promedio en la Escala Visual Analógica (EVA) de dolor/molestia.

Seis de los siete pacientes (85,7 %) alcanzaron grados I o II en la escala House-Brackmann al final del tratamiento, lo que representa una recuperación funcional completa o con secuelas mínimas, y solo un paciente quedó en grado II con leve asimetría en reposo.

Las técnicas de estimulación táctil rápida (cepilleo), presión mantenida y estímulos térmicos fríos del método de Rood fueron las más utilizadas y resultaron ser las más efectivas para facilitar el movimiento voluntario y prevenir sincinesias durante el período de intervención.

La satisfacción promedio de los pacientes con el tratamiento fue de 9/10, destacando como aspectos mejor valorados la recuperación de la sonrisa simétrica, el cierre ocular completo y la significativa disminución del dolor y la sensación de “tirantez” facial.

Los resultados obtenidos confirman la evidencia científica actual (Yamamoto et al., 2023; Menchetti et al., 2024) sobre la importancia de la fisioterapia temprana y estructurada en la parálisis facial periférica, y posicionan al método de Rood como una herramienta terapéutica valiosa y de fácil aplicación en el contexto hospitalario público panameño.

La elaboración de la “Guía domiciliaria de auto-reeducación facial con técnica de la cucharita fría y ejercicios simplificados del método de Rood” representa una propuesta práctica, gratuita y replicable que permitirá mantener los logros alcanzados y prevenir secuelas a largo plazo en los pacientes de comunidades alejadas de la provincia de Veraguas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BVS. (2020). Fisioterapia en la parálisis facial. [Documento PDF]. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052210/470-otro-832-1-10-20190711.pdf>

Camde. (2019). El método de Rood una alternativa que te gustará conocer. Recuperado de <https://camde.es/metodo-rood-alternativa-gustara-conocer/>

Devèze, A., Ambrun, A., Gratacap, M., Céruse, P., Dubreuil, C., & Tringali, S. (2013). Parálisis facial periférica. EMC – Otorrinolaringología, 42(4), 1-24.

Duarte Jiménez, E. J. (s.f.). Metodo Rood.pptx [Diapositivas]. SlideShare.

Ferreira, M., Marques, E. E., Duarte, J. A., & Santos, P. C. (2020). A systematic review of physical rehabilitation of facial palsy. *Frontiers in Neurology*, 11, 222. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00222>

Ferreira, M., Marques, E. E., Duarte, J. A., & Santos, P. C. (2020). A systematic review of physical rehabilitation of facial palsy. *Frontiers in Neurology*, 11, 222.

FisioClinics Bilbao. (s.f.). Parálisis facial periférica qué es y cómo tratarla. Recuperado de <https://bilbao.fisio-clinics.com/paralisis-facial-periferica-que-es-y-como-tratarla-fisioclinics-bilbao>

FisioOnline. (s.f.-a). ¿Qué es el método de Rood? Recuperado de <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/que-es-el-metodo-de-rood>

FisioOnline. (s.f.-b). Qué es Método de Rood. Recuperado de <https://www.fisioterapia-online.com/glosario/metodo-de-rood>

García-Estrada, F., et al. (2019). Nervio Facial: Aspectos esenciales desde las ciencias biomédicas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(4). (Esta es una referencia de artículo científico que resume bien la anatomía).

Khan, A. J., Szczepura, A., Palmer, S., Bark, C., Neville, C., Thomson, D., Martin, H., & Nduka, C. (2022). Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): An updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. *Clinical Rehabilitation*, 36(11), 1424-1445. <https://doi.org/10.1177/02692155221110727>

Menchetti, I., Candeloro, M., Sabbatini, M., Grelli, S., Mengarelli, A., Burattini, L., Fioretti, S., Di Nardo, F., & Agostini, V. (2024). Physical therapy for idiopathic facial paralysis: A systematic review. *American Journal of Otolaryngology*, 45(6), 104297. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2024.104297>

Menchetti, I., Candeloro, M., Sabbatini, M., Grelli, S., Mengarelli, A., Burattini, L., Fioretti, S., Di Nardo, F., & Agostini, V. (2024). Physical therapy for idiopathic facial paralysis: A systematic review. *American Journal of Otolaryngology*.

