29(3): 704–714, 2026

SCIÉNDO

Esta obra está publicada bajo la licencia

CC BY 4.0

Tratamiento tardío con fisioterapia y falla terapéutica en parálisis facial periférica. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, 2024

Delayed Physiotherapy Treatment and Therapeutic Failure in Peripheral Facial Paralysis. Virgen de la Puerta High-Complexity Hospital, 2024

Lorena Desireé Rodríguez Bracamonte[1]*; Jose Elías Cabrejo Paredes[2]

[1] Centro de Salud Sagrado Corazón, Av. Federico Villarreal, cuadra 3 s/n, Urb. Los Granados, Trujillo, Perú.

[2] Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Trujillo, Av. Juan Pablo II s/n, Ciudad Universitaria, Trujillo, Perú.

* Autor correspondiente: rodbracamonte@gmail.com

Fecha de recepción: 04 09 2026. Fecha de aceptación: 28 10 2026

RESUMEN

El objetivo fue determinar la asociación entre el tratamiento tardío con fisioterapia y la falla terapéutica en pacientes con parálisis facial periférica atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta durante 2019-2024. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo observacional, alcance analítico y temporalidad retrospectiva mediante revisión de historias clínicas; el análisis incluyó 150 pacientes. Se consideró tratamiento tardío al inicio de fisioterapia a partir de los 15 días de enfermedad. Se calcularon frecuencias y porcentajes, y se aplicó la prueba de chi-cuadrado con corrección de continuidad en comparaciones 2 × 2, además del odds ratio con intervalo de confianza del 95 %. La falla terapéutica se presentó en el 33,3 % de quienes iniciaron fisioterapia de manera tardía y en el 11,8 % de quienes la iniciaron antes de los 15 días. La asociación fue estadísticamente significativa (p = .003; OR = 3.73; IC 95 % [1.62, 8.60]). Se concluyó que el inicio tardío de fisioterapia se asoció con mayores posibilidades de falla terapéutica.

Palabras clave: parálisis facial; modalidades de fisioterapia; rehabilitación; resultado del tratamiento; nervio facial.

ABSTRACT

The objective was to determine the association between delayed physiotherapy treatment and therapeutic failure in patients with peripheral facial paralysis treated at the Physical Medicine and Rehabilitation Service of Virgen de la Puerta High-Complexity Hospital from 2019 to 2024. A quantitative, non-experimental, observational, analytical, retrospective study was conducted through medical-record review; the analysis included 150 patients. Delayed treatment was defined as starting physiotherapy 15 days or more after disease onset. Frequencies and percentages were calculated, and the chi-square test with continuity correction for 2 × 2 comparisons and odds ratios with 95% confidence intervals were used. Therapeutic failure occurred in 33.3% of patients who started physiotherapy late and in 11.8% of those who started before 15 days. The association was statistically significant (p = .003; OR = 3.73; 95% CI [1.62, 8.60]). Delayed initiation of physiotherapy was associated with higher odds of therapeutic failure.

Keywords: facial paralysis; physical therapy modalities; rehabilitation; treatment outcome; facial nerve.

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica (PFP) comprende alteraciones del séptimo par craneal que producen debilidad o parálisis de la musculatura facial y comprometen funciones como el cierre ocular, la expresión, el habla y la alimentación. La parálisis de Bell constituye una de sus presentaciones más frecuentes y se estima una incidencia aproximada de 20 a 30 casos por 100 000 habitantes por año (1). Aunque el pronóstico suele ser favorable y más de dos tercios de los pacientes alcanzan recuperación espontánea completa, una proporción mantiene debilidad residual, sincinesias u otras secuelas con repercusión funcional y psicosocial (2).

El tratamiento de la parálisis facial requiere una valoración clínica oportuna y un manejo acorde con la etiología y la severidad. En la parálisis de Bell, la evidencia contemporánea reconoce la importancia del tratamiento médico precoz y señala que la rehabilitación puede aportar beneficios en pacientes con compromiso grave, recuperación incompleta o secuelas persistentes (2). La fisioterapia facial incluye modalidades de reentrenamiento neuromuscular, ejercicios específicos, educación y otras estrategias destinadas a recuperar el control motor y reducir patrones anormales de movimiento (3-5).

