

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la **PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA** En niños en los Tres Niveles de Atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica: **ISSSTE-249-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

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 que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

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.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA EN NIÑOS**
México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: G51 Trastornos del nervio facial.

GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Parálisis Facial Idiopática en Niños

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:				
Dr. Iván José Quintero Gómez	Médico Especialista en Rehabilitación	ISSSTE	Jefe de Servicio H.R. 1° de Octubre	
Autores :				
Dra. Brenda Guizar Ramírez	Médico Especialista en Rehabilitación	ISSSTE	Médico Adscrito H.R. 1° de Octubre	
Dra. Laura Patricia de la Lanza Andrade	Médico Especialista en Rehabilitación	ISSSTE	Médico Adscrito H.R. 1° de Octubre	
Dra. Ana Araceli Ayala Montes de Oca	Médico especialista en Otorrinolaringología	ISSSTE	Médico Especialista/Dirección Médica	Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología Consejo Mexicano de Otorrinolaringología
Validación interna:				
Dra. Ma. de la Luz Irma Pérez Benítez	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	ISSSTE	Médico Adscrito H.R. 1° de octubre	
Dr. Oscar Altamirano Ávila	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	ISSSTE	Jefe de Servicio H.R. Lic. Adolfo López Mateos	
Dra. Maria del Carmen Carina Galván López	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	ISSSTE	Médico Adscrito H.R. Lic. Adolfo López Mateos	
Validación externa:				
Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	<Academia>

--	--	--	--	--

ÍNDICE

1. Clasificación	6
2. Preguntas a responder por esta guía	7
3. Aspectos generales	8
3.1. Justificación	8
3.2. Objetivo	9
3.3. Definición	10
4. Evidencias y recomendaciones	11
4.1. Generalidades	12
4.2. Diagnóstico	13
4.2.1. Diagnóstico Diferencial	14
4.2.2. Clasificación	15
4.2.3. Criterios de referencia	16
4.3. Tratamiento	17
4.3.1. Tratamiento inicial	17
4.3.2. Tratamiento farmacológico	18
4.3.2.1 Esteroides y No Esteroides	18
4.3.2.2 Antivirales y Complejo B	19
4.3.3. Manejo de Rehabilitación Física	20
4.4. Pronóstico	21
4.5. Seguimiento	22
5. Anexos	23
5.1 Anexo 1: Protocolo de búsqueda	23
5.2 Anexo 2: Escala de Gradación	27
5.3 Anexo 3: Escala de Clasificación Clínica	28
5.4 Anexo 4: Diagramas de Flujo	32
5.5 Anexo 5: Tabla de Medicamentos	33
6. Glosario	34
7. Bibliografía	35
8. Agradecimientos	37
9. Comité académico	38
10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador	39
11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	40

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: ISSSTE-249-10	
Profesionales de la salud.	1.23 Médicos Familiares 1.24 Médicos Especialistas en Rehabilitación
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: G50 Trastornos del Nervio Facial
Categoría de GPC.	3.1.1 Primario 3.1.2 Secundario 3.1.3 Terciario
Usuarios potenciales.	4.5 Enfermeras Generales 4.14 Médicos Familiares 4.29 Terapistas Físicos y Ocupacionales 4.7 Estudiantes 4.12 Médicos Especialistas 4.13 Médicos Generales 4.24 Pediatras
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales Para los trabajadores del Estado ISSSTE
Población blanco.	7.3 Niños de recién nacidos a 12 años
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales Para los trabajadores del Estado ISSSTE
Intervenciones y actividades consideradas.	3.3 Evaluación 3.6 Tratamiento 3.4 Diagnóstico 3.12 Rehabilitación 3.5 Pronóstico
Impacto esperado en salud.	Facilitar toma de decisiones en el 1er nivel de atención, Diagnóstico y Tratamiento oportuno, Prevenir complicaciones y secuelas.
Metodología¹.	Elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: Resolver preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Número de fuentes documentales revisadas: <número total de fuentes revisadas> Guías seleccionadas: <5 > Revisiones sistemáticas: <5 > Ensayos controlados aleatorizados: <4 > Reporte de casos: <1 > Otras fuentes seleccionadas: <2 >
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <institución que validó por pares> Revisión institucional: <ISSSTE > Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro ISSSTE-249-10

