

Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell*

Quality of life in Bell's palsy patients Qualidade de vida em pacientes com paralisia de Bell

CARLOS ANDRÉS CÁRDENAS PALACIO**

MARÍA FERNANDA QUIROZ PADILLA ***

Laboratorio de Psicología Básica y Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

DEISY VIVIANA CAÑÓN CARO****

Resumen

Se evaluó la calidad de vida en 30 pacientes con parálisis de Bell y 30 controles sanos, pareados por edad y género, teniendo como objetivo estimar las diferencias en esta, entre los pacientes y las personas sin parálisis. Se utilizó la encuesta de Salud Forma Corta 36 (SF-36) para evaluar la calidad de vida, la escala House Brackmann para estimar el nivel de severidad de la parálisis, y una encuesta para determinar la edad, el género, el lado afectado de la cara y el tiempo de evolución. Se aplicó la prueba de rangos señalados de Wilcoxon, con el fin de obtener las diferencias en las dimensiones de la calidad de vida entre los pacientes y los controles sanos. Este análisis mostró diferencias significativas en las dimensiones de limitaciones en el rol: problemas físicos ($p=.002$), y funcionamiento social ($p=.002$). Por medio del coeficiente de correlación de Spearman se observó un nivel de relación significativo entre estas mismas dimensiones de la calidad de vida ($p=.000$ y $p=.003$ respectivamente) y la severidad de la parálisis. A través de la prueba U de Mann Whitney se comparó la calidad de vida de acuerdo con el lado afectado. El análisis permitió ver un puntaje significativamente me-

nor en la dimensión de salud general en los pacientes con afectación del lado derecho de la cara ($p=.024$). No se encontraron diferencias asociadas a la edad, el género o al tiempo de evolución. Los hallazgos permiten sugerir la inclusión de aspectos relacionados con las dimensiones limitaciones en el rol: problemas físicos y funcionamiento social en los programas de intervención dirigidos a estos pacientes.

Palabras clave: calidad de vida, parálisis de Bell, rehabilitación, características demográficas, metodología cuasiexperimental

Abstract

The quality of life of 30 Bell's palsy patients was compared to that of 30 paired controls without palsy. The Health Survey Short Form 36 (SF-36) was used to evaluate the quality of life, and the House Brackmann Scale was used to evaluate facial paralysis severity. Participants were also asked about their gender, age, the affected side of the face, and time since the onset of the illness. Wilcoxon test was used to compare the quality of life between patients and paired controls. Results showed significant differences in role-physical ($p=.002$)

* La correspondencia puede ser enviada a Carlos Andrés Cárdenas Palacio, al Campus Universitario del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá, Chía, Cundinamarca. Colombia. Teléfono: 0057 (1) 861 5555 / 861 6666 Ext. 2718 Fax. 2721 Correo electrónico: carlos.cardenas@unisabana.edu.co

** Magister en Fisiología, Universidad Nacional de Colombia. Psicólogo, Universidad El Bosque. Correo electrónico: carlos.cardenas@unisabana.edu.co

*** Doctorado en Neurociencias con énfasis en Psicobiología, Universidad Autónoma de Barcelona. Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana, Sede Bucaramanga. Correo electrónico: maria.quiroz@unisabana.edu.co

**** Fisioterapeuta con énfasis en terapia ocupacional, Universidad Manuela Beltrán. Correo electrónico: fideisy@gmail.com

Para citar este artículo: Cárdenas-Palacio CA, Quiroz-Padilla MF, Cañón-Caro D. (2012) Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell. Avances en Psicología Latinoamericana, 30 (1), 52-64

and social functioning ($p = .002$) scales between the two groups. A Spearman's correlation rank test showed that the same two scales of the SF-36 improved in time as the facial paralysis severity diminished ($p = .000$ and $p = .003$, respectively). The Mann-Whitney U test showed a lower score in general health scale in patients with right side affected of the face ($p = .024$). No statistical significant differences were found due to gender, age, or time since the onset of the illness.

Keywords: quality of life, Bell's palsy, rehabilitation, demographic characteristics, quasi-experimental methodology

Resumo

Avaliou-se a qualidade de vida em 30 pacientes com paralisia de Bell e 30 controles são, pareados por idade e gênero, tendo como objetivo estimar as diferenças nesta entre os pacientes e as pessoas sem paralisia. Utilizou-se a enquete SF-36 para avaliar a qualidade de vida, a escala House Brackmann para estimar o nível de severidade da paralisia, e uma enquete para determinar a idade, o gênero, o lado afetado do rosto e o tempo de evolução. Aplicou-se a prova de rangos assinalados de Wilcoxon, com o fim de obter as diferenças nas dimensões da qualidade de vida entre os pacientes e os controles são. Esta análise mostrou diferenças significativas nas dimensões de limitações no rol: problemas físicos ($p = .002$), e funcionamento social ($p = .002$). Por meio do coeficiente de correlação de Spearman se observou um nível de relação significativo entre estas mesmas dimensões da qualidade de vida ($p = .000$ e $p = .003$ respectivamente) e a severidade da paralisia. Através da prova U de Mann Whitney comparou-se a qualidade de vida de acordo com o lado afetado. A análise permitiu ver uma pontuação significativamente menor na dimensão de saúde geral nos pacientes com afetação do lado direito do rosto ($p = .024$). Não se encontraram diferenças associadas à idade, ao gênero ou ao tempo de evolução. Os resultados permitem sugerir a inclusão de aspectos relacionados com as dimensões limitações no rol: problemas físicos e funcionamento social nos programas de intervenção dirigidos a estes pacientes.

