

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2017

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
ADULTO CON
PARÁLISIS DE BELL
EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE
ATENCIÓN

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-066-08

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento del adulto con parálisis de Bell en el primer y segundo nivel de atención**. Secretaría de Salud, Ciudad de México, 16/03/2017.

Disponible en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Actualización: **total**

Esta guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-10: G51.0 PARÁLISIS DE BELL

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ADULTO CON PARÁLISIS DE BELL EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2008

AUTORÍA:			
Dr. José Tomás Terán Loredo	Medicina familiar	IMSS	Jefatura de Prestaciones Médicas, Delegación San Luis Potosí
Dr. Jaime Rayas Lundes	Medicina interna Endocrinología	IMSS	UMF No. 80, Michoacán, IMSS
Dra. Olivia Torres Vega	Oftalmología	IMSS	HGZ No. 6 Chihuahua, IMSS
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Oftalmología	IMSS	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, IMSS.
Dra. Irma Flores	Medicina física y rehabilitación	IMSS	UMF No. 6, Nuevo León, IMSS
Dra. Lesley Farrel González	Oftalmología	ISSSTE	Dirección General Medica
VALIDACIÓN INTERNA			
Dr. Carlos Cuevas García	Neurología	IMSS	HE CMN SIGLO XXI , México, D.F., IMSS
Dr. Víctor Jesús Guerrero Montenegro	Medicina familiar	IMSS	UMF No 29, Guerrero, IMSS
Dra. Graciela Mota Velazco	Medicina familiar	IMSS	UMF No. 10 Veracruz Norte, IMSS
Dr. Alfonso Servín Álvarez	Medicina física y rehabilitación	IMSS	UMF y R Centro, México, D.F., IMSS
Dra. Reyna Ivonné Tello Medina	Oftalmología	IMSS	HGZ No 1, San Luis Potosí, IMSS
Dr. Héctor Alejandro Velazquez Chong	Otorrinolaringología	IMSS	Coordinación de UMAE, IMSS
VALIDACIÓN ACADEMIA			
Dr. Gerardo Guinto Balanzar	Neurocirugía	Academia Mexicana de Cirugía A. C.	
Dr. Alfredo Vega Alarcón	Oto-neurología	Academia Nacional de Medicina de México	

AUTORÍA, VALIDACIÓN Y REVISIÓN 2017

AUTORÍA:				
Dr. Yannet De Almeida González	Otorrinolaringología	IMSS	Médico no familiar, UMAE HG CMN LR, México, D.F. IMSS	Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología del Centro Médico La Raza
Dr. Miriam Lara de la Rosa	Oftalmología	IMSS	Médico no familiar, HGSZ/MF No. 41, Oaxaca, IMSS	Colegio Oaxaqueño de Oftalmología
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Oftalmología	IMSS	Coordinador de Programas Médicos de la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	Sociedad Mexicana de Oftalmología
Dr. Ernesto Tiempo Martínez	Médico familiar	IMSS	Médico adscrito, UMF No. 61, Edo. Mex.	Academia Mexicana de Medicina de Primer Contacto
VALIDACIÓN:				
Guía de Práctica Clínica				
Dra. Aideé Gibraltar Conde	Medicina de rehabilitación	IMSS	UMFR. Dr. Victorio de la Fuente Narváez, México, D.F., IMSS	
Dr. Gerson Angel Alavez	Neurología y neurofisiología	SSA	Médico especialista B	Academia Mexicana de Neurología

ÍNDICE

1.	Clasificación.....	6
2.	Preguntas a Responder	7
3.	Aspectos Generales.....	8
3.1.	Justificación	8
3.2.	Actualización del año 2008 al 2016.....	9
3.3.	Objetivo	10
3.4.	Definición.....	11
4.	Evidencias y Recomendaciones	12
4.1.	Diagnóstico	13
4.1.1.	<i>Interrogatorio y exploración física</i>	<i>13</i>
4.1.2.	<i>Estudios de laboratorio.....</i>	<i>16</i>
4.1.3.	<i>Estudios de gabinete</i>	<i>17</i>
4.2.	Tratamiento	17
4.2.1.	<i>Tratamiento sistémico</i>	<i>17</i>
4.2.2.	<i>Tratamiento local</i>	<i>20</i>
4.2.3.	<i>Tratamiento de rehabilitación.....</i>	<i>23</i>
4.2.4.	<i>Tratamiento quirúrgico</i>	<i>26</i>
4.3.	Referencia	27
4.3.1.	<i>Referencia y contrareferencia.....</i>	<i>27</i>
5.	Anexos	29
5.1.	Protocolo de búsqueda.....	29
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda.....</i>	<i>29</i>
5.1.1.1.	<i>Primera etapa.....</i>	<i>29</i>
5.1.1.2.	<i>Segunda etapa.....</i>	<i>32</i>
5.2.	Escalas de gradación	33
5.3.	Cuadros o figuras	36
5.4.	Diagrama de flujo.....	38
5.5.	Listado de recursos.....	39
5.5.1.	<i>Tabla de medicamentos.....</i>	<i>39</i>
5.6.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica	40
6.	Glosario	41
7.	Bibliografía	43
8.	Agradecimientos	45
9.	Comité Académico	46
10.	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador	47
11.	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	48

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-066-08

Profesionales de la salud	1.24. Medicina Física y Rehabilitación 1.23. Medicina familiar 1.38. Oftalmología	1.41. Otorrinolaringología 1.33. Neurología
Clasificación de la enfermedad	G51.0 Parálisis de Bell	
Categoría de GPC	3.1.1. Primario	3.1.2. Secundario
Usuarios potenciales	4.5. Enfermeras generales 4.6. Enfermeras especializadas 4.12. Médicos especialistas	4.13. Médicos generales 4.14. Médicos familiares
Tipo de organización desarrolladora	6.6. Dependencia del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Población blanco	7.5. Adulto 19 a 44 años 7.6. Mediana edad 45 a 64 años	7.7. Adultos mayores 65 a 79 años 7.8. Adultos mayores de 80 y más años
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1. Gobierno Federal	
Intervenciones y actividades consideradas	Diagnóstico oportuno Tratamiento temprano Tratamiento de rehabilitación	
Impacto esperado en salud	Reducción en el número de pacientes con secuelas Rehabilitación oportuna	
Metodología de Actualización¹	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación o rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.	
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 01 vigente de la guía original, del 2000 al 2008 y 45 del 2008 al 2016, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía. Guías seleccionadas: 5 Revisiones sistemáticas: 19 Ensayos clínicos aleatorizados: 0 Estudios observacionales: 7 Otras fuentes seleccionadas: 15	
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Coordinación técnica de excelencia clínica Validación de la guía:	
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.	
Actualización	Fecha de publicación de la actualización: 16/03/2017. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.	

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los signos y síntomas para establecer el diagnóstico de parálisis de Bell?
2. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico recomendado actualmente para la parálisis del Bell?
3. ¿Cuál es el tratamiento de rehabilitación que se recomienda en los pacientes con parálisis de Bell y en qué momento se recomienda iniciarla?
4. ¿Cuál es el manejo oftálmico en la parálisis de Bell?
5. ¿Cuáles son los criterios para referencia del paciente con parálisis de Bell a segundo nivel?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. Justificación

La parálisis de Bell o parálisis facial idiopática, es una debilidad muscular regional de origen periférico y aparición súbita. Diferentes autores concuerdan en una incidencia de entre 11 y 53 casos, por cada 100,000 personas al año y se cree que es resultado de una infección del nervio facial, por el virus del herpes simple (De Almeida J, 2014, Portelinha J, 2015, Baugh R, 2013). Respecto a la afectación por género se ha documentado que la incidencia entre hombres y mujeres es similar, con presentación bimodal en las edades de 20 a 29 años y de 50 a 59 y en la mujer embarazada es 3.3 veces más que la que no lo está (Avendaño-Sosa 2015, Ferrera-Montero 2015). Por otra parte la academia americana de otorrinolaringología describe factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, como: diabetes, obesidad, hipertensión arterial, infecciones de vías aéreas superiores, inmunocomprometidos y embarazo. Aunque típicamente se autolimita, puede causar incompetencia oral temporal significativa y cierre palpebral incompleto que puede ocasionar daño ocular permanente. La mayoría de los pacientes alcanzan la recuperación completa a los 3 o 4 meses (Baugh R, 2013). La recuperación de la función facial es un parámetro importante que guía las recomendaciones de tratamiento. La gravedad inicial de la debilidad, proporciona información valiosa sobre el pronóstico para la recuperación. Comúnmente se utilizan instrumentos de clasificación como la escala de House-Brackmann que cuantifican la gravedad de la debilidad facial. Los pacientes con paresia leve a moderada tienen mayor posibilidad de recuperación, que aquellos con paresia grave o completa. Otro resultado clínico importante son los movimientos involuntarios residuales conocidos como sincinesias, presentes hasta en el 16% de los afectados; mientras que otros pueden tener lagrimeo anormal, conocido como síndrome de Bogorad (lágrimas de cocodrilo) (De Almeida J, 2014).

En México, se estiman 20-30 casos por 100,000 personas al año, en el IMSS, en la unidad de medicina física y rehabilitación del hospital Dr. Victorio de la Fuente Narváez, se registraron 522 nuevos casos en el año 2011, el grupo de edad más afectado se encontró entre los 30 a 39 años, con predominio del sexo femenino (Perez-Guzman J, 2013) y en los 9 primeros meses del año 2016 se habían documentado 621 casos en la misma unidad (Gibraltar A, 2016). Por su parte el ISSSTE, reportó que en el año 2014, se encontró entre los diez primeros motivos de consulta y su grupo de edad más afectado estuvo entre los 51 y 60 años con predominio de mujeres (Cruz-Hernandez J, 2014).

Dada esta perspectiva del problema en nuestro país, el propósito de esta guía de práctica clínica es aportar una herramienta, que sea de utilidad para integrar el diagnóstico y estandarizar el tratamiento oportuno, que permita lograr la máxima recuperación motora y sensitiva, que además reduzca la frecuencia de complicaciones y secuelas que afectan la calidad de vida del paciente y que generan un estigma social. Por todo esto resulta prioritario alcanzar la recuperación completa a través de un esquema de atención consolidado en el primer nivel de atención donde son atendidos las mayorías de estos pacientes.