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Qué es la parálisis facial idiopática?
2. ¿En población pediátrica cuáles son los principales factores?
3. ¿Cómo se realiza en niños el diagnóstico de la parálisis facial?
4. ¿Con que padecimientos se debe hacer diagnóstico diferencial?
5. ¿Cómo se realiza en niños la clasificación de la parálisis facial?
6. ¿Cuáles son los criterios para referir a un paciente pediátrico con parálisis facial al siguiente nivel de atención?
7. ¿En niños cuál es el tratamiento para la parálisis facial?
8. ¿Qué seguimiento se debe dar a los pacientes pediátricos con el diagnóstico de parálisis facial?
9. En qué porcentaje los pacientes pediátricos presentan una recurrencia de la parálisis facial?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La parálisis facial Idiopática es una parálisis periférica aguda del nervio facial, idiopática, comprometiendo los músculos de la expresión facial. (Tiemstra 2007)

El nervio facial también contiene fibras parasimpáticos de las glándulas lagrimales y salivares y también fibras sensitivas correspondiente al sentido del gusto de los dos tercios anteriores de la lengua. (Tiemstra 2007)

Su incidencia anual es de 15 a 30/10.000 personas, similar en ambos sexos, y no tiene predilección por un lado u otro da la cara. (Leon 2006)

En unidades de rehabilitación en México ocupa uno de los diez primeros lugares de atención (Aboytes-Melendez 2006)

El pico de incidencia es entre los 10 y 40 años. (Castro 2005)

Se observa aproximadamente el 10% del total de los casos se encuentra en población pediátrica. (salman2001)

La elevada frecuencia y el impacto psicosocial que determina, hacen que sea un problema clínico interesante para el pediatra general que suele ser el primero en asistir a estos pacientes. (León 2006)

3.2 OBJETIVO

La guía de práctica clínica: **Diagnóstico y Tratamiento de la Parálisis Facial Idiopática en Niños**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

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 nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Facilitar al personal de salud del primer nivel de atención la toma de decisiones para realizar diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Prevenir complicaciones y secuelas a los pacientes.
- Envío temprano de los pacientes para su atención en el 2º y 3er nivel de atención.
- Fomentar la participación del paciente y su familia en la recuperación.

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

3.3 DEFINICIÓN(ES)

Es la forma más frecuente de parálisis facial periférica (PFP) es una disfunción del nervio facial sin causa detectable, aguda y unilateral, que se manifiesta como debilidad y paresia de los músculos faciales dado que el nervio posee fibras motoras, sensitivas y parasimpáticas, se puede encontrar alteraciones en la función de secreción lagrimal, salival, y sensibilidad gustativa, dependiendo del trayecto del nervio que se encuentre afectado.

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 la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

“Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.”

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:

EVIDENCIA 

RECOMENDACIÓN 

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA 



4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.1 GENERALIDADES.


	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La Parálisis facial periférica es una de las mononeuropatías más comunes que afectan a la región craneofacial	2++ SIGN La Touche2008
E	La parálisis facial Idiopatica, es el tipo de parálisis facial más común	2++ SIGN Williamson 1996
E	Existen hipótesis para explicar la etiopatogenia de la parálisis facial entre ellas: la isquemia vascular, inmunológica, compresión y vírica.	2++ SIGN La Touche 2008
E	La parálisis alcanza su pico a los dos días de haber iniciado, sin embargo puede continuar su evolución hasta diez después	2++ SIGN Williamson 1996
E	La parálisis facial idiopática bilateral es poco frecuente (0.7 – 3.3 %)	2++ SIGN Williamson 1996
R	El diagnóstico y tratamiento oportuno influyen directamente en el tiempo y grado de recuperación	Consenso de grupo
E	Dentro de los factores de riesgo se encontró que 8% de los pacientes presentan antecedentes familiares y la diabetes mellitus no compensada	2+ SIGN Rodriguez,20 10
E	La parálisis facial idiopática ha sido reportada en niños de 5 años e incrementa la incidencia con la edad, siendo más frecuente en embarazadas y pacientes diabéticos	2++ SIGN Williamson 1996