La evidencia sobre rehabilitación ha aumentado durante los últimos años. Khan et al. (6) identificaron resultados favorables del ejercicio facial tanto en etapas tempranas como en cuadros crónicos, aunque señalaron heterogeneidad metodológica entre los estudios. De manera concordante, Nakano et al. (7) encontraron que la fisioterapia puede favorecer la recuperación en la PFP, mientras que Varelas et al. (8) concluyeron que la literatura disponible respalda su incorporación para acelerar la recuperación y limitar resultados adversos, aun cuando el número de estudios continúa siendo reducido.

En el contexto peruano, Fuentes Lozada et al. (9) evaluaron la evolución de pacientes con PFP tratados con fisioterapia en un instituto especializado de Lima y observaron una mejoría progresiva de la afectación facial medida mediante la escala House-Brackmann 2.0. Este antecedente muestra la utilidad de evaluar resultados funcionales durante el proceso rehabilitador; sin embargo, la evidencia nacional continúa siendo limitada respecto del efecto que puede tener la demora para iniciar fisioterapia sobre la posibilidad de alcanzar una recuperación satisfactoria.

El tiempo de acceso a rehabilitación constituye un aspecto clínicamente modificable. Un estudio retrospectivo reciente realizado por Lucidi et al. (10) encontró mejores resultados funcionales en pacientes que accedieron antes a un programa estandarizado de reentrenamiento neuromuscular facial. No obstante, los puntos de corte utilizados para definir una intervención temprana varían entre investigaciones, por lo que el umbral de 15 días empleado en el presente estudio debe entenderse como una definición operacional propia y no como un estándar universal.

La ausencia de información local sobre esta relación limita la planificación de rutas de derivación y la priorización de pacientes dentro de los servicios de rehabilitación. Analizar el momento de inicio de fisioterapia y su asociación con la respuesta terapéutica puede aportar evidencia útil para optimizar la oportunidad de atención y fortalecer los protocolos institucionales, sin asumir causalidad debido a la naturaleza observacional del estudio.

Por ello, el objetivo fue determinar la asociación entre el tratamiento tardío con fisioterapia y la falla terapéutica en pacientes con parálisis facial periférica atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo 2019-2024.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo observacional, alcance analítico y temporalidad retrospectiva, basado en la revisión de historias clínicas correspondientes al periodo 2019-2024. La población estuvo constituida por pacientes con parálisis facial periférica atendidos en los consultorios externos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta. La muestra final analizada estuvo integrada por 150 pacientes y, de acuerdo con el protocolo del estudio, se empleó muestreo aleatorio simple.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de 20 a 70 años, con diagnóstico de parálisis facial periférica unilateral, que recibieron fisioterapia y contaban con información clínica suficiente para establecer las variables del estudio. Se excluyeron registros de parálisis facial bilateral, enfermedad neuromuscular sistémica, parálisis cerebral, enfermedad crónica terminal, secuela de enfermedad cerebrovascular, discapacidad intelectual y antecedente de parálisis facial periférica.

La unidad de análisis fue cada paciente y la fuente de información fue su historia clínica. La técnica empleada fue la revisión documental y el instrumento fue una ficha de recolección de datos, previamente sometida a valoración por tres expertos. Se registraron edad, sexo, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la primera sesión de fisioterapia, grado de afectación facial inicial y final, número de sesiones indicadas y resultado terapéutico. La función facial fue valorada mediante la escala House-Brackmann, sistema clínico ampliamente utilizado para graduar la disfunción del nervio facial (11).

El tratamiento tardío se operacionalizó como el inicio de fisioterapia a los 15 días o más desde el comienzo de los síntomas; el inicio antes de 15 días se consideró oportuno. La falla terapéutica se definió como la persistencia del deterioro funcional de los músculos faciales después de haber completado un mínimo de seis sesiones de rehabilitación física y transcurrido un periodo mayor de tres meses, conforme a los criterios establecidos en el protocolo y registrados en la historia clínica. Ambas variables se analizaron como categóricas nominales.

Los datos se registraron inicialmente en Microsoft Excel y posteriormente se procesaron en RStudio. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson; en las comparaciones dicotómicas 2 × 2 se aplicó la corrección de continuidad de Yates, en concordancia con los valores de p reportados. En dichas comparaciones se estimó el odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95 % (IC 95 %). Para la severidad inicial, por incluir más de dos categorías, se evaluó la asociación global mediante chi-cuadrado de Pearson. Se consideró evidencia estadísticamente significativa cuando $p < .05$.