3.2. Actualización del año 2008 al 2016

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:
 - Título desactualizado: **Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis Facial Idiopática)**
 - Título actualizado: **Diagnóstico y tratamiento del adulto con parálisis de Bell en el primer y segundo nivel de atención**
2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:
 - **Diagnóstico**
 - **Tratamiento**
 - **Rehabilitación**

3.3. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y tratamiento del adulto con parálisis de Bell en el primer y segundo nivel de atención** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer y segundo nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Diagnóstico de la Parálisis de Bell en base a los hallazgos clínicos establecidos en la literatura médica.**
- **Tratamiento inicial integral en el primer nivel de atención.**
- **Educación y orientación del paciente para su adecuada recuperación.**
- **Detección y referencia oportuna de casos que ameriten su envío a segundo nivel.**

Lo anterior favorecerá la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4. Definición

La parálisis de Bell se define como un evento de inicio agudo que afecta el séptimo par craneal (facial), es de etiología desconocida, se manifiesta como una disfuncionalidad parcial o completa de los músculos faciales del lado afectado y es de evolución auto limitada. (Ferreira M, 2015; Gagyor I, 2015; Baugh R, 2013)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	la Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>

4.1. Diagnóstico

4.1.1. Interrogatorio y exploración física

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	La incidencia entre hombres y mujeres es similar, con presentación bimodal en las edades de 20 a 29 años y de 50 a 59 y en la mujer embarazada es 3.3 veces más que la que no lo está	4 NICE <i>Avendaño-Sosa 2015, Ferrera-Montero 2015</i>
E	Son considerados factores de riesgo el embarazo, preeclampsia severa, obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias superiores	4 NICE <i>Baugh R, 2013</i>
R	Al interrogatorio dirigido se deberá investigar acerca de antecedentes como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia o estado de gravidez	D NICE <i>Rodriguez-Ortiz M, 2011</i>
E	El inicio es súbito y los síntomas típicos inician en un máximo de unos pocos días. Adicionalmente los síntomas pueden incluir dolor en el oído y/o retroauricular, debilidad o parestesias del lado afectado de la cara, usualmente con algún déficit objetivo en el examen neurológico, hiperacusia y alteraciones del gusto sobre la parte ipsilateral anterior de la lengua	4 NICE <i>Murthy J. 2011</i>
E	Los síntomas adicionales de la parálisis de Bell pueden incluir dolor leve alrededor del oído o en región retroauricular, occipital y cervical entumecimiento orofaríngeo o facial, algiacusia y disgeusia del lado afectado	1++ NICE <i>Holland N. 2011 Gagyor I, 2015</i>
R	Al interrogatorio dirigido se deberá averiguar específicamente sobre el tiempo de inicio, localización de síntomas, hiperacusia, dolor periauricular o retroauricular, irritación y/o resequeidad ocular, fotofobia, cambios en la visión, alteración del gusto	D NICE <i>Murthy J. 2011</i>
E	Presenta incapacidad parcial o completa de los músculos faciales voluntarios del lado afectado de la cara, ocasiona incompetencia oral y dificultad para el cierre palpebral, que puede ocasionar lesión ocular. Habitualmente es auto limitada	4 NICE <i>Baugh R, 2013</i>

	<p>Las características clínicas de la parálisis de Bell pueden incluir inicio súbito, unilateral, debilidad del nervio facial, dolor auricular y cefalea. Además de dolor retroauricular que puede relacionarse con el algiacusia y disgeusia ipsilateral</p>	<p>1++ NICE <i>Li P, 2015</i></p>
	<p>A la exploración física existe dificultad para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de pliegues frontales • Incremento de la apertura palpebral • Exposición de globo ocular incluso durante el cierre palpebral • Lagofthalmos • Ectropión • Ausencia de pliegue naso geniano • Descenso del ángulo de los labios • Elevar la ceja • Fruncir el entrecejo • Arrugar la nariz • Apretar los labios • Abocinar la boca para soplar o silbar • Oclusión palpebral completa <p>Contrariamente es posible observar fenómeno de Bell sin necesidad de forzar la apertura palpebral</p>	<p>4 NICE <i>Rodriguez-Ortiz M, 2011</i></p>
	<p>A la exploración física se deberá realizar inspección con paciente en reposo y durante la actividad de la motilidad facial haciendo énfasis en la búsqueda de pliegues faciales indefinidos o ausentes, ptosis palpebral, epifora, desviación de la comisura bucal, ausencia o disminución de movimientos de la expresión facial, goteo salival, hiperemia conjuntival, lagofthalmos, signo de Bell</p>	<p>D NICE <i>Baugh R, 2013</i> <i>College of Optometrics, 201</i></p>
	<p>Los médicos deben de evaluar al paciente mediante el interrogatorio y la exploración física para excluir otras posibles causas de parálisis o paresia facial unilateral aguda</p>	<p>Fuerte recomendación AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i></p>
	<p>La escala de House-Brackmann es un indicador pronostico que fue diseñada para cuantificar de forma sistemática la recuperación funcional del nervio facial después de la cirugía que pone el nervio facial en situación de riesgo, también se ha utilizado para evaluar la recuperación después de un traumatismo pero no está diseñada para evaluar la parálisis de Bell en su etapa aguda</p>	<p>4 NICE <i>Baugh R, 2013</i></p>

	La escala de House-Brackmann se puede utilizar para graduar la severidad a lo largo de la evolución con fines comparativos	Punto de buena practica
	El oftalmólogo desempeña un papel fundamental en la evaluación y rehabilitación de estos pacientes. En la fase aguda, la principal prioridad es garantizar la adecuada protección de la córnea, basándose en la intensidad del lagofthalmos, la calidad de fenómeno de Bell, la presencia o ausencia de sensibilidad corneal y el grado de retracción del párpado	3 NICE <i>Portelinha J, 2014</i>
	Los siguientes datos clínicos pueden presentarse durante la parálisis de Bell: angustia estética, irritación ocular, dolor, fotofobia y disminución de la visibilidad, el lagofthalmos nocturno causa hiperemia conjuntival, edema y resequedad corneal que produce erosión o franca ulceración	4 NICE <i>College of Optometrics, 2016</i>
	Estudio observacional retrospectivo realizado en 4463 pacientes con diagnóstico de parálisis de Bell a lo largo de 11 años (2003-2012) concluyo que las complicaciones oftálmicas en la parálisis de Bell son lagofthalmos y queratitis, las cuales no se relacionan con el uso de corticoesteroides o antivirales	3 NICE <i>Nemet A, 2015</i>
	La evaluación oftalmológica incluye la agudeza visual inicial, reacciones pupilares, test de Schirmer, evaluación de la sensibilidad corneal	3 NICE <i>Portelinha J, 2014</i>
	El test de Schirmer valora la función del nervio petroso superficial mayor, se colocan tiras de papel filtro en los sacos conjuntivales inferiores, se compara la lacrimación de ambos ojos en 5 minutos, la reducción de la lacrimación en un 30% o más es significativa	3 NICE <i>Portelinha J, 2014</i>
	Los mecanismos involucrados en el daño ocular en una parálisis de Bell son: <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la función del orbicular: resulta en pobre reflejo palpebral, con inadecuada redistribución de la película lagrimal, retracción palpebral y ectropión • Reducción en la producción de lágrima: si el nervio, está dañada la sección proximal a la rama parasimpática de la glándula lagrimal 	3 NICE <i>College of optometrics 2016</i>

	<p>La evaluación oftalmológica de parálisis de Bell debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función elevadora del párpado superior • Cierre del párpado superior • Fenómeno de Bell • Lagofthalmos • Presencia de ectropión • Retracción del párpado inferior • Inyección conjuntival • Sensibilidad corneal • Desepitelización puntiforme de la córnea 	<p>D NICE <i>College of optometrics 2016</i> <i>Portelinha J, 2014</i> <i>Nemet A, 2015</i></p>
	<p>Múltiples investigadores refieren que existe mayor riesgo de desarrollar parálisis de Bell cuando se tiene en curso un embarazo. Aunque las pruebas no son del todo claras, algunos autores refieren que existen factores como el último trimestre del embarazo, el periodo de puerperio, antecedente de hipertensión crónica de la madre; así, como una estrecha relación con preeclampsia. Sin embargo, la evidencia es de baja calidad con pequeños grupos de estudio.</p>	<p>3 NICE <i>Katz A, 2011</i> <i>Vogell A, 2014</i> <i>Chevalier, 2010</i></p> <p>4 NICE <i>Glass G, 2014</i> <i>Klein A, 2013</i></p>
	<p>Resulta de primordial importancia mantener vigilancia continua del embarazo y prestar atención a cualquier dato clínico que pueda sugerir la presencia de una parálisis facial; además, realizar evaluación constante de presión arterial dada su posible relación con casos de preeclampsia</p>	<p>D NICE <i>College of optometrics 2016</i> <i>Portelinha J, 2014</i> <i>Nemet A, 2015</i></p>

4.1.2. Estudios de laboratorio

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Los estudios de laboratorio se indican en pacientes seleccionados con factores de riesgo identificables o presentación atípica y cuando la historia y el examen físico no sugieren una causa alterna.</p>	<p>C AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i></p>
	<p>No se deben de solicitar exámenes de laboratorio de forma rutinaria en pacientes diagnosticados con parálisis de Bell</p>	<p>Recomendación en contra AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i></p>

4.1.3. Estudios de gabinete

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El uso rutinario de estudios de imagen no se recomienda para la revisión inicial del paciente con parálisis de Bell	C AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i>
	La resonancia magnética no se realiza de manera rutinaria y se realiza para investigar otras posibles causas de parálisis facial, en especial si se ha presentado poca o nula recuperación	Recomendación en contra AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i>

4.2. Tratamiento

4.2.1. Tratamiento sistémico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Estudios doble ciego, aleatorizados, reportan una ganancia significativa de la función motora del nervio facial manejados con prednisona en las primeras 72 horas de inicio durante 10 días de tratamiento mostrando una recuperación del 83% en los primeros tres meses y 94.4% a los 9 meses	A AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i>
	A través de ensayos clínicos aleatorizados se ha demostrado que los corticoesteroides favorece una recuperación facial satisfactoria cuando se inicia el tratamiento en las primeras 48 horas, proporcionan una reducción significativa de sincinesias sin un aparente incremento de efectos adversos	Moderada confianza en la estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i>
	Diversos estudios aleatorizados emplearon prednisona en las primeras 72 horas de inicio de la enfermedad, demostrando un incremento significativo en la proporción de paciente que logran la recuperación completa del nervio	Nivel A AAN <i>Gronseth G, 2012</i>