Palavras chave: qualidade de vida, paralisia de Bell, reabilitação, características demográficas, metodologia quasexperimental.

El concepto de calidad de vida (CDV) se constituye en un área de creciente interés en diferentes campos, tales como los de la educación, los servicios sociales y la salud (Schalock & Verdugo, 2003). En el campo de la salud, el enfoque de CDV está relacionado principalmente con la enfermedad en sí o con los efectos del tratamiento (Velarde-Jurado & Ávila-Figueroa, 2002). En este contexto, tal concepto ha ayudado a entender la evaluación que los pacientes hacen de las consecuencias de una enfermedad (Juárez, Cárdenas & Martínez, 2006).

La CDV, evaluada mediante la encuesta de salud Forma Corta de 36 reactivos (SF-36), se ha estudiado en pacientes con alteraciones tales como fibromialgia y artritis reumatoidea (Trovato, Pace, Salerno, Trovato & Catalano, 2010; Wallenius et ál., 2009), schwannoma vestibular (Timmer et ál., 2010), neuroma acústico (Lin, Jacobson, Dorion, Chen & Nedzelski, 2009) y dolor neuropático (Manca, Eldabe, Buchser, Kumar & Taylor, 2010), entre otras.

Adicionalmente, este instrumento ha sido utilizado para estudiar la CDV en personas con lesión del nervio facial. Una de las manifestaciones de tal lesión se conoce como parálisis de Bell. En ella se presenta una debilidad facial asociada a una alteración idiopática del nervio facial (Aminoff, Greenberg & Simon, 1998). Aunque su etiología no está bien definida, existe evidencia de participación viral, especialmente el virus herpes simple (Noya & Pardo, 1997; Furuta et ál., 1998; Lazarini, Vianna, Alcantara, Scalia & Caiaffa Filho, 2006; Pérez et ál., 2004; Vásquez, Sánchez, Calvo & Perna, 2008; Vrabec & Payne, 2001). Puede haber otras causas relacionadas como la neuropatía isquémica y reacciones autoinmunes (Apostolides & Carr, 2000; Regueiro & Soriano, 1999). El lugar específico de la lesión, y algunos signos asociados, han servido como base para determinar la causa en el contexto del diagnóstico clínico (Bateman, 1992).

Se estima que la incidencia es de 20 a 30 pacientes por cada 100.000 habitantes (Apostolides & Carr, 2000; Cauás, Valença, Andrade, Martins & Valença, 2004; Pérez et ál., 2004; Vásquez et ál., 2008) aunque, dependiendo del país, se pueden encontrar valores desde 8 hasta 240 casos por cada

100.000 habitantes (De Diego-Sastre, Prim-Espada & Fernández-García, 2005). Se presenta una prevalencia ligeramente mayor en las mujeres (Cauás et ál., 2004; De Diego, Prim, Madero & Gavilán, 1999) y en pacientes diabéticos e hipertensos con respecto a la población normal (Domínguez-Carrillo, 2002; González et ál., 2001). El rango de edad en el que se han observado la mayoría de casos está entre 15 y 45 años (Peitersen, 2002).

El tiempo de recuperación depende del nivel de lesión del nervio facial (Yetiser et ál., 2003) y puede estar entre dos y seis semanas, aunque en algunos casos puede ser de cuatro años (Pérez et ál., 2004), algunas veces sin mediar un tratamiento específico (Vásquez et ál., 2008). Sin embargo, cerca del 30% de los pacientes pueden permanecer con alteración de la morfología facial, dificultades psicológicas y, ocasionalmente, dolor facial en un período de tiempo mayor (Hernández, Sullivan, Donnan, Swan & Vale, 2009). El cambio de dicha morfología facial, la cual es un elemento básico en la comunicación, puede afectar el entorno social, laboral y psicológico de los pacientes (Noya & Pardo, 1997; Porta-Etessam & Escribano-Gascón, 2007). Asimismo, otras características clínicas asociadas pueden reducir la CDV de estos pacientes (Komori, Yanagihara & Kashiba, 2009; Melvin & Limb, 2008).

Algunos estudios, como el de Caldera (2008), han encontrado que el lado más afectado es el derecho y que los grados de severidad más frecuentes al hacer la consulta, según la escala House Brackmann (HB), son los grados III y IV. Sin embargo, en algunas ocasiones la parálisis se puede manifestar de modo bilateral (Komori, Yanagihara & Kashiba, 2009). Algunas características adicionales a las manifestaciones unilaterales y bilaterales de esta parálisis incluyen la disgeusia, la algiacusia y las alteraciones del lagrimeo (Pérez et ál., 2004).

En lo que se refiere a la evaluación de la CDV en este tipo de pacientes, se han realizado algunos estudios con instrumentos tales como el Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), evaluando los puntajes allí obtenidos de acuerdo con el tratamiento farmacológico realizado y el tiempo de evolución; allí se pudieron ver algunos cambios en los pacientes tratados con prednisona con nueve meses de

evolución, con respecto a aquellos con el mismo tratamiento pero con menor tiempo de evolución (Sullivan et ál., 2009). Algunos estudios complementarios acerca del tratamiento farmacológico y el tiempo de evolución han utilizado el Quality Adjusted Life Years (QALY) como medida de la efectividad de tales medicamentos (Hernández et ál., 2009).