La investigación contó con revisión ética institucional y autorización para el acceso a los registros clínicos. La información se manejó de forma confidencial y exclusivamente con fines de investigación, preservando la privacidad de los pacientes y los principios de respeto, beneficencia y no maleficencia aplicables a estudios con datos de salud, en concordancia con la Declaración de Helsinki vigente (12).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se analizaron 150 pacientes con parálisis facial periférica. Noventa y tres iniciaron fisioterapia antes de los 15 días y 57 lo hicieron a partir de los 15 días. En total se registraron 30 casos de falla terapéutica y 120 casos sin falla.

Tabla 1

Asociación entre tiempo de inicio de fisioterapia y falla terapéutica en pacientes con parálisis facial periférica

Inicio de fisioterapia	Sin falla, n (%)	Falla, n (%)	Total	p	OR (IC 95 %)
< 15 días	82 (88,2)	11 (11,8)	93	.003	1.00 (ref.)
≥ 15 días	38 (66,7)	19 (33,3)	57		3.73 [1.62, 8.60]

Nota. OR = odds ratio; IC = intervalo de confianza. El OR compara el inicio tardío (≥ 15 días) con el inicio antes de 15 días. El valor de p corresponde a chi-cuadrado con corrección de continuidad de Yates.

La falla terapéutica fue más frecuente entre los pacientes que iniciaron fisioterapia a partir de los 15 días (33,3 %) que entre quienes comenzaron antes de dicho periodo (11,8 %). La asociación fue estadísticamente significativa ($p = .003$) y las odds de falla fueron 3,73 veces mayores en el grupo con inicio tardío (OR = 3.73; IC 95 % [1.62, 8.60]). Este resultado respalda la relevancia clínica de la oportunidad de acceso a rehabilitación, aunque el diseño retrospectivo permite establecer asociación y no causalidad.

El hallazgo es consistente con revisiones recientes que describen beneficios del ejercicio facial y del reentrenamiento neuromuscular durante la recuperación de la parálisis facial. Khan et al. (6) encontraron evidencia favorable para el ejercicio facial en fases tempranas y crónicas; Nakano et al. (7) reportaron resultados que apoyan la utilidad de la fisioterapia; y Varelas et al. (8) señalaron que la evidencia disponible

favorece su incorporación para acelerar la recuperación y disminuir resultados adversos. Asimismo, Lucidi et al. (10) observaron mejores desenlaces funcionales cuando la rehabilitación se inició con menor demora. Estas coincidencias fortalecen la plausibilidad clínica del resultado, aunque los estudios emplean definiciones temporales diferentes y, por tanto, no permiten considerar 15 días como un punto de corte universal.

En el ámbito nacional, Fuentes Lozada et al. (9) observaron mejoría progresiva de la función facial durante el seguimiento de pacientes tratados con fisioterapia. Aunque ese estudio no evaluó específicamente el retraso de inicio como factor asociado, sus resultados son concordantes con la utilidad de la rehabilitación para favorecer la recuperación funcional. En conjunto, la evidencia sugiere que los servicios deberían reducir demoras evitables en la derivación y valorar de forma estandarizada la función facial durante el tratamiento.

Tabla 2

Factores clínicos y demográficos según presencia de falla terapéutica

Factor	Categoría	Sin falla, n (%)	Falla, n (%)	p	OR (IC 95 %)
Sexo	Masculino	50 (79,4)	13 (20,6)	1.000	1.07 [0.48, 2.40]
	Femenino	70 (80,5)	17 (19,5)		1.00 (ref.)
Edad	< 65 años	112 (80,6)	27 (19,4)	.814	1.00 (ref.)
	≥ 65 años	8 (72,7)	3 (27,3)		1.56 [0.39, 6.26]
Severidad inicial	Grado I	17 (94,4)	1 (5,6)	.167	—
	Grado II	27 (71,1)	11 (28,9)		—
	Grado III	47 (85,5)	8 (14,5)		—
	Grado IV	28 (73,7)	10 (26,3)		—
	Grado V	1 (100,0)	0 (0,0)		—
Sesiones	≥ 10	98 (81,0)	23 (19,0)	.717	0.74 [0.28, 1.93]
	< 10	22 (75,9)	7 (24,1)		1.00 (ref.)