E	<p>Los corticoesteroides por sí mismos incrementan la tasa de recuperación de la función del nervio facial, independientemente de su presentación y severidad, disminuyen las sincinesias y la disfunción autonómica, siendo más efectivo en las primeras 72 horas. Diversas revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorios han demostrado que los esteroides favorecen la recuperación facial motora en los 12 primeros meses del evento.</p>	<p>Moderada confianza en la estimación del efecto GRADE <i>Holland N, 2011</i></p>
E	<p>La evidencia sugiere que la prednisona ofrece los mayores beneficios como tratamiento actual para la parálisis de Bell en comparación con antivirales</p>	<p>1+ NICE <i>Numthavaj P, 2011</i></p>
E	<p>Una revisión sistemática de ensayos clínicos evaluó los resultados obtenidos al utilizar corticoesteroides en pacientes con diagnóstico de parálisis de Bell. La evidencia concluye que el beneficio es significativo para aquellos pacientes que son tratados</p>	<p>1++ NICE <i>Salinas R, 2010</i></p>
R	<p>Se debe prescribir corticoesteroides orales en las primeras 48 a 72 horas de iniciada la enfermedad en pacientes de 16 años o más. La dosis recomendada es prednisona 60 mg por día, durante 5 días con dosis reducción de 10 mg por día hasta llegar a 10 mg y suspender</p>	<p>Recomendación fuerte AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i></p>
E	<p>Ensayo clínico controlado y diversos metanálisis son consistentes en sus hallazgos en donde la monoterapia antiviral no es mejor que el placebo y es inferior a la terapia esteroidea para la recuperación del nervio</p>	<p>A AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i></p>
E	<p>Los resultados de ensayos clínicos muestran que la monoterapia antiviral no favorece la recuperación facial satisfactoria (RR 1.14, 95% CI 0.80–1.62) además se observa un incremento en el riesgo de sincinesias (RR 1.04, 95% CI 0.75–1.43). Aunque no incrementa el riesgo de eventos adversos mayores (RR 0.50, 95% CI 0.05–5.40) y menores (RR 0.85, 95% CI 0.56–1.29)</p>	<p>Moderada confianza en la estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i></p>
E	<p>Evidencia de moderada calidad concluye que el efecto de los antivirales fue significativamente menor en comparación con los corticoesteroides, al no alcanzar una recuperación completa en estos pacientes</p>	<p>1++ NICE <i>Lockhart P, 2009</i></p>

E	Agentes antivirales como aciclovir o valaciclovir no deben de ser usados de manera rutinaria para el tratamiento y debe considerarse su costo-efectividad, ya que ningún estudio de clase I demostró una mejoría significativa con el uso de antivirales en comparación con placebo	1+ NICE <i>Gronseth G, 2012</i>
E	A través de revisiones sistemáticas se concluye que la monoterapia antiviral no es más efectiva que el placebo para la recuperación de la función motora facial	Evidencia moderada calidad GRADE <i>Holland N, 2011</i>
E	En esta revisión sistemática los antivirales no lograron incrementar la proporción de pacientes que alcanzan la recuperación completa en comparación con otras estrategias como esteroides o placebo	1+ NICE <i>Turgeon R, 2015</i>
E	El tratamiento de la parálisis de Bell con terapia antiviral por sí sola es significativamente menos efectiva que el tratamiento con corticoesteroides solos y no es mejor que el placebo	1+ NICE <i>Numthavaj P, 2011</i>
R	No se recomienda el uso de antivirales como monoterapia en pacientes con parálisis de Bell, ya que no ha demostrado ser más efectiva que el placebo para incrementar la tasa de recuperación	Fuerte recomendación AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i> Fuerte recomendación GRADE <i>De Almeida J, 2014</i>
E	En base a ensayos clínicos controlados con limitaciones menores y estudios observacionales, se ha visto un equilibrio entre los riesgos y beneficios	Evidencia de baja/moderada calidad AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i>
E	Es posible combinar el uso de antivirales y corticoesteroides en pacientes con parálisis de Bell moderada a severa	Moderada confianza en la estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i>
E	Ensayos clínicos de moderada calidad concluyen que no hay beneficio adicional con la combinación de antivirales y corticoesteroides comparado con corticoesteroides solos o placebo en el manejo de parálisis de Bell	1++ NICE <i>Gagyor I, 2015</i>

E	Una revisión sistemática evaluó el beneficio obtenido con corticoesteroides en comparación con antivirales en el tratamiento de parálisis de Bell. Los resultados muestran que el uso de corticoesteroides ofrece mejoría que puede ser discretamente mayor cuando se agrega el uso del antiviral	1+ NICE <i>De Almeida J, 2009</i>
E	En pacientes con parálisis de Bell inicial, los antivirales (en adicción con corticoesteroides) pueden ofrecer un beneficio modesto en la recuperación de la función motora del nervio	NIVEL C AAN <i>Gronseth G, 2012</i>
E	Los esteroides, tales como la prednisona, son efectivos para reducir la inflamación en la parálisis de Bell, siendo más efectiva al combinarse con antivirales	1- NICE <i>Dong Y, 2014</i>
E	El tratamiento con esteroides ha demostrado una mejoría significativa para los pacientes con parálisis de Bell. No existe beneficio de la combinación de esteroides y antivirales	1+ NICE <i>Quant E, 2009</i>
E	La combinación de un agente antiviral y corticoesteroides para el tratamiento de pacientes con parálisis de Bell no se asocia a un incremento en la recuperación completa de la función motora facial	1+ NICE <i>Goudakos J, 2009</i>
E	La evidencia sugiere que el uso de esteroides en el tratamiento de la parálisis de Bell representa la mejor opción de tratamiento; también, permite observar que las tasas de recuperación son ligeramente más altas con adición de antivirales; sin embargo, esta diferencia no es significativa	1+ NICE <i>Numthavaj P, 2011</i>
R	El valor del tratamiento anti-viral en combinación con esteroides sigue siendo cuestionable y no tiene que ser indicado a menos que se sospeche de etiología viral	D NICE <i>Browning G, 2010</i>

4.2.2. Tratamiento local

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	El tratamiento directo para proteger la córnea y restaurar el parpadeo usando la mínima intervención y manteniendo una buena agudeza visual	Muy baja confianza en estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i>

	<p>Prevención del daño corneal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de lentes con protección solar • Administración frecuente de gotas y ungüentos lubricantes • Mantener la humedad corneal usando lentes de contacto • Parchar u ocluir el ojo • Uso de toxina botulínica • Tarsorrafia temporal o permanente en casos severos 	<p>Muy baja confianza en la estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i></p>
	<p>Si bien no ha habido comparaciones directas entre diferentes métodos de protección, basado en el riesgo de abrasión corneal, es crítico recomendar el cuidado de los ojos con cierre palpebral incompleto. Inicialmente, se deben utilizar gotas lubricantes y / o ungüento.</p>	<p>X AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i></p>
	<p>Los médicos deben aplicar protección para los ojos de los pacientes con parálisis de Bell que tiene alteración del cierre palpebral. Entre las estrategias a considerar se encuentran uso de lentes de protección solar, administración frecuente de gotas y ungüentos lubricantes, uso de lentes de contacto o parche oclusivo ocular</p>	<p>Recomendación fuerte AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i> Recomendación fuerte GRADE <i>De Almeida J, 2014</i></p>
	<p>No se identificaron estudios aleatorizados u observacionales que comparan los resultados visuales con y sin medidas de protección de los ojos. Se evaluó como muy baja estimación del efecto debido a la falta de evidencia disponible. Sin embargo, una inadecuada lubricación de la córnea pueden conducir a queratitis por exposición, ulceración y eventualmente pérdida de la visión</p>	<p>Muy baja confianza en estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i></p>
	<p>Se recomienda el uso rutinario de las medidas de protección de los ojos para los pacientes con el cierre del ojo incompleta</p>	<p>Recomendación fuerte GRADE <i>De Almeida J, 2014</i></p>
	<p>Se recomienda el uso de lágrimas artificiales (lubricantes) en gotas durante el día, y la presentación en ungüento durante la noche</p>	<p>Recomendación fuerte GRADE <i>College of optometrics 2016</i></p>
	<p>Se sugiere el uso de hipromelosa al 0.5% durante el día y por las noches hipromelosa al 2%.</p>	<p>Buena práctica clínica</p>

	<p>Medidas generales que ayudan a mejorar las molestias oculares</p> <p>Tratamiento conservador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cierre palpebral con cinta adhesiva suave (micropore) durante las noches (y durante el día si la desecación de la córnea es muy importante) • Gafas de sol para la fotofobia y la protección general durante el día • Lente de contacto terapéutica (si no responde al uso frecuente de lubricantes oculares) • Lente de contacto de hidrogel de silicona o lente escleral 	<p>Recomendación fuerte GRADE <i>College of optometrics 2016</i> <i>De Almeida J, 2014</i></p>
	<p>En casos de queratitis neurotrófica está contraindicado el uso de lente de contacto por la pérdida de la sensibilidad corneal (V par craneal). Estos pacientes están en alto riesgo de infección, que puede aumentarse más aún por el uso de lentes de contacto</p>	<p>Recomendación debil GRADE <i>College of optometrics 2016</i></p>
	<p>Existen diversos reporte sobre el uso de toxina botulínica en pacientes con parálisis de Bell; sin embargo, durante el análisis de la evidencia se observa que los estudios realizados son variados en objetivos y las dosis y lugares de aplicación son diversos y los resultados evaluados de forma muy subjetiva con pequeños grupos de pacientes; así, encontramos estudios que buscan disminuir la asimetría buscando ptosis de la hemicara no afectada o reducir el lagrimeo con inyección directa sobre la glándula.</p>	<p>4 NICE <i>Navarrete-Álvaro A, 2010</i> <i>Reddy U, 2010</i> <i>Olivares-Herrera C, 2010</i> <i>García-Palomares A, 2010</i></p>
	<p>Las inyecciones de toxina botulínica en el músculo elevador del párpado superior se pueden utilizar con anticipación para producir ptosis temporal, para la protección de la córnea, mientras se restaura el movimiento</p>	<p>Muy baja confianza en estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i></p>
	<p>En diversos reportes sugieren el uso de toxina botulínica; sin embargo, la evidencia obtenida hasta el momento no constituye una prueba real de beneficio para estos pacientes, y tampoco se han establecido los criterios específicos para su aplicación por lo que en este momento no se considera un tratamiento de rutina para estos pacientes</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	La presencia de síntomas oculares tales como dolor, irritación o picazón deben ser considerados para realizar una derivación rápida a un oftalmólogo y evitar daños en la córnea	X AAOHNS <i>Baugh R, 2013</i>
	Queda a criterio del médico especialista realizar tratamiento más especializado dependiendo del daño en la superficie ocular. En casos de lagofthalmos severo se puede realizar tarsorrafia temporal para evitar el daño corneal	Punto de buena práctica