Con respecto a los estudios a través del SF-36, Guntinas-Lichius, Straesser y Streppel (2007) evaluaron el efecto del tratamiento quirúrgico sobre la CDV en personas con lesión del nervio facial y observaron resultados satisfactorios en la recuperación de la función facial. A pesar de lo anterior, constataron una disminución en las dimensiones de funcionamiento social, limitaciones en el rol (problemas emocionales), salud mental general y vitalidad, comparativamente con personas sanas; asimismo, la CDV presentó variaciones de acuerdo con el género y la edad, dándose una disminución significativa en edades mayores y en el género femenino. Por otra parte, Coulson, O'Dwyer, Adams y Croxson (2004) encontraron puntajes menores en la escala de funcionamiento social en pacientes con mayor tiempo de evolución, lo cual, de acuerdo con el mismo estudio, puede relacionarse con la menor capacidad para la expresión facial de emociones.

Este estudio pretende, precisamente, de manera complementaria, estimar si se presentan cambios en las puntuaciones del SF-36 asociados a la parálisis y a características demográficas en una población de pacientes y controles pareados sanos en Colombia. Así, podría observarse si en esta población se presentarían puntajes similares a los obtenidos por Guntinas-Lichius et ál. (2007) en las dimensiones de la CDV mencionadas, así como la relación entre tales puntajes y las características de género y edad. Adicionalmente, será estimada la influencia de características clínicas de esta patología tales como el tiempo de evolución, el lado afectado y la severidad de la parálisis. De tal manera, en esta población se observará la relación sugerida por Coulson et ál. (2004) entre la dimensión de funcionamiento social y el tiempo de evolución.

A su vez, una medida como la HB, que evalúa el nivel de severidad de la parálisis en personas con lesión del nervio facial, es ampliamente recomen-

dable para el control de la evolución del paciente, al mismo tiempo que sirve como criterio para la toma de decisiones (Pérez et ál., 2004). Tal instrumento define el grado de lesión del nervio facial en una escala que va de I a VI (House & Brackmann, 1985), valorando la postura facial en reposo y durante el movimiento voluntario, así como la presencia de movimientos anormales durante el movimiento voluntario. Esta escala es utilizada de manera frecuente en pacientes con parálisis facial producto de diferentes tipos de etiologías (Dutt, Mirza, Irving & Donaldson, 2000; Shim, Jung, Park, Lee & Yeo, 2011; Sullivan et ál., 2009).

Dados los resultados observados en estudios que han indagado acerca de la CDV en estos pacientes, así como la utilidad que ha representado el uso de la HB para la estimación del nivel de severidad de la parálisis, el presente estudio intenta responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿existen diferencias en la CDV evaluada a través del SF-36 entre pacientes con parálisis de Bell y personas sin parálisis?

Adicionalmente, el estudio busca determinar la relación entre la CDV y características demográficas (edad y género) y clínicas (lado afectado, tiempo de evolución y severidad de la parálisis) de los pacientes. La información derivada de estos análisis podrá tenerse en cuenta en el diseño e implementación de los correspondientes programas de rehabilitación en Colombia.

Método

Diseño

El estudio corresponde a un diseño correlacional comparativo entre grupos.

Muestra

Participaron 30 pacientes con parálisis facial periférica admitidos en un servicio de fisioterapia en la ciudad de Bogotá, entre noviembre de 2009 y noviembre de 2010. La edad promedio de los pacientes fue de 46.27 años ($DE=16.36$), 17 de ellos mujeres y 13 hombres. De tales pacientes 17 presentaron el lado izquierdo afectado y 13 el derecho. Con respecto al tiempo de evolución, tres pacientes (10%) estaban entre cero y seis semanas, cinco (16.67%) entre seis semanas y un año, siete (23.33%) entre uno y cuatro años y 15 (50%) con más de cuatro años posteriores al inicio de los síntomas.

La estimación de la severidad de la parálisis, de acuerdo con la HB, mostró que 11 pacientes (36.67%) presentaban nivel 2, 11 (36.67%) estaban en nivel 3 y 8 (26.67%) se encontraban en nivel 4. Asimismo, fueron evaluados 30 controles sanos pareados por edad y género. La edad promedio de estos fue de 44.83 años ($DE=16.56$) (ver tabla 3). La diferencia en la media de la edad de los pacien-

Tabla 1.

Significado de las puntuaciones en las dimensiones del SF-36

Dimensión	Nº. ítems	"Peor" puntuación (0)	"Mejor puntuación" (100)
Funcionamiento físico	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluyendo bañarse o ducharse, debido a la salud.	Llevar a cabo todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas, sin ninguna limitación debido a la salud.
Limitaciones en el rol: problemas físicos	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.

Continúa

■ Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell

<i>Dimensión</i>	<i>Nº. ítems</i>	<i>“Peor” puntuación (0)</i>	<i>“Mejor puntuación” (100)</i>
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Funcionamiento social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Limitaciones en el rol: problemas emocionales	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Cambio de salud en el tiempo	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año.

Fuente: Vilagut, G. et ál. (2005)

tes y los controles se debe a que el pareamiento se realizó por grupos etáreos con un rango aproximado de cinco años, entre los 15 y los 76 años en cada una de estas dos poblaciones. De esta manera, se ha realizado un muestreo no probabilístico de conveniencia.

Instrumentos

Para evaluar la CDV, se utilizó el SF-36, el cual consta de 36 preguntas que abordan ocho dimensiones (Alonso, Prieto & Antó, 1995), a saber: función física, limitaciones en el rol: problemas físicos, limitaciones en el rol: problemas emocionales, dolor corporal, funcionamiento social, salud general, salud mental y vitalidad; de manera adicional, contiene un reactivo que busca comprobar el estado de salud actual con el de hace un año.