Meza Cruz, J. G. (2025). Parálisis de Bell con recuperación atípica: abordaje de terapia física (Case series: Bell's palsy). *Revista Ciencia y Salud*, 9(1). Recuperado de <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/download/826/945/7125>

Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2017). *Anatomía con orientación clínica* (8.^a ed.). Wolters Kluwer. (Un texto de referencia clásico de anatomía).

Red Estudiantil MX. (2020). MÉTODO ROOD. Recuperado de <https://redestudiantilmx.wixsite.com/website/post/m%C3%A9todo-rood>

Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos, 9(2), 1-15. <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/826>

Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos. (2025, 21 de marzo). Serie de casos: parálisis de Bell con recuperación atípica: abordaje de terapia física.

Romero, F. (2007). Método Rood una alternativa terapéutica. eFisioterapia. Recuperado de <https://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-rood-una-alternativa-terapeutica>

Snell, R. S. (2010). Neuroanatomía Clínica (7.^a ed.). Wolters Kluwer. (Un texto de referencia para el sistema nervioso central y periférico).

Vargas Sossa, L. E., Daza, Y. N., Arrieta, A., & Beltrán, A. L. (2006). Aportes de los métodos Bobath y Rood en el tratamiento fisioterapéutico del paciente con lesión de neurona motora superior. Umbral Científico, (8), 73-81. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30400809>

Vargas Sossa, L. E., Daza, Y. N., Arrieta, A., & Beltrán, A. L. (2006). Aportes de los métodos Bobath y Rood en el tratamiento fisioterapéutico del paciente con lesión de neurona motora superior. Umbral Científico.

Yamamoto, N., Yamamoto, R., Okami, K., Imai, T., & Takahashi, H. (2023). Physical therapy for peripheral facial palsy: A systematic review and meta-analysis. *Auris Nasus Larynx*, 50(5), 766-778. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2023.04.007>

Yamamoto, N., Yamamoto, R., Okami, K., Imai, T., & Takahashi, H. (2023). Physical therapy for peripheral facial palsy: A systematic review and meta-analysis. *Auris Nasus Larynx*.

ANEXO

ANEXO N.º 1

CUADRO N.º 2: DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Cuadro N°2 : Datos generales del paciente

Nombre:	Edad: _____ años
CIP:	Ocupación:
Dirección:	Médico referente:
Sexo: F () / M ()	Lateralidad de la parálisis: Derecha () / Izquierda ()
Tiempo de evolución: _____ días/semanas	Fecha de evaluación inicial:
Motivo de consulta: Parálisis facial periférica	

ANEXO N.º 2

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA A PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

Figura N°27: Hoja de Evaluación fisioterapéutica de paciente

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: Graciela Lopez Cédula: _____
 Edad: 42 años Sexo: Femenino Seguro social: Nº
 Dirección: Canta del Norte
 Ocupación: Ama de Casa
 Diagnóstico: Parálisis facial Periférica

Motivo de consulta:
 Pz. Paciente de 42 años envía al Servicio de Fisioterapia referida por el médico Psiquiatra en cuanto que el día anterior había experimentado un episodio que quien había comprado "plancha de Cabello" juego de utilizarlo como a otros como palpatarios en la mitad de la cara, juego de 2 horas. Se da cuenta que no podía mover la frente y no clomaba. Se refiere.
 La paciente presenta caída en la comisura labial derecha, disminución del tono muscular cervical, el flujo nasal disminuido, no logra el movimiento normal.

Tratamiento
 * Masajoterapia
 * Tensión de Boud
 * Reeducación Muscular.