4.2 DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La pérdida de la expresión facial completa o incompleta de un lado de la cara es de inicio agudo; frecuentemente está precedida por pródromo viral (60 % de los pacientes) caracterizado por dificultad para movimientos faciales	1+ SIGN Perez,2004
E	El diagnostico es fundamentalmente clínico.	1+ SIGN Perez,2004
E	Iniciar con dolor retroauricular, es un signo de mal pronóstico.	2++ SIGN Williamson
E	Adormecimiento facial, algiacusia , epifora, disgeusia, lagofthalmos, son frecuentemente reportados.	1+ SIGN Perez,2004
E	A la exploración física es evidente la asimetría, tanto al reposo como en movimiento; es necesario explorar el reflejo de parpadeo y el lagrimeo	1+ SIGN Perez,2004
R	Interrogar sobre cuadros previos o repetitivos con la misma sintomatología	D GPC IMSS,2008
E	Los músculos afectados orientan para establecer el grado y nivel de lesión nerviosa	1++ GPC IMSS,2008
E	El nervio podría ser dañado por edema y compresión dentro de un canal óseo o por isquemia debido a congestión vascular o finalmente por una infección viral activa con daño celular.	3 SIGN Vazquez,2008

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se recomienda ver tabla de localización anatómica de acuerdo a la sintomatología (Figura 1) (cuadro 1)	Punto de Buena Practica
	Existen diversos estudios electrofisiológicos que evalúan el grado de lesión del nervio facial y que determinan el pronóstico. Los estudios disponibles son: electroneuromiografía y electroneuronografía	1++ GPC IMSS,2008




4.2.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel /Grado
	Se debe realizar el diagnóstico diferencial con los siguientes padecimientos: <ul style="list-style-type: none"> - Anormalidades congénitas del núcleo facial: Síndrome de Mobius, agenesia del músculo orbicular de los labios - Trauma: trauma obstétrico, fractura del hueso temporal, quirúrgicas. - Infecciones e inflamaciones: Otitis media, Mastoiditis, Osteotoma, Abscesos, osteítis, enfermedad de Lyme, síndrome de Ramsey– Hunt, Mononucleosis, Rickettsias, Epstein- Barr, Coxasackie virus, Meningitis, Sífilis, Tuberculosis, VIH. - Granulomatosis de Wegener, - Enfermedad de Kawasaki - Síndrome de Guillian- Barre - Distrofia Miotonica - Neoplasicos: leucemia, linfoma, Histicitosis X, tumor de l ángulo cerebelo pontino, tumor de glándula parótida. - Diabetes Mellitus - Sarcoidosis - Tóxicos: talidomida (cuadro 2)	SIGN 4 Salman, 2003

4.2.2 CLASIFICACIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Clasificar de acuerdo a Criterios de House- Brackmann el grado de lesión del nervio facial de acuerdo con la presentación clínica en una escala de I a VI y es de utilidad para el control de la evolución del paciente</p> <p>Valora la postura facial en reposo y durante el movimiento. (Tabla 1)</p>	<p>1+ SIGN Perez,2004</p>
R	<p>Se sugiere la clasificación para establecer criterios unificados, ya que consideran el funcionamiento global de la cara con especial énfasis en la oclusión palpebral, lo cual puede ser de utilidad para llevar un control del paciente y tomar decisiones.</p>	<p>1+ SIGN Perez,2004</p>
R	<p>Se recomienda el uso de la Escala de Valoración Funcional, emitido por el Centro para el Estudio de Parálisis Facial de la Universidad de Pittsburg, ya que evalúa tanto la discapacidad, la evolución del padecimiento y el estado psicológico, ya que ninguna de las clasificaciones actualmente utilizada valora en conjunto estos aspectos. (Tabla 2)</p>	<p>Consenso de grupo</p>

4.2.3 CRITERIOS DE REFERENCIA







	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La alteración en el resto de los pares craneales es indicativa de valoración en el segundo o tercer nivel de atención médica	1+ SIGN Perez,2004
	Pacientes con parálisis facial de origen central, postraumática, congénita o con infección sistémica de herpes Zoster, diabetes mellitus, hipertensión, neoplasia, otitis, cuadro infeccioso generalizado y alteraciones neurológicas, deberán referirse a segundo o tercer nivel de atención, de acuerdo con la especialidad que se requiera.	1+ SIGN Perez,2004
	Se recomienda referir a unidad de rehabilitación a todo paciente que presente parálisis facial aguda En los siguientes casos: 1.- pacientes con parálisis facial grado IV a VI de House – Brackmann en la primera cita. 2.- pacientes II – III que no presentan una mejoría en 8 días de tratamiento.	Consenso de Grupo de Trabajo