Según Patrick y Erickson (1993), las escalas de funcionamiento físico, social y de limitaciones del rol evalúan la disfunción del comportamiento causada por problemas de salud, mientras que la evaluación de la energía, vitalidad y dolor corporal mide la apreciación subjetiva del bienestar, que también incluye la salud mental. La dimensión de cambio de salud en el tiempo, evaluada a través de un solo ítem, se puntúa de manera independiente a las otras escalas (Regidor et ál., 1999). La puntuación directa de cada una de estas dimensiones se transforma a una escala de 0 a 100, en la

cual a mayor puntaje mejor es la CDV percibida. En la tabla 1 se puede ver una breve descripción del significado de las puntuaciones altas y bajas, de acuerdo con Vilagut et ál. (2005).

El instrumento ha sido desarrollado a través del estudio de resultados médicos (Ware & Sherbourne, 1992) y cuenta con un alfa de Cronbach mayor a .85, confiabilidad mayor a .75 y validez convergente y discriminante adecuadas (Brazier et ál., 1992). Para este estudio fue utilizada la versión 1.2 en español para Colombia, elaborada y distribuida por el proyecto de Evaluación Internacional de la Calidad de Vida (IQOLA, por su abreviatura en inglés).

El nivel de severidad de la parálisis fue estimado mediante la HB. Esta escala define el grado de lesión del nervio facial de acuerdo con la presentación clínica, en una escala que va de I a VI, y se constituye como un instrumento de control de la evolución del paciente (Pérez et ál., 2004). Según los mismos autores, este instrumento valora la postura facial en reposo y durante el movimiento voluntario, así como la presencia de movimientos anormales durante el movimiento voluntario; adicional a lo anterior, la escala tiene en cuenta el funcionamiento global de la cara, con especial énfasis en la oclusión palpebral y boca, razón por la cual se recomienda para controles subsecuentes y toma de decisiones. En la tabla 2 se puede observar el significado de cada uno de los grados de lesión.

Tabla 2.
Clasificación de House Brackmann para la parálisis facial

Grado	Descripción
I	Función normal en todos los territorios
II	Disfunción leve
III	Disfunción leve a moderada
IV	Disfunción moderada a severa
V	Disfunción severa
VI	Parálisis total

Fuente: Pérez et ál. (2004)

Adicionalmente, se aplicó una encuesta de características demográficas y clínicas que incluye las características de edad, género, lado de la cara afectado y tiempo de evolución. Tales características han sido tenidas en cuenta en otros estudios con este tipo de pacientes (Caldera, 1999; Cauás et ál., 2004; De Diego, Prim, Madero & Gavilán, 1999; Guntinas-Lichius, Straesser & Streppel, 2007; Peitersen, 2002;).

Procedimiento

Mediante la revisión de las historias clínicas se seleccionaron aquellos pacientes que tenían un diagnóstico de parálisis de Bell. En primer lugar, se aplicó la encuesta de variables demográficas y clínicas. Luego, el nivel de severidad de la parálisis fue estimado mediante la HB; dicha evaluación fue realizada por el fisioterapeuta a cargo. A continuación, se aplicó el SF-36; tanto este como la encuesta de características demográficas y clínicas fueron leídos por los investigadores. Posteriormente, se contactaron personas sanas, mediante un muestreo aleatorio estratificado, en un contexto universitario, según la edad y el género de los pacientes.

Vale la pena aclarar que en el primer contacto con los pacientes y los controles, los investigadores se presentaron con sus nombres, indicaron los objetivos de la evaluación y solicitaron el permiso para la participación voluntaria, según lo acordado en el consentimiento informado diseñado para este estudio; en este consentimiento se ha garantizado la confidencialidad de los participantes, así como

su acceso a los resultados. La investigación se ha ajustado a lo estipulado por el Comité de Ética de la Dirección de Investigación de la Universidad de la Sabana, así como a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud establecidas en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, clasificándose según la mencionada resolución como investigación con riesgo mínimo.

Resultados

Treinta pacientes y treinta controles sanos, pareados por edad y género, participaron en el estudio. En la tabla 3, a continuación, se muestran las características demográficas y clínicas de los participantes.

Tabla 3.
Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

	M	DE	Mín. - Máx.	Frec.	%
Edad	46.27	16.36	15-76		
Género					
Femenino				17	56.67
Masculino				13	43.33
Lado afectado					
Izquierdo				17	56.67
Derecho				13	43.33
Tiempo de evolución					
Entre 0 y 6 semanas				3	10
Entre 6 semanas y 1 año				5	16.67
Entre 1 y 4 años				7	23.33
Más de 4 años				15	50

Continúa

Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell

		M	DE	Mín. - Máx.	Frec.	%
PACIENTES	Severidad de parálisis					
	1				0	0
	2				11	36.67
	3				11	36.67
	4				8	26.67
	5				0	0
	6				0	0
CONTROLES	Edad	44.83	16.56	15-78		
	Género					
	Femenino				17	56.67
				13	43.33	

La evaluación de la diferencia en las puntuaciones de la CDV entre los pacientes y los controles sanos se realizó mediante la prueba de rangos señalados de Wilcoxon. La elección de esta prueba no paramétrica responde a que los puntajes en las dimensiones de CDV no han tenido una distribución normal según la prueba Kolmogorov Smirnov. En la tabla 4 se muestran la media y la desviación estándar de cada uno de los grupos en las dimensiones del SF-36, así como los resultados de este análisis. Allí se puede observar que las dimensiones que presentaron diferencias significativas fueron las de rol físico ($p = .002$) y funcionamiento social ($p = .002$).