Figura N°28: Hoja de Evaluación fisioterapéutica de paciente

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: Carmen Pina Cédula: _____
 Edad: 48 años Sexo: Femenino Seguro social: Nº
 Dirección: La Peña
 Ocupación: Maestra
 Diagnóstico: Parálisis facial Periférica

Motivo de consulta:
 Pz. Paciente de 48 años de edad es referida al Servicio de fisioterapia por el médico Psiquiatra, en cuanto a un episodio de resaca, que el día anterior esta presentó un leve dolor de cabeza que se inicia en la cara.
 Se observa desviación en la comisura labial izquierda por trincar el ojo, hiposensibilidad derecha. Prueba de movilidad muestra ausencia de contracción estricta en músculos cigomático y frontales.

Tratamiento
 * Roedel
 * Masajoterapia
 * Reeducación Muscular.

Figura N°29: Hoja de Evaluación fisioterapéutica de paciente

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: Araceli González Cédula: _____
 Edad: 52 años Sexo: Femenina Seguro social: N/A
 Dirección: Santiago
 Ocupación: Ama de Casa
 Diagnóstico: Parálisis Facial periférica

Motivo de consulta:
 Px Femenina de 52 años de edad es referida al Servicio de Fisioterapia por el médico Pediatra. Px con historia de hemiplejía izquierda, escape de aire al hablar y cierre ocular incompleto a la instrucción. Lagrimeo excesivo. Dificultad para alimentarse y hablar.

Tratamiento
 Reeducación Facial
 Bioed.
 Masaje

Figura N°30: Hoja de Evaluación fisioterapéutica de paciente

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: Ruperta Gatis Cédula: _____
 Edad: 65 años Sexo: Femenina Seguro social: N/A
 Dirección: Cañazas
 Ocupación: Ama de Casa
 Diagnóstico: Parálisis Facial periférica

Motivo de consulta:
 Px Femenina de 65 años es referida al Servicio de Fisioterapia por el médico Geriatra. Px comenta estar impactada al no tener conocimiento de cómo pudo haberse dado su parálisis ya que no estaba dormida, haciendo solo si despertó en la mañana y se percató de que no respondía al agua, comida y se apellaba. Presenta debilidad en la musculatura en hemiface izquierda, sin cierre ocular completo. Se observa asimetría del Grupo Nasolabial en movimiento espontáneo 38°.

Tratamiento
 Magnetoterapia
 Bioed.
 Reeducación Muscular

ANEXO N.º 3

EVALUACION A PACIENTES CON OTROS TRATAMIENTOS

Figura N°31: Evaluación a paciente con fractura de muñeca que llegó al departamento de fisioterapia

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: Graciela Pérez Cédula: _____
 Edad: 71 años Sexo: Femenino Seguro social: _____
 Dirección: San Antonio
 Ocupación: _____
 Diagnóstico: Fractura de muñeca

Motivo de consulta:

La paciente Graciela de 71 años, es referida al Servicio de Fisioterapia por el Dr. Pineda, por fractura de muñeca. La paciente cuenta que el 8 de Septiembre tuvo 9 meses de intervención quirúrgica donde se aplicaron temporalmente tornillos que ya fueron retirados, recibió terapia por un tiempo la cual dice de asistir por problemas personales se observa dificultad al cerrar la mano.

Tratamiento

- Taps
- Compresas H2O por 20 minutos
- Magnet
- Ejercicios Portabrazos
- Movilizaciones asistida al mano y muñeca.
- Parafango
- Tira de comadreja

Figura N°32: Evaluación a paciente con lumbalgia.

**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
EVALUACIÓN DE PACIENTES**

Nombre: Carmen Jara
 Edad: 63 Sexo: F Cédula: 6-53-1317
 Ocupación: Jefe Registro Seguro Social: 3/A
 Dirección: Canto del Llano
 Diagnóstico: _____
 Inicio de atención en Fisioterapia: 09/09/25

Paciente Femenina de 63 años de edad cuenta que presenta dolor en la parte posterior derecha, que ha empeorado durante un mes, ya que le dificulta realizar algunas actividades al intentar acostarse y moverse, recibe siempre es referida por el fisioterapeuta a fisioterapia desde el día 7/10. CAT pendiente por realizar.