4.3 TRATAMIENTO

4.3.1 TRATAMIENTO INICIAL

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>El tratamiento básico consta de cuatro aspectos fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección ocular: uso de lentes oscuros con protección lateral, para evitar la irritación por rayos solares, efecto traumático del polvo y prevenir lesión corneal por desecación. • Lubricación ocular: mediante ungüento oftálmico (solo por la noche) y uso de lagrimas artificiales (metilcelulosa o hipromelosa) una cada 8 ocho horas por 10 días. • Oclusión ocular nocturna: mediante parche oclisor y férula bucal, para provocar estiramiento de la comisura labial afectada. • Educación al paciente: informar sobre las características de su padecimiento, alternativas de tratamiento y diagnóstico para disminuir la ansiedad generada por la patología. 	<p>1+ SIGN Perez,2004</p>
R	<p>Evitar lavado con té de manzanilla debido a que puede ocasionar procesos infecciosos o alérgicos.</p>	<p>1+ SIGN Perez,2004</p>
R	<p>Evitar consumo de goma de mascar y de vibradores mecánicos ya que puede ocasionar fatiga muscular, por acción global de la musculatura facial</p>	<p>1+ SIGN Pérez,2004</p>
E	<p>Es necesaria la valoración oftalmológica en caso que exista falla en el tratamiento de cierre espontaneo ocular, siendo necesaria la valoración oftalmológica para medidas quirúrgicas como tarsorrafia, cantoplastia lateral, pesas de oro del parpado superior</p>	<p>SIGN Shafshak,2006</p>

4.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
4.3.2.1 ESTEROIDES Y NO ESTEROIDEOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La mayoría de los médicos prescribe corticoesteroides como primer tratamiento debido a su potencial para la reducción del edema y la inflamación	1- SIGN Numthavaj,2011
	El tratamiento con corticoesteroides demostró mejorar la incidencia de recuperación en parálisis facial completa, a dosis 0.5 a 2mg/kg/día de prednisona en los primeros siete días del inicio de la paresia facial.	1+ SIGN Pérez,2004
	Manejar un descenso gradual hasta mantenimiento habitual a 0.05 a 0.15mg/kg/día	1+ SIGN Pérez,2004
	Se ha establecido como protocolo de tratamiento para parálisis facial infantil en el área de rehabilitación administrar el esteroide 10 días con una dosis tope y suspender.	Consenso de Grupo de trabajo
	En caso de contraindicación del uso de esteroides se sugiere vigilancia estrecha por médico especialista	Consenso de Grupo de trabajo
	En caso de presentar dolor retroauricular, cervicalgia, otalgia se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroides y analgésico como: paracetamol y diclofenaco	Punto de Buena Práctica

4.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
4.3.2.2 ANTIVIRALES Y COMPLEJO B

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Aciclovir es un inhibidor de la replicación a través de la inhibición de la ADN polimerasa.</p> <p>Su absorción es lenta en el tracto gastrointestinal por lo que es necesario su uso al menos 5 veces al día</p>	<p>1- SIGN Numthavaj,2011</p>
E	<p>La terapia antiviral es eficaz contra la replicación del virus y puede impedir la mayor proliferación y propagación, por lo que se recomienda un uso dentro de las primeras 72 horas y un periodo de 7 a 10 días.</p>	<p>3 SIGN Sandoval,2008</p>
E	<p>El uso de complejo B (B1 10.4 -1.7 mcg/día, B2 0.6 – 1.2 mcg/día, ácido nicotínico de 4 a 17mcg /día, B6 1-2 mcg/día) beneficia en la recuperación de la parálisis facial, a razón de 3 veces por semana en un tiempo de 8 semanas.</p>	<p>SIGN Shafshak,2006</p>
R	<p>La dosis recomendada de aciclovir 20mg/kg/dosis cada 6 horas por 10 días es teóricamente suficiente</p>	<p>SIGN Shafshak,2006</p>
E	<p>Es de vital importancia considerar que la vacuna antivariela es recomendable para disminuir el riesgo de parálisis facial por virus de varicela zoster</p>	<p>3 SIGN Sandoval,2008</p>