4.2.3. Tratamiento de rehabilitación

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Una revisión sistémica evaluó diferentes intervenciones (electroestimulación, calor local, masaje y ejercicio) con medición de resultados a través de recuperación de sincinesias, epifora y espasmo facial a los 6 meses y un año. Los resultados muestran que la evidencia carece de calidad y es insuficiente para apoyar beneficios o daños. Solo en el caso de los ejercicios faciales es posible observar discreta mejoría de la función facial cuando la parálisis ha sido moderada o bien en casos crónicos	1++ NICE <i>Teixeira L, 2011</i>
	Una revisión sistemática identificó cuatro estudios. Tres de los estudios compararon: <ul style="list-style-type: none"> • Electroestimulación/masaje • Electroestimulación/corticoesteroides • Calor, masaje, ejercicios y electroestimulación Los resultados no mostraron beneficios en la recuperación facial	Muy baja confianza en estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i>
	Evidencia de muy baja calidad ofrece poco apoyo para el uso de electroestimulación; además, no ha demostrado ser seguro y tiene un costo adicional.	Recomendación débil GRADE <i>De Almeida J, 2014</i>
	Una revisión sistemática evaluó la información referente a terapia con oxígeno hiperbárico en el proceso de recuperación de la función facial en casos de parálisis de Bell. La conclusión mostro que la evidencia recolectada fue escasa y con baja calidad lo que impidió emitir conclusiones respecto al uso de este tratamiento	1+ NICE <i>Holland N, 2012</i>

	<p>Se realizó una revisión sistemática de la literatura para evaluar el beneficio de la acupuntura en la recuperación de la función facial, se incluyeron 14 artículos. Se evaluó la satisfacción de los pacientes, el tiempo de terapia, las habilidades del acupunturista, los efectos adversos y la incidencia de complicaciones durante la manipulación, llegando a la conclusión de que su beneficio no es superior al obtenido con otras técnicas de terapia física</p>	<p>1++ NICE <i>Li P, 2015</i></p>
	<p>Revisión sistemática evaluaron la efectividad de la acupuntura en la rehabilitación de los pacientes con parálisis de Bell. La evidencia obtenida fue reportada como escasa y de baja calidad, con importantes debilidades metodológicas que muestran limitados beneficios limitados para estos pacientes</p>	<p>1+ NICE <i>Kim J, 2012 Chen N, 2010</i></p>
	<p>La evidencia en relación al tratamiento de la parálisis de Bell con acupuntura, es de baja calidad y no logra establecer beneficios claros respecto a la recuperación de la función facial, por lo que no se considera dentro de los esquemas de rehabilitación rutinaria para estos pacientes</p>	<p>A NICE <i>Kim J, 2012 Li P, 2015 Chen N, 2010</i></p>
	<p>Revisión sistemática que incluye 4 ensayos clínicos, que compararon los ejercicios faciales frente al espejo o biorretroalimentación electromiográfica comparados con grupo control, evaluando a través de simetría facial, sincinesias, movimientos de labio y aspectos físicos y sociales. La evidencia disponible es insuficiente, con escasos pacientes y de baja calidad por lo que sus resultados no logran establecer efectividad de ninguna intervención</p>	<p>1+ NICE <i>Cardoso J, 2008</i></p>
	<p>Una revisión de 6 artículos con 4 de ellos de moderada calidad, donde se utilizó la fisioterapia (ejercicios de mímica facial, masaje, reeducación neuromuscular y educación del paciente), concluyó que los ejercicios faciales favorecen la simetría y movilidad facial, además de reducir las sincinesias</p>	<p>1+ NICE <i>La Touche R, 2008</i></p>

	<p>Se identificó un estudio observacional que evaluó el uso de fisioterapia para los pacientes con recuperación facial incompleta, concluyendo una estimación muy baja del efecto debido a un grave riesgo de sesgo e imprecisión de resultados. El estudio no aleatorizado evaluó dos grupos, uno de los cuales recibió fisioterapia, a base de ejercicio y masaje, y el otro que no recibió intervención. Los pacientes en el grupo de fisioterapia mejoraron la función facial en forma significativa según la clasificación de House-Brackmann (diferencia media 0.6; IC del 95%: 0.1-1.1)</p>	<p>Muy baja confianza en estimación del efecto GRADE De Almeida J, 2014</p>
	<p>Un estudio evaluó los resultados que ofrece la terapia física con ejercicios faciales frente al espejo o con biorretroalimentación. Los resultados sugieren que el ejercicio de mímica es efectivo para la recuperación de función facial</p>	<p>1+ NICE Pereira L, 2011</p>
	<p>Tres estudios fueron incluidos en una revisión sistemática que evalúa el uso de fisioterapia; Sin embargo, la confianza en las estimaciones del efecto fue muy baja debido al riesgo de sesgo, indirecto e imprecisión</p>	<p>Muy baja confianza en estimación del efecto GRADE De Almeida J, 2014</p>
	<p>Hasta la fecha, la evidencia es contradictoria, respecto al uso de fisioterapia, en la recuperación de la debilidad facial. Sin embargo, muchos autores recomiendan su instauración, lo más pronto posible, en cualquiera de sus modalidades principalmente en la reeducación neuromuscular y ejercicios de mímica facial (ver cuadro 2)</p> <p>*Algunos autores prefieren abstenerse de emitir recomendaciones, mientras que otros sugieren iniciar la terapia física lo más pronto posible.</p>	<p>A NICE La Touche R, 2008 Ferreira M, 2015 Cardoso J, 2008</p> <p>D NICE Ferro R, 2009 Ferrera-Montero 2015 Rodriguez-Ortiz M, 2011 Zhao Y, 2015</p> <p>Muy baja confianza en estimación del efecto GRADE De Almeida 2014</p>
	<p>El medico deberá especificar el grado de afectación de la parálisis de acuerdo a la Clasificación de House-Brackmann y Sistema Convencional de Calificación de la Parálisis Facial (Cuadro 1)</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

4.2.4. Tratamiento quirúrgico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Los estudios identificados en relación a tratamiento, revelan serias limitaciones metodológicas. Los enfoques quirúrgicos estudiados fueron heterogéneos, sólo dos de los seis estudios evaluaron descompresión del segmento laberíntico (foramen del meato), mediante abordaje de fosa craneal media, donde se supone se presenta la lesión en la parálisis de Bell. Un estudio aleatorizado de cirugía mostró beneficio significativo en relación con el tratamiento médico (91% vs. 42% de probabilidades de una recuperación razonable). La descompresión quirúrgica tiene riesgos graves, como pérdida auditiva (3% -10%), mayor daño al nervio facial y pérdida de líquido cefalorraquídeo (4%)</p>	<p>Muy baja confianza en estimación del efecto GRADE <i>De Almeida J, 2014</i></p>
	<p>Una revisión sistemática busco evaluar el efecto de la cirugía en pacientes con parálisis de Bell. La evidencia localizada fue escasa y de muy baja calidad lo que hace imposible emitir conclusiones respecto al tratamiento quirúrgico en estos pacientes</p>	<p>1+ NICE <i>McAllister K, 2013</i></p>
	<p>En contra del uso rutinario de la descompresión del nervio facial. Los pacientes deben considerar esta opción sólo si tienen severa degeneración del nervio facial en electroneuromiografía, si están dispuestos a aceptar los riesgos quirúrgicos y si la cirugía se va a realizar en una instalación de tratamiento avanzado.</p>	<p>Recomendación débil GRADE <i>De Almeida J, 2014</i></p>

4.3. Referencia

4.3.1. Referencia y contrareferencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Para los pacientes con ninguna mejora en la función del nervio facial o progresión de la parálisis del nervio facial, el envío a un otorrinolaringólogo puede ser razonable para confirmar el diagnóstico y para excluir otras condiciones. La remisión a un especialista puede defender el diagnóstico de neoplasias malignas de la base del cráneo o schwannomas del nervio facial benignos, los cuales pueden debutar como parálisis de Bell. Las consecuencias catastróficas de tener una enfermedad grave que imita la parálisis de Bell, aunque poco frecuente, pueden ocasionar daño grave	Muy baja confianza en las estimaciones GRADE <i>De Almeida J, 2014</i>
	Todos los pacientes que presenten parálisis facial con recuperación atrasada deben ser referidos para manejo por un otorrinolaringólogo o cirujano de cabeza y cuello u otros especialistas.	4 NICE <i>Holland J. 2011</i>
	Si un otorrinolaringólogo con experiencia en parálisis facial fue inicialmente el que proporcionó la primera atención, es preferible y razonable que continúe las visitas subsiguientes para su revaloración clínica con dicho especialista	4 NICE <i>De Almeida J. 2014</i>
	Hallazgos que sugieren un origen neoplásico: progresión de la parálisis facial a lo largo de 3 o más semanas; falta de recuperación de la función después de 3 – 6 meses del inicio: falta de recuperación de una paresia incompleta tras 2 meses, espasmos hemifaciales previos a la parálisis; afectación de pares craneales regionales; parálisis de masas en el oído medio, conducto auditivo externo, región digástrica o glándula parótida	4 NICE <i>Lara-Martinez S, 2010</i>
	Se recomienda el envío al especialista en otorrinolaringología para pacientes que no muestran mejoría o presentan debilidad progresiva	Recomendación fuerte GRADE <i>De Almeida J, 2014</i>
	La alteración en el resto de los pares craneales es indicativa de valoración en el segundo nivel de atención	D NICE <i>Perez-Guzman J, 2013</i>