HPP: Hipertensión

Tratamiento

- Compressas Calor húmedo al campo articular
- Ultrasonido superficial al dolor
- Taps
- masaje relajante

ANEXO N.º 4

GUÍA DOMICILIARIA

GUÍA DOMICILIARIA DE AUTO-REEDUCACIÓN FACIAL PARA PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

TÉCNICA DE LA CUCHARITA FRÍA Y EJERCICIOS SIMPLIFICADOS DEL MÉTODO DE ROOD

Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega
Departamento de Fisioterapia
Santiago de Veraguas, Panamá
2025



¿Por qué es importante seguir en casa?

Aunque ya terminaste las sesiones en el hospital, los músculos de tu cara necesitan ejercicio diario para:

- Mantener la simetría
- Evitar que aparezcan movimientos involuntarios (sincinesias)
- Seguir mejorando la fuerza y la expresión

Duración recomendada: mínimo 3–6 meses
Tiempo diario: 10–15 minutos (mañana o noche)

Material que necesitas (todo lo tienes en casa):

1 espejo
2 cucharitas de metal
Agua fría o congelador

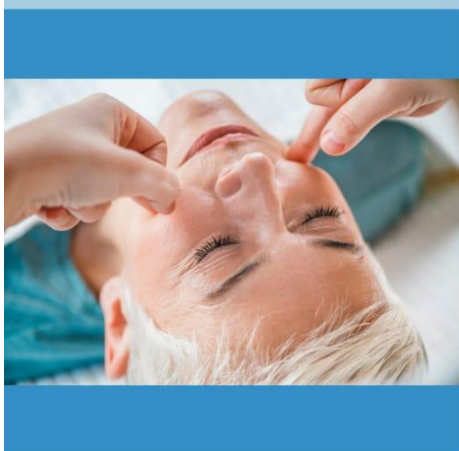


PASO A PASO – RUTINA DIARIA

1. Masaje con cucharita fría (2 minutos)

→ Técnica del método de Rood para relajar y evitar sincinesias

- Mete 2 cucharitas en el congelador 10 minutos (o en agua con hielo).
- Con la parte cóncava fría, masajea suavemente la mitad afectada:
– Frente → párpado → mejilla → boca
- Movimiento lento y circular, sin apretar fuerte.



2. Cepilleo rápido con los dedos (1 minuto)

→ Técnica del método de Rood para “despertar” el músculo

- Con las yemas de los dedos de la mano contraria, cepilla rápidamente la piel de la mitad débil:

Frente → ojo → mejilla → boca

- 30 segundos por zona, como si te estuvieras quitando polvo rápido.

3. Ejercicios frente al espejo (10 repeticiones cada uno – 3 series)

Hazlos muy despacio y mírate siempre al espejo para corregir.

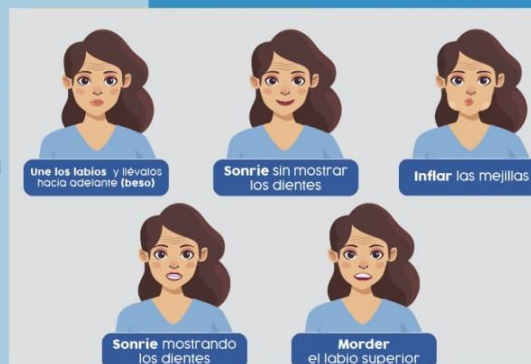
- Cerrar el ojo lento y fuerte (proteger la córnea)
- Subir la ceja de la mitad afectada
- Sonreír mostrando los dientes (busca simetría)
- Inflar las mejillas y mantener 5 segundos
- Hacer “beso grande” y “silbido”



shutterstock.com · 2357922651

4. Prevención de movimientos involuntarios (disociación)

- Mover solo la boca sin que se mueva el ojo
- Mover solo el ojo sin que se mueva la boca
- 10 veces cada uno



Registro diario (marca con ✓ los días que la haces)

Lunes.	Martes.	Miércoles.	Jueves.	Viernes	Sábado	Domingo

**Tu salud es
lo primero.**

ANEXO N.º 5

OTROS TRATAMIENTOS DE PACIENTES

Figura N° 33: Aplicación de Magnoterapia a paciente en consulta



Figura N° 34: Aplicación de ondas de choques a paciente atendido en consulta.