Tabla 4.
Comparación de la CDV entre los pacientes y los controles sanos

Dimensiones de la CDV	Pacientes		Controles		Z	p
	M	DE	M	DE		
Función física	74.33	27.75	82.83	14.48	-1.20	.232
Limitaciones en el rol: problemas físicos	48.33	44.01	89.17	28.38	-3.17	.002*

Continúa

Dimensiones de la CDV	Pacientes		Controles		Z	p
	M	DE	M	DE		
Limitaciones en el rol: problemas emocionales	68.89	45.43	78.89	38.64	-1.00	.315
Dolor corporal	56.00	30.58	67.50	24.07	-1.20	.230
Funcionamiento social	65.00	29.07	87.50	18.57	-3.16	.002*
Salud general	62.37	24.61	66.77	22.34	-0.62	.539
Salud mental	66.27	22.25	76.13	17.69	-1.63	.103
Vitalidad	57.50	24.80	63.57	21.77	-0.66	.508

Nota: $*=p \leq .05$

Mediante el coeficiente de correlación de Spearman se determinó el nivel de relación entre las dimensiones de la CDV y la severidad de la parálisis. Teniendo en cuenta que tanto los puntajes de CDV como los de la severidad de la parálisis no han tenido una distribución normal de acuerdo con la prueba Kolmogorov Smirnov, se ha hecho uso de tal prueba no paramétrica. El análisis permitió observar un nivel de correlación significativo entre las dimensiones de limitaciones en el rol: problemas físicos ($p = .000$) y funcionamiento social ($p = .003$), y la severidad de la parálisis. Estos resultados pueden verse en la tabla 5.

Tabla 5.
Correlación entre las dimensiones de la CDV y la severidad de la parálisis

Dimensiones de la CDV	R	p
Función física	-.093	.482
Limitaciones en el rol: problemas físicos	-.486	.000*
Limitaciones en el rol: problemas emocionales	-.018	.891
Dolor corporal	-.150	.252
Funcionamiento social	-.381	.003*
Salud general	-.116	.377
Salud mental	-.185	.158
Vitalidad	-.042	.750

Nota: $*=p \leq .01$

Para evaluar las diferencias en la CDV de los pacientes de acuerdo con la edad, se establecieron grupos etáreos entre los 15 y los 76 años, con un rango aproximado de 10 años cada uno; se analizaron las posibles diferencias en las dimensiones del SF-36 entre los grupos mediante la prueba Kruskal Wallis, con el nivel de significación exacta de Monte Carlo. En cuanto al tiempo de evolución, se realizó una comparación similar, a través de la misma prueba, estableciendo cuatro grupos, así: entre cero y seis semanas, entre seis semanas y un año, entre uno y cuatro años, y más de cuatro años transcurridos desde el inicio de la sintomatología. No se presentaron cambios en ninguna de las dimensiones de la CDV según estas variables.

Mediante la prueba de Mann Whitney se estimó la existencia de diferencias en las dimensiones de CDV, de acuerdo con el lado afectado y el género, en los pacientes con parálisis facial. Los resultados obtenidos de la comparación según el lado afectado se muestran en la tabla 6; estos permiten observar un puntaje significativamente inferior en la salud general de los pacientes con el lado derecho de su cara afectado ($p=.024$). Es importante aclarar que, previamente, según la misma prueba, no se mostraron diferencias significativas entre el lado afectado y el no afectado de los pacientes en la severidad de la parálisis ($p=.592$) y el tiempo de evolución ($p=.804$). Tal análisis permite establecer con mayor seguridad las diferencias mencionadas en la dimensión de salud general. No se presentaron diferencias en ninguna de las dimensiones entre los géneros masculino y femenino.

Tabla 6.
Comparación de la CDV de acuerdo al lado afectado

Dimensiones de la CDV	Lado afectado				U	p
	Izquierdo		Derecho			
	M	DE	M	DE		
Función física	79.70	22.88	67.30	32.70	94	.486
Limitaciones en el rol: problemas físicos	50	45.93	46.15	43.11	104.5	.792

Continúa

Dimensiones de la CDV	Lado afectado				U	p
	Izquierdo		Derecho			
	M	DE	M	DE		
Limitaciones en el rol: problemas emocionales	78.41	40.75	56.38	49.80	84.5	.189
Dolor corporal	63.06	33.44	46.77	24.60	79.5	.190
Funcionamiento social	67.05	33.84	62.62	22.29	94	.479
Salud general	71.41	23.66	50.54	21.22	56.5	.024*
Salud mental	70.12	22.63	61.23	21.56	79.5	.193
Vitalidad	61.76	27.10	51.92	21.17	80	.213

Nota: *= $p \leq .05$

Discusión

El presente estudio abordó las diferencias en la CDV entre pacientes con parálisis de Bell y controles sanos, así como las diferencias en esta medida de acuerdo con las variables de nivel de severidad de la parálisis, tiempo de evolución, género, lado afectado y edad, en dichos pacientes. En la muestra obtenida de pacientes, la media de la edad fue de 46.27 años, mientras que la de los controles sanos fue 44.83 años; 17 mujeres y 13 hombres conformaron cada uno de estos dos grupos. Como parte de las características clínicas de los pacientes, el lado afectado en la mayoría de los casos fue el izquierdo (56.67%), el nivel de severidad de la parálisis se situó entre los grados II y IV de la HB, y el 50% de los pacientes tuvieron un tiempo de evolución mayor a cuatro años. La tabla 3 muestra con mayor detalle tales características demográficas y clínicas.

En relación con la CDV, se observaron puntajes significativamente menores en las dimensiones de funcionamiento social y limitaciones en el rol: problemas físicos en los pacientes con respecto a los controles sanos. Adicionalmente, se observó un nivel de correlación significativo entre las mismas dimensiones de la CDV y la severidad de la parálisis. De esta manera, mediante la prueba de Spearman se pudo observar que a medida que disminuye

la severidad de la parálisis, aumenta el puntaje de la CDV para estas dos dimensiones.