	<p>Se debe considerar una referencia cuando existe la posibilidad de resolución incompleta o secuelas tales como parálisis facial moderada a severa, sincinesia, disfunción autónoma (espasmo hemifacial y epifora constante), contractura de los tejidos faciales.</p>	<p>4 NICE <i>McCaul A. 2014</i></p>
	<p>Los envíos a un especialista deberán considerarse en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurología: En caso de haber nuevos hallazgos neurológicos • Oftalmología: casos severos con oclusión palpebral incompleta • Psicología: parálisis facial persistente, depresión y dolor crónico 	<p>4 NICE <i>De Almeida J. 2014</i></p>
	<p>Las pruebas de laboratorio de rutina y diagnóstico por imagen no está indicado en pacientes con diagnóstico inicial de parálisis de Bell, pero deben llevarse a cabo en pacientes con factores de riesgo, casos atípicos o casos sin resolución en 4 meses</p>	<p>3 NICE <i>Portelinha J, 2014</i></p>
	<p>Se recomienda considerar diferentes áreas médicas de acuerdo a su situación clínica específica del paciente; para decidir su envío al segundo nivel de atención cuando no respondan de manera efectiva al tratamiento, o aquellos que presenten datos clínicos agregados a la falta de respuesta al tratamiento. Las áreas clínicas de apoyo pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurología • Otorrinolaringología • Oftalmología • Psicología • Rehabilitación 	<p>Punto de buena práctica</p>

5. ANEXOS

5.1. Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Diagnóstico y tratamiento del adulto con parálisis de Bell en el primero y segundo nivel de atención**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **idioma inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **10 años**
- Documentos enfocados **diagnóstico y tratamiento**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

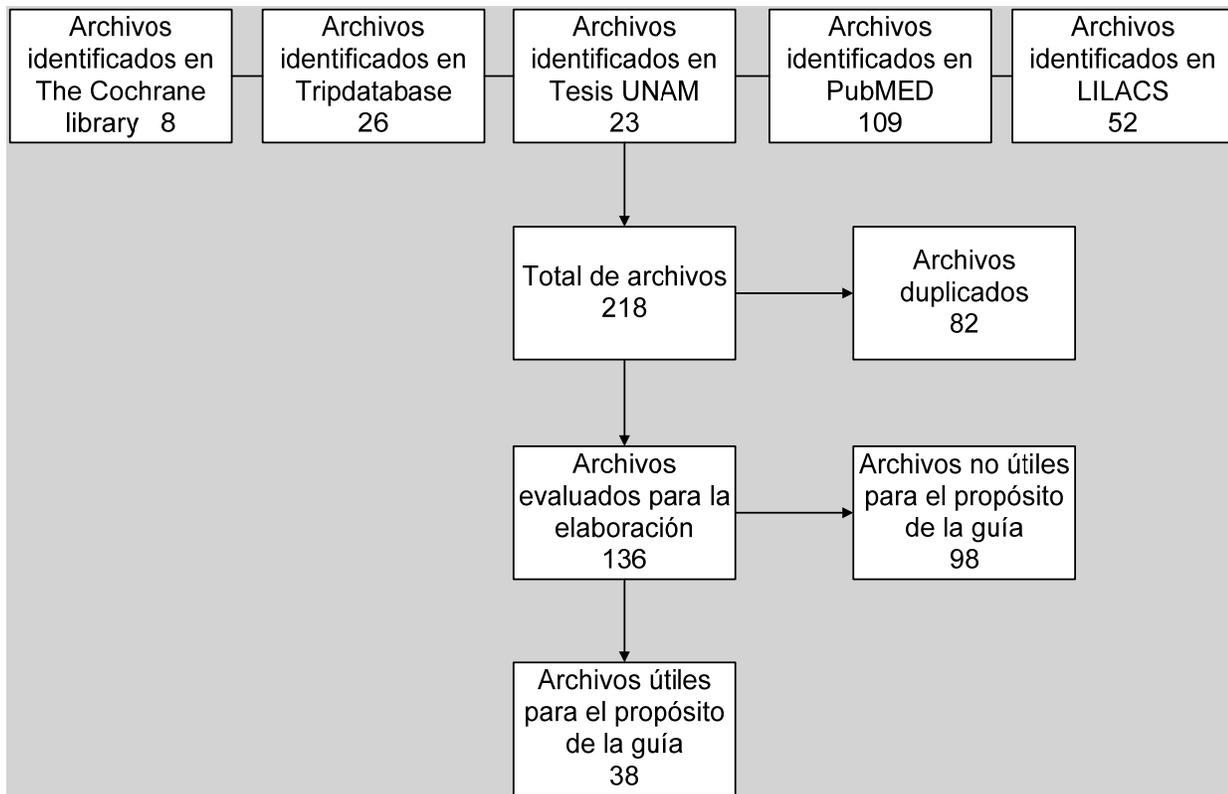
5.1.1. Estrategia de búsqueda

5.1.1.1. Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Diagnóstico y tratamiento del adulto con parálisis de Bell en el primer y segundo nivel de atención** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizaron los términos **"Facial Paralysis"[Mesh] o "paralysis"[MeSH] o "bell palsy"[MeSH]**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 158 resultados, de los cuales se utilizaron 27 documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
Búsqueda de PubMed	documentos obtenidos/ útiles
(((((overview[tw] OR overview'[tw] OR overview's[tw] OR overview2[tw] OR overviewed[tw] OR overviewer[tw] OR overviewers[tw] OR overviews[tw] OR overviewing[tw] OR overviewn[tw] OR overviewon[tw] OR overviewpredictive[tw] OR overviewprognostic[tw] OR overviews[tw] OR overviews'[tw] OR overviews''[tw] OR overviewstudy[tw]) OR practice guideline[pt]) OR meta-analysis[pt]) OR systematic review[ti]) OR sysrev_methods[sb]) AND (((((((((((((((((((("facial expression"[MeSH Terms] OR ("facial"[All Fields] AND "expression"[All Fields]) OR "facial expression"[All Fields] OR ("facial"[All Fields] AND "expressions"[All Fields]) OR "facial expressions"[All Fields]) OR "Hot Temperature"[Mesh]) OR "Transcutaneous Electric Nerve Stimulation"[Mesh]) OR "Massage"[Mesh]) OR "Acupuncture Therapy"[Mesh]) OR "Acupuncture"[Mesh]) OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh])	34 /21

OR "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR "Microvascular Decompression Surgery"[Mesh]) OR "hydroxyethylcellulose"[Supplementary Concept]) OR "Gel Tears acrylic resin"[Supplementary Concept]) OR "Lubricant Eye Drops"[Mesh]) OR "Contact Lenses, Hydrophilic"[Mesh] OR "Contact Lenses"[Mesh]) OR "Ointment Bases"[Pharmacological Action]) OR "Ointment Bases"[Mesh]) OR "Ointments"[Mesh]) OR "onabotulinumtoxinA"[Supplementary Concept]) OR "Eye Protective Devices"[Mesh]) OR "Exercise Movement Techniques"[Mesh]) OR "Exercise"[Mesh]) OR "Steroids"[Mesh]) OR "Adrenal Cortex Hormones"[Mesh]) OR "Antiviral Agents"[Pharmacological Action]) OR "Antiviral Agents"[Mesh]) AND (((("paralysis"[MeSH Terms] OR "paralysis"[All Fields] OR "palsy"[All Fields]) AND bell[All Fields]) OR "Facial Paralysis"[Mesh]) OR ("bell palsy"[MeSH Terms] OR ("bell"[All Fields] AND "palsy"[All Fields]) OR "bell palsy"[All Fields] OR ("bell's"[All Fields] AND "palsy"[All Fields]) OR "bell's palsy"[All Fields])) OR ("bell palsy"[MeSH Terms] OR ("bell"[All Fields] AND "palsy"[All Fields]) OR "bell palsy"[All Fields] OR ("bells"[All Fields] AND "palsy"[All Fields]) OR "bells palsy"[All Fields])) AND ("2006/07/05"[PDat] : "2016/07/01"[PDat])	
("bell palsy"[MeSH Terms] OR ("bell"[All Fields] AND "palsy"[All Fields]) OR "bell palsy"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields])) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2006/07/11"[PDat] : "2016/07/07"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	62/26
"Bell Palsy"[Mesh] AND "complications"[Subheading] AND ((Observational Study[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb] OR Clinical Trial[ptyp]) AND "2006/07/15"[PDat] : "2016/07/11"[PDat])	13/7
LILACS	
tw:((tw:(paralisis de bell)) AND (instance:"regional")) AND (instance:"regional") AND (mh:("Parálisis de Bell/CO" OR "Parálisis de Bell/DI" OR "Parálisis de Bell/RH" OR "Parálisis de Bell/TH"))	29 / 0
"Bell Palsy"[Mesh] AND ("Botulinum Toxins, Type A"[Mesh] AND "2006/07/16"[PDat] : "2016/07/12"[PDat]) AND ("2006/07/16"[PDat] : "2016/07/12"[PDat])	4 / 2
"Bell Palsy"[Mesh] AND "Pregnancy"[Mesh] AND ("2006/07/16"[PDat] : "2016/07/12"[PDat])	19 / 7



BÚSQUEDA	RESULTADO
Base de datos	documentos obtenidos/útiles
Cochrane	
#1 - MeSH descriptor: [Bell Palsy]	6/6
2 - MeSH descriptor: [Facial Paralysis]	2/0
Trypdatabase	
26 results for "bell palsy", by date	26/ 14

5.1.1.2. Segunda etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **Facial palsy, Bell Palsy**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Nacional Guidelines Cleringhouse	6	2
The college of optometrists	1	1
IMBIOMED	11	1
American Academy of Otolaryngology — Head and Neck Surgery	1	1
American Academy of Neurology	1	1
Colección de tesis UNAM	23	2
Total	43	8

En los siguientes sitios Web no se obtuvieron resultados: The Royal College of Ophthalmologists, SIGN, NICE, American Academy Ophthalmology. En resumen, de 261 resultados encontrados, 46 fueron útiles para el desarrollo de esta guía y uno que se conservó de la versión anterior.