4.3.3 MANEJO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	<p>Modalidades Terapéuticas</p> <p>Calor local: compresa humedo- caliente por 10 minutos a hemicara afectada para mejorar la circulación</p>	<p>A SIGN Pérez,2004</p>
E	<p>El programa de electro-estimulación neuromuscular se enfoca a revertir el déficit motor y las secuelas de parálisis facial periférica</p>	<p>2- SIGN Garanbani,2007</p>
E	<p>Ejercicios Faciales</p> <p>La prescripción de este tipo de actividades se utiliza con el objetivo de promover la simetría facial, mejorar la expresión facial, mejorar la alimentación y la comunicación</p>	<p>2++ SIGN La Touche,2008</p>
R	<p>La aparición de la fatiga muscular es un factor que ManiKandan considera se debe prevenir, para lo cual recomienda prescribir no más de 10 repeticiones por ejercicio facial</p>	<p>B SIGN La Touche,2008</p>
R	<p>Tratamiento en casa, auto tratamiento y educación del paciente</p> <p>La prescripción de tratamiento para realizar en casa es una opción que va en la mayoría de los estudios se ha tomado en cuenta, la realización de los ejercicios faciales con ayuda de un espejo, técnicas de relajación, y automasaje en cara y cuello útiles en la prevención de sincinesias y disminución de la tensión muscular</p>	<p>B SIGN La Touche,2008</p>

4.4 PRONÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La combinación de esteroides y antivirales mejora el pronóstico de la parálisis facial, induciendo una recuperación rápida y completa en la mayoría de los pacientes, minimizando la degeneración axonal de las fibras del nervio facial.	SIGN Shafshak,2006
E	La mejoría clínica se consigue en el 85% de los casos en las tres primeras semanas, el resto mejoran entre 3 y 6 meses más tarde	1+ SIGN Castro, 2005
E	El pronóstico depende en gran medida del tiempo en el cual comienza la recuperación. La recuperación temprana indica un buen pronóstico, y la tardía un mal pronóstico.	2++ SIGN Texeira,2008
E	Si la recuperación comienza en una semana el 88% obtendrá recuperación total, si comienza dentro de 1 a 2 semanas el 83% obtendrá recuperación total y si comienza dentro de 2 a 3 semanas el 61% obtendrá recuperación total	2++ SIGN Texeira,2008
E	Cerca del 23% de las personas con parálisis facial quedan con síntomas moderados a graves, espasmo hemifacial, recuperación motora parcial, lagrimas de cocodrilo(lagrima tras salivación)contractura o sincinesias (fasciculaciones involuntarias en cara o guiño)	2++ SIGN Texeira,2008
E	La recurrencia es aproximadamente del 8.3%	2++ SIGN Texeira,2008
E	La electroneuronografía y el estadio clínico son los métodos de elección para indicar el pronóstico de la parálisis facial idiopática. Sin embargo la electroneuronografía es una prueba poco disponible.	2+ SIGN Kasse,2005

4.5 SEGUIMIENTO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se recomienda la valoración por el servicio de Medicina de Rehabilitación a los 14 días ante una mejoría evidente que ubique al paciente en grados I a III de House – Brackmann, considerar alta del servicio y control por médico familiar	A SIGN Pérez,2004
	Si la funcionalidad es igual a la que tenía el paciente en el momento de ingreso al servicio, se debe revalorar e iniciar un segundo periodo de tratamiento. En caso de complicaciones agregadas considerar envío a especialidad correspondiente	A SIGN Pérez,2004

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Protocolo de búsqueda: Cochrane Neuromuscular Disease Group

Se realizó búsqueda en el registro de ensayos del de ensayos del Grupo Cochrane de enfermedades neuromusculares (Cochrane Neuromuscular Disease Group) usando los términos de Bell's palsy or children", "idiopathic facial palsy or children" or "facial palsy". Se realizó también búsqueda en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados"

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **guías de práctica clínica, meta- análisis, revisiones sistemáticas**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés
- Documentos en pacientes adultos o mayores de 18 años de edad.

Estrategia de búsqueda

Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema Parálisis Facial Idiopática. Las búsquedas se limitaron a humanos niños o adolescentes, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSH. Se utilizó el término **facial palsy** Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio < 0 > resultados.

Búsqueda	Resultado
<Búsqueda d("Facial Paralysis/diagnosis"[Mesh] OR "Facial Paralysis/therapy"[Mesh]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND systematic[sb] AND ("infant"[MeSH Terms] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms])) e PubMed correspondiente>	0

Se extiende la búsqueda a 10 años sin obtener resultados.