Resultados similares han sido obtenidos por Godefroy, Malessy, Tromp y van der Mey (2007), quienes evaluaron los cambios en la severidad de la parálisis mediante la Escala House Brackmann, y las variaciones en la CDV, medidas a través del Facial Disability Index, asociadas a una intervención quirúrgica del nervio facial (específicamente, una transferencia intratemporal del nervio). Los datos obtenidos permitieron concluir que esta intervención permitió, por una parte, una alta recuperación funcional, y por otra, un aumento significativo en las dimensiones de funcionamiento físico y funcionamiento social. Así, se ha podido ver que en estos pacientes se presentan cambios en dichas dimensiones, asociados a la parálisis facial.

Asimismo, estos resultados podrían estar relacionados con la disminución de la simetría facial; esto debido a lo observado por Salles, Toledo y Ferreira (2009), quienes encontraron un mejoramiento en el nivel de simetría de pacientes con parálisis facial de amplio tiempo de evolución, mediante un tratamiento farmacológico con toxina botulínica. Tal recuperación física se ha correlacionado con un aumento en las mismas dimensiones de funcionamiento físico y social, medidas a través del Facial Disability Index. De hecho, pacientes que han experimentado una mejoría en la simetría, en particular al mover los músculos de la cara, han reportado tener una mejor CDV y una mayor habilidad para desempeñarse en público (Beurskens & Heymans, 2004; Bulstrode & Harrison, 2005; Ferreira, 2002).

Los cambios en la dimensión de rol físico son coherentes con las recomendaciones que hacen Pérez et ál. (2004), relacionadas con los criterios de prescripción de incapacidad laboral. Estos autores destacan la necesidad de dicha prescripción en casos en los que se presente inoclusión palpebral incompleta, algiacusia y lagrimeo de moderado a severo, las cuales son manifestaciones clínicas presentadas por 19 de los 30 pacientes (grados III y IV de la HB); así, es probable que estas personas hayan tenido incapacidad laboral y, por lo consiguiente, menores puntajes en la mencionada dimensión.

Los hallazgos en el funcionamiento social son coherentes con los resultados de Pacheco Ruiz y Chaurand Lara (2011), quienes observaron una marcada disminución en la interacción social de pacientes con parálisis facial causada por osteotomía bilateral para retroceso de la mandíbula. Adicionalmente, Guntinas-Lichius, Straesser y Streppel (2007) detectaron puntajes significativamente inferiores en la dimensión de funcionamiento social y en las dimensiones adicionales de limitaciones en el rol: problemas emocionales, salud mental y vitalidad de pacientes con parálisis facial con respecto a controles sanos; no obstante, no encontraron diferencias en el rol físico. Sin embargo, a pesar de que los pacientes presentaron un alto nivel de recuperación física mediante una intervención quirúrgica del nervio facial, no se dieron cambios en la CDV asociados a tal intervención.

Con respecto a esta misma dimensión de funcionamiento social, Mehta y Hadlock (2008) observaron un mejoramiento en los puntajes en esta dimensión asociado a un tratamiento con toxina botulínica. Esta mejoría estuvo acompañada de una recuperación física en el movimiento facial, la función oral y el control lacrimal, los cuales van a constituirse en factores físicos adicionales que podrían explicar el cambio en esta dimensión de la CDV. Al mismo tiempo, la disminución en tal dimensión observada en este estudio podría estar relacionada con la dificultad que presentan estos pacientes para expresar emociones tales como alegría, disgusto, sorpresa, ira, tristeza o miedo (Coulson et ál., 2004).

Otro resultado interesante de este estudio ha sido el de las diferencias significativas en la dimensión de salud general de acuerdo con el lado afectado; así, se ha observado que las personas con el lado izquierdo afectado han tenido mayores puntajes. Este hallazgo podría estar relacionado con el estudio realizado por Powell y Schirillo (2009); en tal estudio, se ha planteado que el lado izquierdo de la cara se relaciona con la expresión de emociones negativas, mientras que el lado derecho tiene que ver con la manifestación de emociones positivas. Si se tiene en cuenta la clásica visión de James-Lange acerca de las emociones, según la cual la

reacción fisiológica es la que antecede a la experiencia emocional (Reeve, 2003), es posible que la dificultad para realizar movimientos faciales en el lado izquierdo impida hasta cierto punto la vivencia de algunas emociones negativas por parte del paciente, lo cual, en últimas, lo llevaría a tener una visión más optimista de su salud general. Sin embargo, es necesario realizar análisis adicionales que den soporte empírico a esta posible explicación.

No se han presentado cambios en la CDV asociados al tiempo de evolución, la edad y el género, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Lee, Fung, Lownie y Parnes (2007) en pacientes con parálisis facial por schwannoma vestibular. Sin embargo, los hallazgos de edad y género contradicen lo observado por Guntinas-Lichius, Straesser y Streppel (2007), quienes encontraron puntajes significativamente menores en el género femenino y en edades mayores. Así, se sugiere poner un especial énfasis en el análisis de la relación entre la CDV y las variables de edad y género en las futuras investigaciones que aborden esta temática.