5.2. Escalas de gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación, Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY—HEAD AND NECK SURGERY (AAOHNHNS)

Declaración	Definición	Implicación
Fuerte Recomendación	Una Recomendación fuerte significa que el beneficio de la recomendación claramente excede los daños (o que los daños claramente exceden el beneficio en caso de una Recomendación fuerte negativa) y donde la calidad de la evidencia que lo soporta es excelente (Grado A o B). En algunas circunstancias claramente identificables, las fuertes recomendaciones pueden ser basadas en evidencia menor cuando una alta calidad de evidencia es imposible de obtener y los beneficios anticipados fuertemente sobrepasan los daños.	Los médicos deben seguir una Recomendación fuerte a menos que una propuesta convincente se presente como alternativa.
Recomendación	Una recomendación significa que el beneficio supera el daño (o que el daño supera el beneficio en caso de una recomendación negativa) pero la calidad de la evidencia no es tan fuerte (Grado B o C). En algunas circunstancias claramente identificables las recomendaciones pueden basarse en evidencia menor cuando una alta calidad de evidencia es imposible de obtener y los beneficios anticipados fuertemente sobrepasan los daños.	Los médicos deben generalmente seguir la recomendación pero deben de estar alertas a nueva información y sensible a las preferencias del paciente.
Opción	Una opción significa que la calidad de la evidencia que existe es sospechosa (Grado D) o que los estudios adecuadamente hechos (Grado A, B o C) muestran un pequeño claro avance entre una aproximación y otra.	Los médicos deben de ser flexibles en la toma de decisión en relación con una práctica adecuada, aunque ellos pueden establecer amarres o alternativas. La preferencia del paciente tiene una influencia substancial en el papel.
Sin recomendación	Sin recomendación significa que tanto existe una carencia de evidencia pertinente (Grado D) y es poco claro el balance entre beneficios y daños.	Los médicos deben de percibir cierta restricción en su toma de decisión y deben de estar alertas a la publicación de nueva evidencia que clarifique el balance entre riesgo y beneficio. La preferencia del paciente debe tener un papel fundamental en la decisión.

Clinical practice guideline: Bell's palsy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Nov;149(3 Suppl):S1-27. doi: 10.1177/0194599813505967

GRADE por Holland

Nivel de Evidencia	Interpretación
Alta calidad	Es muy poco probable que nuevas investigaciones cambien la confianza en la estimación del efecto
Baja calidad	Es muy probable que la estimación del efecto cambie y tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto
Moderada calidad	Es probable que investigación adicional tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y que pueda cambiar la estimación

Holland NJ, Bernstein JM. Bell's palsy. BMJ Clin Evid. 2011 Apr 9; 2014. pii: 1204. PMID: 24717284

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. GRADE

- Se evaluó la importancia de cada resultado como no importante, importante o crítico. Cada miembro de panel evaluó cada resultado en una escala del 1 al 9 y nosotros clasificamos los promedios principales del 1 al 3 como no importante, del 4 al 6 como importante pero no crítico y del 7 al 9 como crítico.
- Se evaluó la seguridad del efecto estimado por cada resultado como muy bajo, bajo, moderado o alto en base a factores que disminuyan o incrementen la seguridad en el efecto estimado. Los factores que pueden disminuir la seguridad del efecto estimado incluyen el riesgo de sesgo, inconsistencia de los resultados, evidencia indirecta, imprecisión y sesgo de publicación. Los factores que pueden incrementar la seguridad del efecto estimado incluyen una larga magnitud del efecto, consideración de los factores de confusión que puede reducir el efecto demostrado y el gradiente dosis –respuesta.
- Para la calificación de la confianza general en la estimación del efecto de cualquier recomendación, se consideraron solamente resultados críticos. Se determinó la confianza general en la estimación del efecto para cualquier recomendación tomando la confianza el nivel más bajo de la estimación del efecto de cualquier resultado crítico para la recomendación
- Se categorizaron recomendaciones como fuerte o débil sobre la base de cuatro factores : el balance de las consecuencias deseadas y no deseadas , la confianza en las estimaciones del efecto de los resultados críticos , la variabilidad en los valores del paciente y preferencias, y las implicaciones relacionadas con la utilización de los recursos.

Clasificación. American Academy of Neurology (AAN)

Clase I. La evidencia proporcionada por un estudio aleatorizado, controlado clínica (ECA) con la evaluación del resultado enmascarado en una población representativa. Se requiere lo siguiente: a) los resultados primarios están claramente definidos; b) los criterios de inclusión y exclusión son claramente definidas; c) la contabilidad adecuada de los abandonos y cruzamientos con un número suficientemente bajas para tener un potencial mínimo de sesgo; y d) las características iniciales relevantes son sustancialmente equivalentes entre los grupos de tratamiento.

Clase II. La evidencia proporcionada por un estudio de cohorte prospectivo emparejado en una población representativa con la evaluación del resultado cegado que cumpla con el pase d por encima o un ECA que carece de un criterio a hasta d

Clase III. El resto de los ensayos controlados (incluidos los controles o pacientes que sirven como sus propios controles historia natural bien definidos) en una población representativa en la evaluación del resultado es independiente del tratamiento del paciente.

Clase IV. La evidencia de estudios que evalúan los resultados no independientes del tratamiento, los estudios no controlados, series de casos, informes de casos, o la opinión de expertos.

A. Establecido como efectiva, ineficaz o dañina (o establecido como útil / predictivo o no útil / predictivo) para la condición dada en la población especificada (nivel A calificación requiere al menos dos clases consistentes estudios I)

B. Probablemente eficaz, ineficaz o dañina (o probablemente útil / predictivo o no útil / predictivo) para la condición dada en la población especificada. (Valoración Nivel B requiere por lo menos una clase de estudio o dos estudios consistentes Clase II)

C. Posiblemente eficaz, ineficaz o perjudicial (o posiblemente útil / predictivo o no útil / predictivo) para la condición dada la población específica. clasificación de nivel C requiere al menos un estudio de Clase II o dos estudios consistentes Clase III)

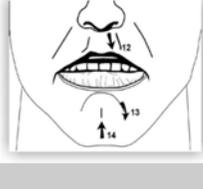
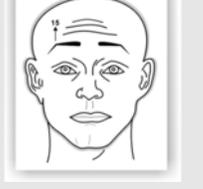
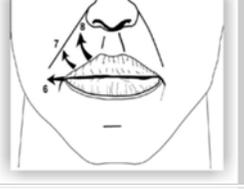
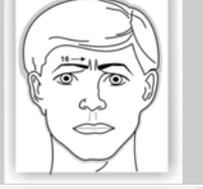
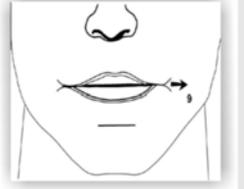
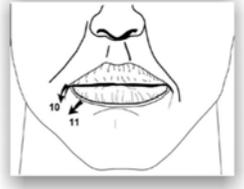
U. Datos inadecuados o conflictivos; conocimiento dado actual, el tratamiento (ensayo, predictor) no está comprobada

5.3. Cuadros o figuras

Cuadro 1. Clasificación de House Brackmann y sistema convencional de calificación de la parálisis facial

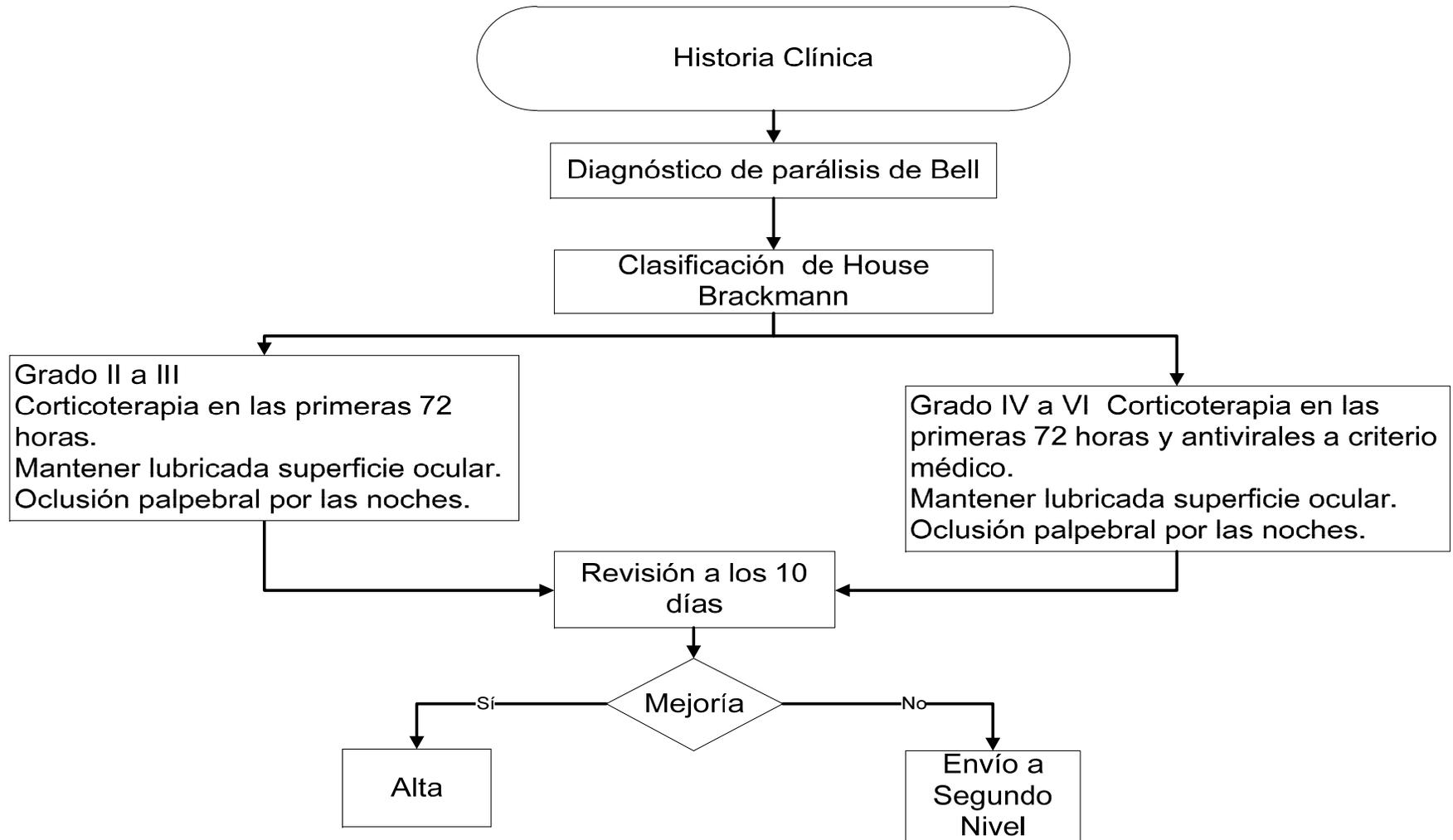
Grado	Sistema de House Brackmann	Sistema convencional	Descripción
I	Función facial normal en todas sus áreas	3	Normal
II	Disfunción leve Global. Debilidad superficial notable a la inspección cercana. Puede haber sincinesias mínimas. Al reposo, tono y simetría normal. Movimiento de frente: función de buena a moderada. Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca: asimetría mínima al movimiento	2	Paresia leve Asimetría al movimiento, y simetría en reposo
III	Disfunción leve a moderada Asimetría al movimiento Global: obvia pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad. Existencia de sincinesias y/o aumento del tono de músculos faciales. Movimiento de frente: movimientos moderados a ligeros. Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca : ligera debilidad con el máximo esfuerzo	2	Paresia leve Asimetría al movimiento, y simetría en reposo
IV	Disfunción moderada a severa paresia moderada Global: debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa Asimetría al reposo y actividad Al reposo asimetría Movimiento de frente: ninguno Ojo: cierre incompleto Boca: asimetría al esfuerzo	1	Paresia moderada asimetría al reposo y al movimiento
V	Disfunción severa Global: solamente movimientos apenas perceptibles Asimetría al reposo. Movimiento de frente: ninguno Ojo; cierre incompleto Boca: movimientos ligeros	0	Parálisis total Asimetría al reposo y al movimiento
VI	Parálisis total Ningún movimiento	0	Parálisis total Asimetría al reposo y al movimiento