Nota. Los porcentajes se calcularon dentro de cada categoría. En las comparaciones dicotómicas se utilizó chi-cuadrado con corrección de continuidad de Yates. La severidad inicial se evaluó globalmente mediante chi-cuadrado de Pearson; por tratarse de una variable con más de dos categorías no se presenta un OR único. OR = odds ratio; IC = intervalo de confianza.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la falla terapéutica y el sexo (p = 1.000), la edad (p = .814), la severidad inicial (p = .167) o el número de sesiones indicadas (p = .717). Estos resultados indican que, dentro de esta muestra, no se obtuvo evidencia suficiente para afirmar que dichas características estuvieran asociadas con la falla; no obstante, algunas categorías tuvieron pocos participantes, como el grupo de 65 años o más y el grado V, lo que reduce la precisión de las comparaciones.

La literatura reciente muestra que el pronóstico de la parálisis facial puede depender de múltiples factores y que la rehabilitación especializada debe individualizarse. Neville et al. (5) alcanzaron consenso internacional sobre la necesidad de valorar la presentación clínica, utilizar medidas estandarizadas y aplicar intervenciones específicas de reentrenamiento facial. De manera complementaria, Dominguez-Defez et al. (13) señalaron resultados prometedores de determinadas estrategias de rehabilitación cuando se utilizan de forma temprana y con parámetros adecuados. Por ello, el tiempo de inicio debe interpretarse como un componente relevante dentro de un proceso terapéutico más amplio y no como el único elemento del pronóstico.

Desde la perspectiva clínica e institucional, los resultados apoyan el establecimiento de rutas de referencia que reduzcan retrasos innecesarios entre el

diagnóstico y la primera valoración fisioterapéutica. También respaldan el registro sistemático del grado de función facial, el momento de inicio y la evolución del paciente, lo que permitiría evaluar la calidad de atención y generar evidencia local comparable con estudios internacionales.

Entre las limitaciones se encuentran el carácter retrospectivo del estudio, la dependencia de la calidad de los registros clínicos y la ausencia de información uniforme sobre variables potencialmente relevantes, como etiología específica, tratamiento farmacológico inicial, comorbilidades, adherencia al programa domiciliario y características detalladas de cada modalidad fisioterapéutica. Además, el punto de corte de 15 días corresponde a la definición operacional del estudio y requiere validación en investigaciones prospectivas. Estas limitaciones deben considerarse al interpretar la magnitud de la asociación observada.

CONCLUSIONES

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de fisioterapia, definido como 15 días o más desde el comienzo de los síntomas, y la falla terapéutica en pacientes con parálisis facial periférica. La falla se presentó en el 33,3 % del grupo con inicio tardío y en el 11,8 % del grupo que inició antes de 15 días; las odds de falla fueron 3,73 veces mayores en el primer grupo (OR = 3.73; IC 95 % [1.62, 8.60]). En esta muestra, el sexo, la edad, la severidad inicial y el número de sesiones no mostraron asociación estadísticamente significativa con la falla terapéutica. Los hallazgos respaldan la importancia de reducir demoras evitables en la derivación a rehabilitación y justifican estudios prospectivos que confirmen el papel del tiempo de inicio y definan puntos de corte clínicamente aplicables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dalrymple SN, Row JH, Gazewood J. Bell palsy: rapid evidence review. Am Fam Physician. 2023;107(4):415-420.

2. Rajangam J, Lakshmanan AP, Rao KU, Jayashree D, Radhakrishnan R, Roshitha B, et al. Bell palsy: facts and current research perspectives. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2024;23(2):203-214. doi:10.2174/1871527322666230321120618.

3. DeBord K, Ding P, Harrington M, Duggal R, Genther DJ, Ciolek PJ, et al. Clinical application of physical therapy in facial paralysis treatment: a review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2023;87:217-223. doi:10.1016/j.bjps.2023.10.076.

4. Fujiwara T, Hato N, Kasahara T, Kasuya D, Shida K, Tanabe M, et al. Summary of Japanese clinical practice guidelines for Bell's palsy (idiopathic facial palsy) - 2023 update edited by the Japan Society of Facial Nerve Research. Auris Nasus Larynx. 2024;51(5):840-845. doi:10.1016/j.anl.2024.07.003.