Como se ha podido ver hasta aquí, se han presentado diferencias en las dimensiones de limitaciones en el rol: problemas físicos y de funcionamiento social entre los pacientes y los controles sanos; asimismo, se ha observado un nivel de correlación significativo entre tales dimensiones y el grado de severidad de la parálisis. Tales hallazgos pueden estar relacionados con la incapacidad para expresar emociones y realizar actividades laborales por parte de los pacientes, así como por la disminución de la simetría facial; sin embargo, estudios complementarios permitirán establecer la existencia de dimensiones adicionales de la CDV afectadas, así como algunos factores explicativos adicionales. Algunas limitaciones del estudio pueden deberse a la dificultad para tener una muestra más amplia de pacientes, lo cual limita el alcance de generalización de los resultados obtenidos. Una limitación adicional puede radicar en la crítica que han hecho algunos autores al uso de instrumentos para evaluar la CDV, indicando que estos no suministran información referente a alteraciones específicas de la salud (Regidor et ál., 1999).

Sin embargo, los hallazgos obtenidos pueden sugerir poner un especial énfasis en las dimensiones de rol físico y funcionamiento social de la CDV, como parte de los programas de intervención dirigidos a personas con parálisis de Bell. En este contexto, y en coherencia con lo planteado por Pérez et ál. (2004), una oportuna orientación a los equipos multidisciplinarios encargados de la atención temprana y el tratamiento, así como una adecuada comunicación entre medicina familiar y los servicios de rehabilitación, podrían ayudar a una pronta reincorporación social y laboral de estas personas.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su gratitud al Fondo Financiero de Investigación de la Universidad de la Sabana, a Patricia Otero Samudio, Leonor Córdoba Andrade, Diana Paola Arias, Viviana Lucía Aya Gómez y Ana María Camargo Reyes.

Referencias

- Alonso J., Prieto L. & Antó J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Aminoff, M., Greenberg, D. & Simon, R. (1998). *Neurología clínica*. Ciudad de México, México: Manual Moderno.
- Apostolides, C. & Carr, M. (2000). Assessment and management of idiopathic facial (Bell's) palsy: comparison of nova scotia family physicians and otolaryngologists. *The Journal of Otolaryngology*, 29 (1), 17-22.
- Bateman, D. E. (1992). Facial palsy. *British Journal of Hospital Medicine*, 47 (6), 430-431.
- Beurskens, C. H. G. & Heymans, P. G. (2004). Physiotherapy in patients with facial nerve paresis: Description of outcomes. *American Journal of Otolaryngology*, 25 (6), 394-400.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O' Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T. & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 questionnaire: New

- outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305 (6846), 160-164.
- Bulstrode, N. W. & Harrison, D. H. (2005). The phenomenon of the late recovered Bell's palsy: Treatment options to improve facial symmetry. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115 (6), 1466-1471.
- Caldera, M. (2008). *Clasificación de la parálisis facial idiopática según la escala House-Brackmann y rehabilitación de los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el período de julio 2006 a diciembre 2007*. Tesis para obtener el grado de especialista, no publicada, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua.
- Cauás, M., Valença, L., Andrade, A., Martins, C. & Valença, M. (2004). Parálisis facial periférica recurrente. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buço-Maxilo-Facial*, 4 (1), 63-68.
- Coulson, S. E., O'Dwyer, N. J., Adams, R. D. & Croxson, G. R. (2004). Expression of emotion and quality of life after facial nerve paralysis. *Otology and Neurotology*, 25 (6), 1014-1019.
- De Diego, J. I., Prim, M. P., Madero, R. & Gavilán, J. (1999). Seasonal patterns of idiopathic facial paralysis: a 16-year study. *Otolaryngology, Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, 120 (2), 269-271.
- De Diego-Sastre, J. I., Prim-Espada, M. P. & Fernández-García, F. (2005). The epidemiology of bell's palsy [Epidemiología de la parálisis facial de Bell]. *Revista De Neurología*, 41 (5), 2872-90.
- Domínguez-Carrillo, L. G. (2002). Zonas anatómicas de lesión en parálisis facial periférica y su relación etiológica. Experiencia de 780 casos. *Cirugía y Cirujanos*, 70, 4, 239-245.
- Dutt, S. N., Mirza, S., Irving, R. M. & Donaldson, I. (2000). Total decompression of facial nerve for melkersson-rosenthal syndrome. *Journal of Laryngology and Otology*, 114 (11), 870-873.
- Ferreira, M. C. (2002). Aesthetic considerations in facial reanimation. *Clinics in Plastic Surgery*, 29 (4), 523-+.
- Furuta, Y., Fukuda, S., Chida, E., Takasu, T., Ohtani, F., Inuyama, Y. & Nagashima, K. (1998). Reactivation of herpes simplex virus type 1 in patients with Bell's palsy. *Journal of Medical Virology*, 54 (3), 162-166.
- Godefroy, W. P., Malessy, M. J. A., Tromp, A. A. M. & van der Mey, A. G. L. (2007). Intratemporal facial nerve transfer with direct coaptation to the hypoglossal nerve. *Otology and Neurotology*, 28 (4), 546-550.
- González, J. M., Molina, M., Cedillo, M., Sakkal, A., Hernández, D., Ruggeri, J., Vegas, T. & Sakkal, R. (2001). Parálisis de Bell (parálisis facial idiopática). *Acta Odontológica Venezolana*, 39 (1), 66-69.
- Guntinas-Lichius, O., Straesser, A. & Streppel, M. (2007). Quality of life after facial nerve repair. *Laryngoscope*, 117 (3), 421-426.
- Hernández, R. A., Sullivan, F., Donnan, P., Swan, I. & Vale, L. (2009). Economic evaluation of early administration of prednisolone and/or aciclovir for the treatment of bell's palsy. *Family Practice*, 26 (2), 137-144.
- House, J. W. & Brackmann, D. E. (1985). Facial nerve grading system. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 93 (2), 146-147.
- Juárez, F., Cárdenas, C. & Martínez, C. (2006). Calidad de vida en las fases de la hemiplejía. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), 267-276.
- Komori M, Yanagihara N, Kashiba K. (2009). Mouth movement disturbance as a sequela of bilateral Bell's palsy. *Otology & Neurotology*, 30 (6), 847-850
- Lazarini, P. R., Vianna, M. F., Alcantara, M. P., Scalia, R. A. & Caiaffa Filho, H. H. (2006). Herpes simplex virus in the saliva of peripheral Bell's palsy patients. *Revista Brasileira de Otorrinolaringología*, 72 (1), 7-11.
- Lee, J., Fung, K., Lownie, S. P. & Parnes, L. S. (2007). Assessing impairment and disability of facial paralysis in patients with vestibular schwannoma. *Archives of Otolaryngology-Head y Neck Surgery*, 133 (1), 56-60.
- Lin, V., Jacobson, M., Dorion, J., Chen, J. & Nedzelski, J. (2009). Global assessment of outcomes after varying reinnervation techniques for patients with facial paralysis subsequent to acoustic neuroma excision. *Otology and Neurotology*, 30 (3), 408-413.
- Manca, A., Eldabe, S., Buchser, E., Kumar, K. & Taylor, R. S. (2010). Relationship between health-related