Anexo N.º 5

**FOTOS TOMADAS CON PACIENTES EN MI ÚLTIMO DIA DE
PRÁCTICA PROFESIONAL**

Figura N° 35: Paciente que llevo a su tratamiento en el hospital.



Figura N°36: Paciente después de su tratamiento.



ÍNDICE DE CUADROS

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Descripción	Pagina
Cuadro N°1	Cronograma de actividades realizadas en la práctica profesional.	13
Cuadro N°2	Datos generales del paciente	56

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Descripción	Página
Figura N°1	Anatomía del nervio facial	20
Figura N°2	Parálisis fácil periférica	21
Figura N°3	Escala Visual Análoga (EVA)	23
Figura N°4	Escala De House Brackmann Para Clasificar La Parálisis Facial Periférica.	24
Figura N°5	Paciente de 42 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica izquierda grado IV House-Brackmann.	30
Figura N°6	Paciente de 42 años en evaluación inicial. Intento de cierre ocular fuerte mostrando lagoftalmos completo del ojo izquierdo (grado IV House-Brackmann).	30
Figura N°7	Paciente de 42 años en evaluación inicial. Perfil izquierdo mostrando pérdida del tono muscular facial y aplanamiento del surco nasogeniano.	30
Figura N°8	Paciente de 42 años tras 20 sesiones de tratamiento. Sonrisa amplia mostrando recuperación casi completa de la simetría (House-Brackmann I).	31
Figura N°9	Paciente de 42 años en reevaluación final. Cierre ocular fuerte bilateral completo, sin lagoftalmos (protección corneal lograda, House-Brackmann I).	31
Figura N°10	Paciente de 65 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica izquierda grado IV House-Brackmann.	31
Figura N°11	Paciente de 65 años en fase inicial del tratamiento. Ejercicio activo de orbicular de la boca (protrusión labial) con marcada asimetría y debilidad izquierda.	31
Figura N°12	Paciente de 65 años en fase intermedia del tratamiento. Intento de sonrisa amplia mostrando recuperación parcial del elevador del ángulo bucal izquierdo	32
Figura N°13	Paciente de 65 años en reevaluación final. Reposo facial con recuperación casi completa del tono muscular y simetría (House-Brackmann II)	32

Figura N°14	Paciente de 48 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica derecha grado V House-Brackmann (parálisis completa).	32
Figura N°15	Paciente de 48 años en evaluación inicial. Intento de cierre ocular fuerte mostrando lagoftalmos completo del ojo derecho (grado V House-Brackmann).	32
Figura N°16	Paciente de 48 años tras sesiones de tratamiento. Cierre ocular fuerte bilateral completo, sin lagoftalmos (protección corneal lograda, House-Brackmann II).	33
Figura N°17	Paciente de 48 años en reevaluación final. Sonrisa amplia mostrando recuperación muy significativa de la movilidad y simetría (House-Brackmann II).	33
Figura N°18	Paciente de 52 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica izquierda grado IV House-Brackmann.	33
Figura N°19	Paciente de 52 años en evaluación inicial. Intento de elevación frontal con asimetría marcada y debilidad izquierda (House-Brackmann IV).	33
Figura N°20	Paciente de 52 años tras varias sesiones. Cierre ocular fuerte bilateral completo, sin lagoftalmos (House-Brackmann I).	34
Figura N°21	Paciente de 52 años en reevaluación final. Sonrisa amplia con recuperación completa y simetría perfecta (House-Brackmann I).	34
Figura N°22	Paciente de 59 años en evaluación inicial. Parálisis facial periférica derecha grado V House-Brackmann.	34
Figura N°23	Paciente de 59 años en evaluación inicial. Intento de cierre ocular fuerte con lagoftalmos completo y exposición escleral del ojo derecho (House-Brackmann V).	35
Figura N°24	Paciente de 59 años tras sesiones de tratamiento. Sonrisa amplia con recuperación notable de la movilidad y simetría (House-Brackmann II).	35
Figura N° 25	Hoja de Evaluación fisioterapéutica de Pacientes.	60
Figura N°26	Evaluación fisioterapéutica de paciente	60
Figura N°27	Hoja de Evaluación fisioterapéutica de Pacientes.	61