5. Neville C, Beurskens C, Diels J, MacDowell S, Rankin S. Consensus among international facial therapy experts for the management of adults with unilateral facial palsy: a two-stage nominal group and Delphi study. Facial Plast Surg Aesthet Med. 2024;26(4):405-417. doi:10.1089/fpsam.2023.0101.

6. Khan AJ, Szczepura A, Palmer S, Bark C, Neville C, Thomson D, et al. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): an updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. Clin Rehabil. 2022;36(11):1424-1449. doi:10.1177/02692155221110727.

7. Nakano H, Fujiwara T, Tsujimoto Y, Morishima N, Kasahara T, Ameya M, et al. Physical therapy for peripheral facial palsy: a systematic review and meta-analysis. Auris Nasus Larynx. 2024;51(1):154-160. doi:10.1016/j.anl.2023.04.007.

8. Varelas EA, Gidumal S, Verma H, Vujovic D, Rosenberg JD, Gray M. Physical therapy for idiopathic facial paralysis: a systematic review. Am J Otolaryngol. 2025;46(1):104511. doi:10.1016/j.amjoto.2024.104511.

9. Fuentes Lozada PA, Valenzuela Rodríguez DL, Yesang Canales JE, Martínez Ampuero A, Marroquín Ballón JG, Alfaro Fernández PR. Evolución del grado de afectación del nervio facial con fisioterapia en un instituto especializado en Lima. Rev Hered Rehabil. 2022;4(1):10-18. doi:10.20453/rhr.v4i1.4141.

10. Lucidi D, Dallari V, Spagnolo F, Iannella G, Nizzoli F, Reggiani E, et al. Predicting recovery in Bell's palsy: the impact of early rehabilitation and prognostic indicators. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2026;283:1959-1968. doi:10.1007/s00405-025-09937-1.

11. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg. 1985;93(2):146-147. doi:10.1177/019459988509300202.

12. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. JAMA. 2025;333(1):71-74. doi:10.1001/jama.2024.21972.

13. Dominguez-Defez N, Lopez-Barreiro J, Hernandez-Lucas P, González-Castro A. Proprioceptive neuromuscular facilitation and/or electrical stimulation in patients with peripheral facial paralysis: a systematic review. Neurol Int. 2025;17(2):17. doi:10.3390/neurolint17020017.

ANEXOS

ANEXO N°1

Dra. Elva Mejía Delgado
Presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina

Asunto: SOLICITO CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS
Es un placer dirigirme a Ud. en la presente ocasión. Mi nombre es Lorena Desireé Rodríguez Bracamonte, identificada con DNI 47973813, y soy alumna del programa de Doctorado en Medicina de esta prestigiosa institución, habiendo culminado mi proceso de proyecto de tesis titulado "Tratamiento tardío con fisioterapia y falla terapéutica en parálisis facial periférica. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, 2024"

El propósito de la presente carta es solicitar formalmente la emisión de la Constancia de Aprobación correspondiente al informe de proyecto tesis mencionado. Como parte integral de los requisitos para obtener mi título académico, la constancia de aprobación del informe de tesis es de suma importancia, y confío en que mi solicitud será atendida por su despacho.

Adjunto documentación para respaldar mi solicitud:

Proyecto de tesis

Atentamente

Lorena Rodríguez Bracamonte

ANEXO N°2

Dr. Jaime Alberto Montoya Gonzales
Dirección Ejecutiva
Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta

Estimado Director:

Es un placer dirigirme a usted en la presente para solicitar formalmente la autorización correspondiente para acceder a la base de datos del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta. Mi nombre es Lorena Desireé Rodríguez Bracamonte, identificada con DNI 47973813, soy médico cirujano y estoy llevando a cabo una investigación en el ámbito de la parálisis facial periférica.

Dada la importancia de contar con datos precisos y actualizados, estoy interesado/a en acceder a la base de datos del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del presente hospital para recopilar información relevante para mi estudio.