Cuadro 2. Ejercicios de reeducación muscular facial

Actividad y músculos participantes	Imagen	Actividad y músculos participantes	Imagen
Contraer los labios como si se fuera a dar un beso (1.Orbicular de los labios 2.Compresor)		Arrugar el mentón (12. Mirtiforme 13. Cuadrado de la barba 14. Borla de la barba)	
Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes (3.Dilatador de la nariz 4.Canino 5.Elevador del labio superior)		Elevar las cejas (15. Occipitofrontal)	
Expulsar aire lentamente como si se soplara a través de un popote (6. Buccinador 7.Cigomáticomayor 8.Cigomático menor)		Juntar las cejas (16. Ciliar)	
Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás (9. Risorio)		Cerrar los ojos (17. Orbicular de los párpados)	
Apretar los dientes lo más fuerte posible (10. Cutáneo del cuello 11. Triangular de los labios)			

Pérez-Chavez E, Gámez MC, Guzmán GJM, Escobar RD, López RVM, Montes D, Mora CJR, Ramírez CJ. Guía Clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. Perez Ch. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2004; 42(5)425-436

5.4. Diagrama de flujo



5.5. Listado de recursos

5.5.1. Tabla de medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Parálisis de Bell** del **Cuadro Básico del Instituto Mexicano del Seguro Social**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.0472.00	Prednisona	Prednisona 60 mg por día, durante 5 días con dosis reducción de 10 mg por día hasta llegar a 10 mg y suspender	Tableta 5 mg	10 días	Catarata subcapsular posterior, hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis, súper infecciones, glaucoma, coma hiperosmolar, hiperglucemia, hipercatabolismo muscular, cicatrización retardada y retraso en el crecimiento	Con digitálicos aumenta el riesgo de arritmias cardíacas, aumenta la biotransformación de isoniacida. Aumenta la hipokalemia con diuréticos tiazídicos, furosemide y anfotericina B. La rifampicina, fenitoína y fenobarbital, aumentan su biotransformación hepática. Con estrógenos disminuye su biotransformación. Con antiácidos disminuye su absorción intestinal	Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis activa, diabetes mellitus descontrolada, infección sistémica, úlcera péptica, crisis hipertensiva
010.000.0473.00	Prednisona		Tableta 50 mg				
010.000.2814.00	Hipromelosa	Aplicar una gota c/4 horas durante un mes	Solución oftálmica al 0.5%	A criterio del médico	Visión borrosa transitoria, irritación leve, edema, hiperemia	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco

5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Parálisis de Bell		
CIE-9-MC / CIE-10	G51.0 Parálisis de Bell		
Código del CMGPC:			
TÍTULO DE LA GPC			
Diagnóstico y Tratamiento de Parálisis de Bell en el primer y segundo nivel de atención			Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Toda la población	Médicos Generales, Familiares, y Especialistas de 2 nivel	Primero y segundo	(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
DIAGNÓSTICO			
¿Interroga y documenta en el expediente clínico sobre factores de riesgo tales como hipertensión, diabetes, embarazo e hipercolesterolemia?			
¿Interroga y documenta en el expediente clínico sobre tiempo de inicio del padecimiento, localización, síntomas oculares, auditivos y faciales?			
¿Explora y documenta en el expediente clínico los hallazgos detectados: alteraciones faciales, alteraciones oculares, auditivas y signo de Bell?			
¿Clasifica y documenta en el expediente clínico el grado de afectación según la escala de House Brackmann para emitir plan de tratamiento o derivación oportuna?			
TRATAMIENTO			
¿Documenta y prescribe corticoesteroides orales en las primeras 48 a 72 horas de iniciada la enfermedad en pacientes de 16 años o más?			
¿Prednisona 60 mg por día, durante 5 días con dosis reducción de 10 mg por día hasta llegar a 10 mg y suspender?			
PRONÓSTICO			
¿Proporciona y documenta en el expediente clínico la cita subsecuente para detectar oportunamente los casos que ameriten su derivación al segundo nivel?			
EVALUACION			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

6. GLOSARIO

Abocinar: Dificultad para soplar

Algiacusia: alteración de la audición, también llamado disconfort sonoro. Es hipersensibilidad a los sonidos y no pueden tolerar niveles normales de ruido.

Biorretroalimentación electromiográfica: es un proceso en el cual se supervisa y amplifica cualquier señal fisiológica para manipular la respuesta muscular. Esto permite aumentar o disminuir voluntariamente dicha actividad, dependiendo de la información recibida.

Disgeusia: alteración en el sentido del gusto.

Ectropión: eversión del borde palpebral inferior que ocasiona la exposición de parte de la superficie conjuntival y se acompaña de epifora por eversión de los puntos lagrimales, e hipertrofia de la conjuntiva.

Epifora: lagrimeo generado debido a incapacidad para progresar hacia el saco lagrimal por debilidad del músculo orbicular del párpado

Espasmo hemifacial: síndrome de compresión vascular caracterizado por contracción sincrónica de los músculos unilaterales, por aumento del tono en hemicara afectada que desaparece con el sueño

Fenómeno de Bell o signo de Bell: es el movimiento involuntario de los globos oculares hacia arriba durante el cierre palpebral. En la parálisis facial la retracción palpebral permite observar el desplazamiento del globo sin necesidad de forzar la apertura palpebral requerida para su exploración en pacientes sin parálisis.

Función elevadora del párpado: es la capacidad que tiene el musculo elevador del párpado superior de levantar dicho musculo cuando el paciente se encuentra en ortoposición sin ayuda de otros músculos de la cara. Dicha función se mide de la siguiente manera:

1. Colocar el pulgar o la palma de la mano sobre la frente del paciente. Esta maniobra previene que el músculo frontal asista al elevador del párpado, lo que permitirá valorar la función del elevador.
2. Pedir al paciente que mire hacia abajo, colocar el cero de la regla sobre el borde del párpado superior, sin tocar las pestañas.
3. Sin mover la regla, pedir al paciente que mire al frente hacia un punto lejano. Mantener la regla fija, medir la nueva localización del borde del párpado. La diferencia entre las dos mediciones (la cantidad total de excursión del elevador) nos da la función del elevador.
4. Registrar la función del elevador para cada ojo en milímetros.

Lagoftalmos: dificultad o imposibilidad para lograr el cierre de la hendidura palpebral. El ojo del lado afectado está más abierto que el del lado sano, debido al predominio del tono del músculo elevador del párpado superior inervado por el tercer par craneal, sobre el orbicular de los párpados inervados por el facial.

Movilización activa: ejercicios del paciente frente al espejo, sin intervención manual del fisioterapeuta.

Movilización activa asistida: ayuda manual (proporcionada por otra persona) sumada al esfuerzo muscular del paciente, que culmina en movimiento cercano al normal, con reeducación frente al espejo.

Movilización pasiva: ejercicios realizados por el fisioterapeuta, mediante manipulación manual y reeducación frente al espejo, cuando la afectación muscular es severa y el paciente no es capaz de iniciar el movimiento voluntariamente.

Queratitis neurotrófica: es una enfermedad degenerativa caracterizada por una sensibilidad corneal disminuida. Ello hace que la córnea sea más susceptible al traumatismo y que disminuya la lágrima refleja. La desepitelización puede dar lugar a una ulceración, infección, e incluso perforación.

Reeducación neuromuscular: ejercicio terapéutico cuyo objetivo es el dominio voluntario de la musculatura, mediante la activación, coordinación y resistencia a la fatiga.