Búsqueda	Resultado
Search ("Facial Paralysis/diagnosis"[Mesh] OR "Facial Paralysis/drug therapy"[Mesh] OR "Facial Paralysis/etiology"[Mesh] OR "Facial Paralysis/prevention and control"[Mesh] OR "Facial Paralysis/rehabilitation"[Mesh] OR "Facial Paralysis/therapy"[Mesh]) Limits: only items with links to free full text, Humans, Meta-Analysis, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish, All Child: 0-18 years, published in the last 10 years	0

Algoritmo de búsqueda:

- 1.- Facial Palsy (mesh)
- 2.-Diagnosis (subheading)
- 3.-Drug therapy(subheading)
- 4.-Etiology(subheading)
- 5.-Prevention and control(subheading)
- 6.-Rehabilitation(subheading)
- 7.-Therapy(subheading)
- 8. 2 OR 3 OR 4OR 5 OR 6OR7
- 9. 1AND8
- 10.published in the last 10 years
- 11. 9 AND 10
- 12.Humans (mesh)
- 13. 11 AND 12
- 14.English (lang)
- 15. Spanish (lang)
- 16.14 OR 15
- 17. 11 AND 16
- 18. Guideline
- 19. Practice guideline
- 20. 18 AND 19
- 21. 17 AND 20
- 22.child (mesh)
- 23. Adolescent (mesh)
- 24.22 OR 23
- 25. 21 AND 24
- 26.1 AND (2 OR 3 OR 4OR 5 OR 6OR7)AND 10AND12AND(14OR15)AND(18 OR19) AND (22OR23).

2ª. Etapa

Se decide ampliar la búsqueda con documentos meta- análisis, ensayos clínicos controlados, artículos y guías en inglés y español con el tema ya descrito. Ocupando únicamente 3 documentos.

Búsqueda	Resultado
Search ("Bell Palsy/classification"[Mesh] OR "Bell Palsy/diagnosis"[Mesh] OR "Bell Palsy/therapy"[Mesh]) Limits: Humans, Meta-Analysis, Controlled Clinical Trial, Guideline, Journal Article, English, Spanish, All Child: 0-18 years	96

Algoritmo de búsqueda:

- 1.- Facial Palsy (mesh)
- 2.-Diagnosis (subheading)
- 3.-Drug therapy(subheading)
- 4.-Etiology(subheading)
- 5.-Prevention and control(subheading)
- 6.-Rehabilitation(subheading)
- 7.-Therapy(subheading)
- 8. 2 OR 3 OR 4OR 5 OR 6OR7
- 9. 1AND8
- 10.published in the last 10 years
- 11. 9 AND 10
- 12.Humans (mesh)
- 13. 11 AND 12
- 14.English (lang)
- 15. Spanish (lang)
- 16.14 OR 15
- 17. 11 AND 16
- 18. Meta-Analysis
- 19. Controlled Clinical Trial
- 20. Journal Article
- 21. 18 AND 19AND20 AND20
- 22. 17 AND 21
- 23.child (mesh)
- 24. Adolescent (mesh)
- 25.23 OR 24
- 26. 22 AND 25
- 27.1 AND (2 OR 3 OR 4OR 5 OR 6OR7)AND 10AND12AND(18OR19OR20)AND(23 OR24)

Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término <parálisis facial idiopática >.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
www.cenetec.gob.mx	2	1
www.fisterra.com	1	1
www.pubmed.gov	96	3
www.medigraphic.com	1	1
www.scielo.br	2	2
www.rmu.org.uy	1	1
www.aafp.org	1	1
www.medicaljournals.se	1	1
www.primarypsychiatry.com	1	1
www.husi.org.co	1	1
www.bdigital.unal.edu.com	1	1
www.revneurolog.com	1	1
www.biomedcentral.com	1	1
http://www.update-software.com	1	1
Total	111	17

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Clasificación SIGN del 2007 (ScottishIntercollegiateGuidelinesNetwork) Traducida y Modificada para Incluir los Estudios de Pruebas Diagnósticos	
Niveles de Evidencia	
1++	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos
Niveles de Recomendación	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Tabla 1.

Evaluación clínica de la gravedad de una parálisis facial según la graduación de House y Brackmann

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

Tabla 2.

FACIAL DISABILITY INDEX (FDI).

La evaluación de la función física. Comprende.

Tiene dificultad para mantener la comida en su boca.

1. Tiene dificultad para beber.
2. Tiene dificultad para emitir algún sonido específico cuando habla.
3. Tiene lagrimeo.
4. Tiene dificultad para lavarse los dientes.

Puntaje

1. No dificultad.
2. Pequeña dificultad.
3. Alguna dificultad.
4. Mucha dificultad
5. No realiza la actividad por imposibilidad física.
6. No realiza la actividad por otra razón.

La evaluación de la función social. Comprende.

1. Hace mucho tiempo que usted no se siente calmado y en paz.
2. Le gusta estar solo.
3. Se siente irritable.
4. A menudo se despierta temprano, o duerme mal en la noche.
5. Se restringe en la participación de actividades sociales o familiares.