Adjunto a esta carta, encontrará la siguiente documentación:

1. Proyecto de Investigación: "Tratamiento tardío con fisioterapia y falla terapéutica en parálisis facial periférica. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, 2024"

2. Carta de Aprobación Ética Emitida por la institución correspondiente, garantizando la ética de la investigación.

Agradezco de antemano su atención a esta solicitud y quedo a la espera de una respuesta positiva para avanzar en mi investigación.

Atentamente,

Lorena Desireé Rodríguez Bracamonte

ANEXO N°3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TRATAMIENTO TARDÍO CON FISIOTERAPIA Y FALLA TERAPÉUTICA EN PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, 2024

I. DATOS

NOMBRE Y APELLIDOS	
EDAD	
SEXO	
N° HC	

II. VARIABLE INTERVINIENTE:

TIEMPO DE ENFERMEDAD:	_____ días

III. VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA:

VALORACIÓN DE AFECTACIÓN INICIAL:	_____ grado
CANTIDAD DE SESIONES INDICADAS	_____
VALORACIÓN DE AFECTACIÓN FINAL:	_____ grado
FALLA TERAPÉUTICA DE REHABILITACIÓN FÍSICA:	Si ( ) No ( )

Escala House Brackmann

Puntuación	Ceja	Ojo	Surco Nasolabial (SNL)	Oral
1	Normal	Normal	Normal	Normal
2	Debilidad leve >75% de lo normal	Debilidad leve >75% de lo normal Cierre completo con esfuerzo leve	Debilidad leve >75% de lo normal	Debilidad leve >75% de lo normal
3	Debilidad obvia >50% de lo normal Simetría en reposo	Debilidad obvia >50% de lo normal Cierre completo con esfuerzo máximo	Debilidad obvia >50% de lo normal Simetría en reposo	Debilidad obvia >50% de lo normal Simetría en reposo
4	Asimetría en reposo <50% de lo normal No puede cerrar completamente	Asimetría en reposo <50% de lo normal	Asimetría en reposo <50% de lo normal	Asimetría en reposo <50% de lo normal
5	Movimiento leve	Movimiento leve	Movimiento leve	Movimiento leve
6	Sin movimiento	Sin movimiento	Sin movimiento	Sin movimiento

Grade	Total score
I	4
II	5-9
III	10-14
IV	15-19
V	20-23
VI	24

Firma de expertos	*Especialidad RNE*	*Nombre y Apellidos*	*Firma*
1.	37196	Blanca Serrano Garcia	
2.	23373	Andrés Florian Florian	
3.	43104	Manuel Enrique Alcántara Gutti	

ANEXO 4

Tabla 01. Asociación entre género y falla terapéutica.

Género	Falla terapéutica		P-valor	OR	IC 95%
	No	Si			
Masculino	50	13	1.000	1.07	(0.48 – 2.40)
Femenino	70	17			

Tabla 02. Edad y relación de falla terapéutica de parálisis facial perifperica.

Edad	Falla terapéutica		P-valor	OR	IC 95%
	No	Si			
< 65 años	112 (80.5%)	27 (19.5)	0.814	1.56	(0.39 – 6.26)
≥ 65 años	8 (72.7%)	3 (27.3%)			

Tabla 03. Grado de severidad inicial de la parálisis facial periférica asociado a éxito y falla terapéutica.

Severidad	Falla terapéutica		P-valor
	No	Si	
Grado I	17	1	0.1668
Grado II	27	11	
Grado III	47	8	
Grado IV	28	10	
Grado V	1	0	

Tabla 04. Asociación entre cantidad de sesiones indicadas en PFP y falla terapéutica.

Número de sesiones	Falla terapéutica		P-valor	OR	IC 95%
	No	Si			
≥ 10 sesiones	98	23	0.717	0.74	(0.28 – 1.93)
< 10 sesiones	22	7	0.717		

Tabla 05. Asociación entre tratamiento tardío, sexo, cantidad de sesiones de tratamiento indicada en PFP y falla terapéutica.

Variable	Chi-cuadrado	P-valor	Odds Ratio	IC 95%
Tratamiento tardío	8.915	0.0028	8.915	(1.62 - 8.60)
Sexo	0.000	1.0000	0.000	(0.48 - 2.40)
Sesiones de tratamiento	0.055	0.8143	0.055	(0.39 - 6-26)

FIRMA DE AUTOR Y ASESOR



FIRMA

Lorena Desireé Rodríguez Bracamonte