- quality of life, pain, and functional disability in neuropathic pain patients with failed back surgery syndrome. *Value in Health*, 13 (1), 95-102.
- Mehta, R. P. & Hadlock, T. A. (2008). Botulinum toxin and quality of life in patients with facial paralysis. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 10 (2), 84-87.
- Melvin, T. N. & Limb, C. J. (2008). Overview of facial paralysis: Current concepts. *Facial Plastic Surgery*, 24 (2), 155-163.
- Noya, M. & Pardo, J. (1997). Diagnóstico y tratamiento de la parálisis facial. *Neurología*, 12 (1), 23-30.
- Pacheco Ruiz, L. & Chaurand Lara, J. (2011). Facial nerve palsy following bilateral sagittal split ramus osteotomy for setback of the mandible. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 40 (8), 884-886.
- Patrick, D. & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Peitersen E. (2002). Bell's palsy: the spontaneous course of 2500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngologica*, 549, 4-30.
- Pérez, E., Gámez, C., Guzmán, J., Escobar, D., López, V., Montes, R., Mora, M. & Corchado, J. (2004). Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42 (5), 425-436.
- Porta-Etessam, J. & Escribano-Gascón, A. (2007). Nervio facial I: embriología, anatomía, exploración y localización. *Neurología. Suplementos*, 3 (8), 49-54.
- Powell, W. R. & Schirillo, J. A. (2009). Asymmetrical facial expressions in portraits and hemispheric laterality: A literature review. *Laterality*, 14 (6), 545-572.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Regidor, E., Barrio, G., De La Fuente, L., Domingo, A., Rodríguez, C. & Alonso, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in spanish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 (2), 75-82.
- Regueiro, A. & Soriano, E. (1999). Parálisis facial a Frigore. *Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 2, 4.
- República de Colombia, Ministerio de Salud (1993). Resolución No. 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Recuperado el 8 de marzo de 2011 de http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE_MAGNETICO_DE_NORMAS_2009/SUBDIRECCION_CIENTIFICA/Resolucion-8430de1993.pdf
- Salles, A. G., Toledo, P. N. & Ferreira, M. C. (2009). Botulinum toxin injection in long-standing facial paralysis patients: improvement of facial symmetry observed up to 6 months. *Aesthetic Plastic Surgery*, 33 (4), 582-590.
- Schallock, R. L. & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Shim, H. J., Jung, H., Park, D. C., Lee, J. H. & Yeo, S. G. (2011). Ramsay hunt syndrome with multicranial nerve involvement. *Acta Oto-Laryngologica*, 131 (2), 210-215.
- Sullivan, F. M., Swan, I. R. C., Donnan, P. T., Morrison, J. M., Smith, B. H., McKinstry, B., et ál. (2009). A randomized controlled trial of the use of aciclovir and/or prednisolone for the early treatment of bell's palsy: The BELLS study. *Health Technology Assessment*, 13 (47).
- Timmer, F. C. A., Van Haren, A. E. P., Mulder, J. J. S., Hanssens, P. E. J., Van Overbeeke, J. J., Cremers, C. W. R. J., et ál. (2010). Quality of life after gamma knife radiosurgery treatment in patients with a vestibular schwannoma: The patient's perspective. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 267 (6), 867-873.
- Trovato, G. M., Pace, P., Salerno, S., Trovato, F. M. & Catalano, D. (2010). Pain assessment in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: Influence of physical activity and illness perception. *Clinica Terapeutica*, 161 (4), 335-339.
- Vásquez, M., Sánchez, N., Calvo, J. & Perna, A. (2008). Eficacia de los antivirales en la parálisis de Bell. *Revista Médica del Uruguay*, 24 (3), 167-174.
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 4 (4), 349-361.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J.

■ Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell

- (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-150.
- Vrabec, J. & Payne, D. (2001). The prevalence of herpesviruses in cranial nerve ganglia. *Acta Otolaryngologica*, 121, 7, 831-835.
- Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C., et ál. (2009). Comparison of work disability and healthrelated quality of life between males and females with rheumatoid arthritis below the age of 45 years. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 38 (3), 178-183.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item-short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Yetiser, S., Kazkayas, M., Altinok, D. & Karadeniz, Y. (2003). Magnetic resonance imaging of the intratemporal facial nerve in idiopathic peripheral facial palsy. *Clinical Imaging*, 27 (2), 77-81.

Fecha de recepción: 9 mayo de 2011
Fecha de aprobación: 1º de marzo de 2012