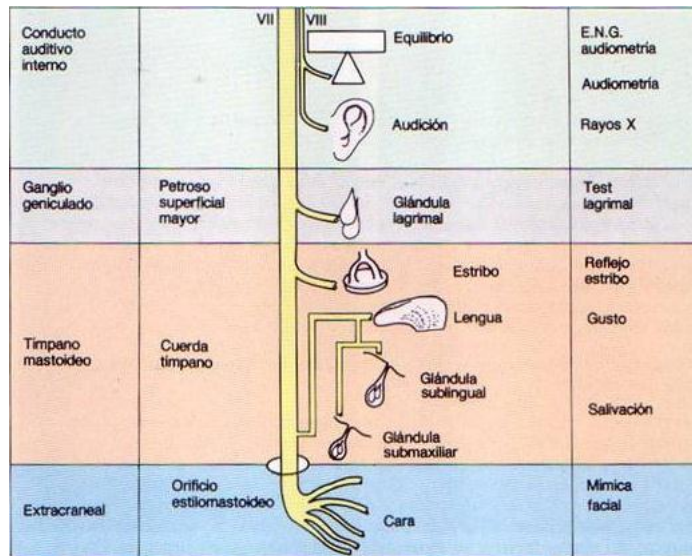
Puntaje de medición:

1. Todo el tiempo.
2. Una parte importante del tiempo.
3. Una buena parte del tiempo.
4. Algunas veces.
5. Una pequeña parte del tiempo.
6. Nunca.

Cuadro 1. Localización clínica de las lesiones del nervio facial ⁽⁷⁾

	Músc. Faciales	Hiperacusia	Lacrimación	Salivación	Gusto
Protuberancia	Comprometidos	Sí	Normal	Normal	Ageusia
Protuberancia – G. Geniculado	Comprometidos	Sí	Disminuida	Disminuida	Ageusia
G. Geniculado – Estapedio	Comprometidos	Sí	Normal	Disminuida	Ageusia
Estapedio – C. del tímpano	Comprometidos	No	Normal	Disminuida	Ageusia
C. del tímpano - ramificación	Comprometidos	No	Normal	Normal	Normal

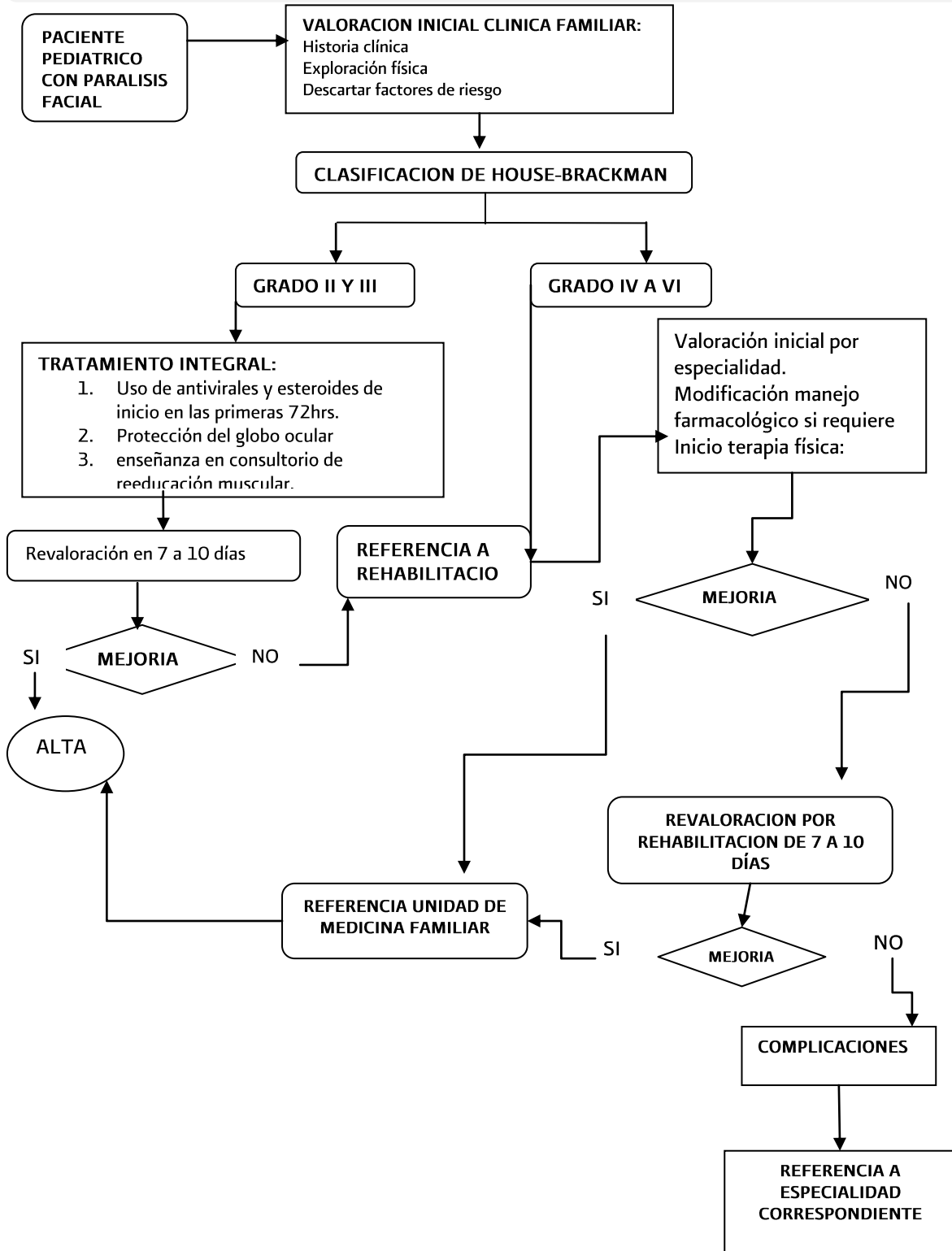
FIGURA 1.