Sincinesias: movimiento involuntario y anárquico de la hemicara afectada

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Avendaño-Sosa GM; Sánchez-Ramón J; Valier-Izquierdo CY; Chapital-Solís BR; Arcos González IR; Experiencia en el manejo de parálisis facial periférica con vendaje neuromuscular en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Tabasco Salud en Tabasco 2015, 21 (2-3)
2. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, Deckard NA, Dawson C, Driscoll C, Gillespie MB, Gurgel RK, Halperin J, Khalid AN, Kumar KA, Micco A, Munsell D, Rosenbaum S, Vaughan W. Clinical practice guideline: Bell's palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Nov;149(3 Suppl):S1-27. doi: 10.1177/0194599813505967.
3. Browning G.G. Bell's palsy: a review of three systematic reviews of steroid and anti-viral therapy. *Clinical Otolaryngology*, 2010, 35, 56-58
4. Cardoso JR, Teixeira EC, Moreira MD, Fávero FM, Fontes SV, Bulle de Oliveira AS. Effects of exercises on Bell's palsy: systematic review of randomized controlled trials. *Otol Neurotol.* 2008 Jun;29(4):557-60. doi: 10.1097/MAO.0b013e31816c7bf1. Review.
5. Chen N, Zhou M, He L, Zhou D, Li N. Acupuncture for Bell's palsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Aug 4;(8):CD002914. doi: 10.1002/14651858.CD002914.pub5.
6. Chevalier V, Arbab-Chirani R, Tea SH, Roux M. Facial palsy after inferior alveolar nerve block: case report and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Nov;39(11):1139-42. doi: 10.1016/j.ijom.2010.04.049. Epub 2010 Jun 3.
7. College of Optometric. Clinical management guidelines. Facial palsy (Bell's palsy). Version 11, Page 3 of 3 Date of search 16.08.15; Date of revision 18.12.15; Date of publication 02.03.16; Date for review 15.08.17. Acceso el 01-07-2016
8. Cruz-Hernandez HA, 2014. Características epidemiológicas, clínicas y electromiografías de la parálisis facial periférica en pacientes tratados en el servicio de medicina física y rehabilitación del hospital regional "1° de octubre del ISSSTE durante los años 2012 y 2013. Tesis medico en medicina física y rehabilitación. Universidad Nacional Autónoma de México.
9. De Almeida JR, Guyatt GH, Sud S, Dorion J, Hill MD, Kolber MR, Lea J, Reg SL, Somogyi BK, Westerberg BD, White C, Chen JM; Bell Palsy Working Group, Canadian Society of Otolaryngology - Head and Neck Surgery and Canadian Neurological Sciences Federation. Management of Bell palsy: clinical practice guideline. *CMAJ.* 2014 Sep 2;186(12):917-22. doi: 10.1503/cmaj.131801. Epub 2014 Jun 16. No abstract available
10. Dong Y, Zhu Y, Ma C, Zhao H. Steroid-antivirals treatment versus steroids alone for the treatment of Bell's palsy: a meta-analysis *Int J Clin Exp Med* 2015; 8(1):413-421
11. Ferreira M, Marques EE, Duarte JA, Santos PC. Physical therapy with drug treatment in Bell palsy: a focused review. *Am J Phys Med Rehabil.* 2015 Apr;94(4):331-40. doi: 10.1097/PHM.0000000000000255.
12. Ferrera MT, Hernández ZM, Risset CL, Castro CV. Evaluación clínica y funcional de pacientes con parálisis de Bell tratados con láser *Clinical and functional evaluation of patients with Bell's palsy treated with laser.* MEDISAN [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Ago 29]; 19(12): 1459-1465. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001200004&lng=es.
13. Ferro, R. J., & Jairala, J. I. Parálisis de Bell. Publicación digital de la 1ra Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica. 03 octubre 2009. Consultado <http://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/Especiales/38/Especiales%20-%20Paralisis%20de%20Bell.pdf>
14. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Nov 9;(11):CD001869. doi: 10.1002/14651858.CD001869.pub8.
15. Garcia-Palomares AA, 2010. Experiencia del Servicio de oncooftalmología del centro médico nacional siglo XXI con el uso de la toxina botulínica para el tratamiento de lagrimeo en pacientes con parálisis facial o disfunción del sistema de drenaje de la lagrimea. Tesis para especialista en oftalmología. Universidad Nacional Autónoma de México. 45 paginas.
16. Gibraltar Conde Aide. Comunicación personal, 30 septiembre 2016.
17. Glass GE, Tzafetta K. Bell's palsy: a summary of current evidence and referral algorithm. *Fam Pract.* 2014 Dec;31(6):631-42. doi: 10.1093/fampra/cmu058. Epub 2014 Sep 10.
18. Goudakos JK, Markou KD. Corticosteroids vs corticosteroids plus antiviral agents in the treatment of Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Jun; 135(6):558-64. doi: 10.1001/archoto.2009.44.
19. Gronseth GS, Paduga R; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: steroids and antivirals for Bell palsy: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2012 Nov 27;79(22):2209-13. doi: 10.1212/WNL.0b013e318275978c. Epub 2012 Nov 7.
20. Holland NJ, Bernstein JM. Bell's palsy. *BMJ Clin Evid.* 2011 Apr 9; 2014. pii: 1204. PMID: 24717284
21. Holland NJ, Bernstein JM, Hamilton JW. Hyperbaric oxygen therapy for Bell's palsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15;(2):CD007288. doi: 10.1002/14651858.CD007288.pub2. Review.

22. Katz A, Sergienko R, Dior U, Wiznitzer A, Kaplan DM, Sheiner E. Bell's palsy during pregnancy: is it associated with adverse perinatal outcome? *Laryngoscope*. 2011 Jul;121(7):1395-8. doi: 10.1002/lary.21860. Epub 2011 May 16.
23. 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 Jan;18(1):48-55. doi: 10.1007/s11655-011-0861-5. Epub 2011 Oct 12.
24. Klein A. Peripheral nerve disease in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2013 Jun;56(2):382-8. doi: 10.1097/GRF.0b013e31828f260e. Review
25. La Touche, Escalante, Linares, Mesa Efectividad del tratamiento de fisioterapia en parálisis facial periférica. Revisión sistemática. *Rev Neurol* 2008; 46(12):714-718
26. Lara Martinez SN, 2010. Alteración de los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral en pacientes con parálisis de Bell. Tesis Médico especialista en comunicación, audiología y foniatría. Universidad Nacional Autónoma de México, 39 paginas
27. 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 May 14;10(5):e0121880. doi: 10.1371/journal.pone.0121880. eCollection 2015.
28. Lockhart P, Daly F, Pitkethly M, Comerford N, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD001869. DOI:10.1002/14651858.CD001869.pub4.
29. McAllister K, Walker D, Donnan PT, Swan I. Surgical Interventions for the Early Management of Bell's palsy (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art.No.:CD007468
30. McCaul JA, Cascarini L, Godden D, Coombes D, Brennan PA, Kerawala CJ. Evidence based management of Bell's palsy. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2014;52(5):387-91. doi: 10.1016/j.bjoms.2014.03.001. Epub 2014 Mar 27. Review.
31. Murthy JM, Saxena AB. Bell's palsy: Treatment guidelines. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011 Jul;14(Suppl 1):S70-2. doi: 10.4103/0972-2327.83092. No abstract available
32. Navarrete Alvaro ML, Junyent J, Torrent L. Botulinum toxin and facial palsy. Our experience. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2010 Jul-Aug;61(4):277-81. doi: 10.1016/j.otorri.2010.02.009. Epub 2010 Apr 18. Spanish.
33. Nemet Arie Y., Vinker Shlomo. Considerations and complications after Bell's palsy. *Clinical Study. Journal of clinical Neuroscience* 22 (2015) 1949-1953
34. Numthavaj P, Thakkinstian A, Dejthevaporn C, Attia J. Corticosteroid and antiviral therapy for Bell's palsy: a network meta-analysis. *BMC Neurol*. 2011 Jan 5;11:1. doi: 10.1186/1471-2377-11-1.
35. Olivares-Herrera CA. 2012. Eficacia de la toxina botulínica para disminuir la asimetría facial en parálisis facial permanente, seguimiento a 90 días. Tesis para especialista en cirugía plástica y reconstructiva. Universidad Nacional Autónoma de México. 43 paginas.
36. Pereira LM, Obara K, Dias JM, Menacho MO, EL Lavado and JR Cardoso. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation* 2011, 25(7) 649-658. doi: 10.1177/0269215510395634.
37. Pérez-Chavez E, Gámez MC, Guzmán GJM, Escobar RD, López RVM, Montes D, Mora CJR, Ramírez CJ. Guía Clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Perez Ch. Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2004; 42(5)425-436.
38. Perez-Guzman JF. Reeduación muscular (biofeedback electromiográfico) en el tratamiento de parálisis facial periférica aguda [Tesis de posgrado]. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013
39. Portelinha J, Passarinho MP1, Costa JM. Neuro-ophthalmological approach to facial nerve palsy. *Saudi J Ophthalmol*. 2015 Jan-Mar;29(1):39-47. doi: 10.1016/j.sjopt.2014.09.009. Epub 2014 Sep 28.
40. Quant EC, Jeste SS, Muni RH, Cape AV, Bhussar MK, Peleg AY. The benefits of steroids versus steroids plus antivirals for treatment of Bell's palsy: a meta-analysis. *BMJ*. 2009 Sep 7;339:b3354. doi: 10.1136/bmj.b3354
41. Reddy UP, Woodward JA. Abobotulinum toxin A (Dysport) and botulinum toxin type A (Botox) for purposeful induction of eyelid ptosis. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2010 Nov-Dec;26(6):489-91. doi: 10.1097/IOP.0b013e3181d8e150.
42. Rodríguez Ortiz, M. D., Mangas Martínez, S., Ortiz Reyes, M. G., Rosete Gil, H. S., Vales Hidalgo, O., & Hinojosa González, R. Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. *Arch Neurocién Mex*, 2011; 168(3), 148-155.
43. Salinas RA, Alvarez G, Daly F, Ferreira J. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD001942. doi: 10.1002/14651858.CD001942.pub4. Review
44. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;(12):CD006283. doi: 10.1002/14651858.CD006283.pub3. Review
45. Turgeon RD, Wilby KJ, Ensom MH. Antiviral treatment of Bell's palsy based on baseline severity: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2015 Jun;128(6):617-28. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.11.033. Epub 2014 Dec 29.
46. Vogell A, Boelig RC, Skora J, Baxter JK. Bilateral Bell palsy as a presenting sign of preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2014 Aug;124(2 Pt 2 Suppl 1):459-61. doi: 10.1097/AOG.0000000000000221.
47. Zhao Y, Feng G, Gao Z. Advances in diagnosis and non-surgical treatment of Bell's palsy. *Journal of Otology* 10 (2015) 7-12.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.

9. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Gilberto Pérez Rodríguez	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dr. Antonio Barrera Cruz	Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa del Área de Innovación de Procesos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Brendha Rios Castillo	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL

DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

Secretaría de Salud

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila
Director de Prestaciones Médicas

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Mikel Arriola Peñalosa
Directora General

Unidad de Atención Médica

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. José Reyes Baeza Terrazas
Director General

Dr. Gilberto Pérez Rodríguez
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Dr. Arturo Viniegra Osorio
Coordinador Técnico de Excelencia Clínica

Petróleos Mexicanos

Dr. José Antonio González Anaya
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. José Meljem Moctezuma	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Dr. Isidro Ávila Martínez	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Dr. Jesús Ancer Rodríguez	Titular
Secretario del Consejo de Salubridad General	General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Cap. Nav. SSN. M.C. Derm. Luis Alberto Bonilla Arcaute	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	Dr. José de Jesús Arriaga Dávila	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Dr. Onofre Muñoz Hernández	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Dr. Sebastián García Saisó	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	Dr. Adolfo Martínez Valle	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	Dr. Francisco Ramos Gómez	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Dr. Álvaro Emilio Arceo Ortiz	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche	Dr. Jesús Pavel Plata Jarero	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Nayarit	Dr. Neftalí Salvador Escobedo Zoletto	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Dr. Arturo Perea Martínez	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría	Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Dr. Ricardo León Bórquez M.C.A.	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.	Dr. Carlos Dueñas García	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Dr. Jesús Ojino Sosa García	Secretario Técnico
Director de Integración de Guías de Práctica Clínica		