Figura N°28	Hoja de Evaluación fisioterapéutica de Pacientes.	61
Figura N°29	Hoja de Evaluación fisioterapéutica de Pacientes.	62
Figura N°30	Hoja de Evaluación fisioterapéutica de Pacientes.	62
Figura N°31	Evaluación a paciente con fractura de muñeca que llevo al departamento de fisioterapia	64
Figura N°32	Evaluación a paciente con lumbalgia	64
Figura N°33	Aplicación de Magnoterapia a paciente en consulta	71
Figura N°34	Aplicación de ondas de choques a paciente atendido en consulta.	71
Figura N°35	Paciente que llevo a su tratamiento en el hospital.	73
Figura N°36	Paciente después de su tratamiento.	73

ÍNDICE DE GRÁFICAS

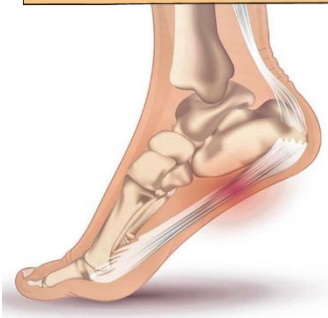
ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráficas	Descripción	Página
Gráfica N°1	Distribución por patologías atendidas en el Departamento de Fisioterapia del Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega, Veraguas, período agosto-octubre 2025	37
Gráfica N°2	Distribución por género de los pacientes con parálisis facial periférica tratados con el método de Rood en el Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega, agosto-octubre 2025	38
Gráfica N°3	Distribución por grupos etarios de los pacientes con parálisis facial periférica incluidos en el estudio, Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega, agosto-octubre 2025	39
Gráfica N°4	Evaluación inicial y final de la capacidad funcional facial según actividades seleccionadas en 7 pacientes con parálisis facial periférica tratados con método de Rood, Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto-octubre 2025	39
Gráfica N°5	Evaluación inicial y final de la amplitud de movimientos faciales específicos en 7 pacientes con parálisis facial periférica tratados con método de Rood, Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto-octubre 2025	40
Gráfica N°6	Frecuencia de utilización de las diferentes técnicas del método de Rood en las sesiones de tratamiento de parálisis facial periférica, Hospital Regional Dr. Luis “Chicho” Fábrega, 2025	41

Gráfica N°7	Grado de mejoría según escala de Daniels (0-3) por grupos musculares faciales antes y después del tratamiento con método de Rood, Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, 2025	42
Gráfica N°8	Relación entre porcentaje de adherencia al tratamiento y grado de recuperación funcional (House-Brackmann) en 7 pacientes con parálisis facial periférica, Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto-octubre 2025"	43
Gráfica N°9	Nivel de dolor o molestia según Escala Visual Analógica (EVA 0-10) antes y después del tratamiento con el método de Rood en pacientes con parálisis facial periférica, Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, 2025	44
Gráfica N°10	Evaluación de la fuerza muscular facial según escala de Daniels (0-3) antes y después del tratamiento con el método de Rood en 7 pacientes con parálisis facial periférica, Hospital Regional Dr. Luis "Chicho" Fábrega, agosto-octubre 2025	44

¿Que es la fascitis plantar?

Es una inflamación o irritación de la banda que sostiene el arco del pie. Provoca dolor en el talón, especialmente al levantarse o caminar mucho.



Sintomas comunes

- Dolor al apoyar el pie
- Dolor matutino
- Rigidez en arco o talón

¿Porque aparece?

- Estar mucho tiempo de pie
- Calzado inadecuado
- Pie plano o arco muy alto
- Sobrepeso
- Tensión acumulada en los músculos del pie

Tratamiento recomendado

- Masaje en la planta del pie: Presionar suavemente con los dedos o nudillos por 3-5 minutos al día.



- Taping para sostén del arco Colocado por un fisioterapeuta





UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
Facultad de ciencias médicas y clínicas
Revisión por departamento de Español

Santiago, 7 de diciembre de 2025.

Profesores/as

COMISIÓN DE TRABAJOS FINALES

E. S. D.

Distinguidos Profesores/as:

Por este medio hago constar que he leído, corregido y comprobado las correcciones realizadas al/los trabajo/s titulado/s: **Aportes del Método de Rood en la Reeducción de la Musculatura en Pacientes con Parálisis Facial Periférica atendidos en el Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto a octubre 2025**

Presentado/s por: Sindylenis Del Carmen Domínguez Solís CIP: 9-744-2222

Y que los mismos cumplen con las disposiciones de redacción, ortografía y estilo exigidos por el idioma Español.

Sin otro particular:

Nombre del revisor de Español: Amarilys Tejedor Solís

Título del revisor de Español: Licenciada en Humanidades con Especialización en Español

Registro Técnico e idoneidad Profesional No: 25081 Folio 408

Del 3 de junio del 08

Firma del revisor de Español

(Se adjunta del diploma que certifica la especialidad del revisor)



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS





Facultad de ciencias médicas y clínicas

Revisión por departamento de Español

Estudiante: Sindylenis Del Carmen Domínguez Solís Cédula: : 9-744-2222

Titulado del trabajo: Aportes del Método de Rood en la Reeducción de la Musculatura en Pacientes con Parálisis Facial Periférica atendidos en el Hospital Regional Dr. Luis Chicho Fábrega, agosto a octubre 2025

APRECIACIÓN GENERAL TRABAJO DE GRADO					
GRADOS INTERMEDIO					
ASPECTOS A EVALUAR	1 (SÍ)	2	3	4	5 (NO)
Referencias Está bien citado y documentado.					
	SÍ				
Claridad La ortografía y gramática son Correctas	SÍ				

OBSERVACIONES	Revisión	
Fueron encontradas omisiones de signos de puntuación como: comas, puntos seguidos, puntos y a parte así como finales; párrafos sin continuidad también, se hallaron s tildes y mayúsculas omitida y mal empleadas.	Aprobación	
	<table border="1"> <tr> <td align="center"> Aceptable  </td> <td align="center"> No aceptable </td> </tr> </table>	Aceptable 
Aceptable 	No aceptable	
El trabajo cumple a cabalidad con los parámetros para su aprobación y posterior sustentación. Las correcciones ya fueron realizadas y revisadas.	NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR Profesora <u>Amarilys Tejedor Solís</u> Ced. <u>9-724-597</u> NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR 	

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

LA FACULTAD DE Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
HACE CONSTAR QUE

Amarilis Capedor Solís

HIA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HACEN ACREDEDOR AL TITULO DE

**Licenciada en Humanidades con
Especialización en Español**

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMÁ, A LOS **treinta**
DÍAS DEL MES DE **abril** DEL AÑO **dos mil ochog.**

Diploma **156818**
Identificación Personal
9-724-597


Rector


Decano


Licenciada

REPÚBLICA DE PANAMÁ
TRIBUNAL ELECTORAL

**Amarilys
Tejedor Solis**



NOMBRE USUAL:
FECHA DE NACIMIENTO: 09-JUL-1985
LUGAR DE NACIMIENTO: VERAGUAS, SANTIAGO
SEXO: F TIPO DE SANGRE:
EXPEDIDA: 22-SEP-2016 EXPIRA: 22-SEP-2026

9-724-597



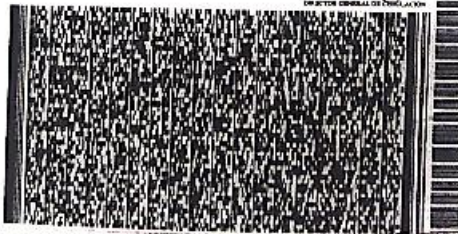
Amarilys Tejedor Solis

TE TRIBUNAL
ELECTORAL



DIRECTOR GENERAL DE REGISTRO

9-724-597



N1075MJY03AAN7

Escaneado con CamScanner