Cuadro 2.

Diagnóstico diferencial de la parálisis del nervio facial		
Enfermedad	Causa	Factores distintivos
<i>Nuclear</i>		
Enfermedad de Lyme	Spirochete <i>Borrelia burgdorferi</i>	Antecedente de exposición a garrapatas, erupción o artralgias; exposición en zonas de enfermedad de Lyme endémica
Otitis media	Patógenos bacterianos	Comienzo gradual; otalgia, fiebre y sordera
Síndrome de Ramsay Hunt	Virus herpes zoster	Pródromos con dolor; erupción vesicular en el conducto auditivo externo o faringe
Sarcoidosis o Síndrome de Guillain-Barré	Respuesta autoinmune	Con frecuencia bilateral
Tumor	Colesteatoma	Comienzo gradual
<i>Supranuclear (central)</i>		
Esclerosis múltiple	Desmielinización	Síntomas neurológicos adicionales
Accidente cerebrovascular	Isquemia, hemorragia	Extremidades, afectadas unilateralmente
Tumor	Metástasis; tumor primario	Comienzo gradual, cambios en el estado mental; antecedentes de cáncer

5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO



5.6 TABLA DE MEDICAMENTOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACION	PERIODO DE USO	EFFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
2126 4263 4264	ACICLOVIR	a) 20mg/Kg/dosis cada 6 hrs b) 800 mg 5 veces al día.	Suspensión. Tabletas.	7 a 10 días	Cefalea, vértigo, insomnio, encefalopatía, irritación gastrointestinal, Rash, urticaria, artralgia, fiebre, efectos adversos hematológicos	Ajustar dosis en insuficiencia renal.
0472	PREDNISONA	0.5 a 2mg/kg/día cada 6 hrs descenso gradual según evolución.	Tabletas.	Descenso gradual hasta mantenimiento habitual de 0.05 – 0.15 mg/kg/día.	Edema, hipertensión, cefalea, convulsiones, hipopotasemia, hiperglucemia, diarrea, náuseas, vómitos, distensión abdominal, sangrado gastrointestinal, osteoporosis, efectos cushinoides.	Enfermedad hepática
2814	HIPROMELOSA 0.5%	1 a 2 gotas cada 6 hrs.	Sol. Oftálmica	15 días	Irritación ocular, visión borrosa transitoria, edema, solución debe ser estéril.	Hipersensibilidad a la hipromelosa
3417 5501	DICLOFENACO	Diclofenaco potásico 0.5 a 2mg kg/dosis cada 8 hrs. Diclofenaco sódico 1 a 2 mg/kg/ dosis cada 12 hrs.	Suspensión.	10 días	Nauseas, vómitos, dolor abdominal, eructos, pirosis, diarrea, erupción cutánea, ulcera gastrointestinal, cefalea, nerviosismo, visión borrosa.	
0104 0106	PARACETAMOL	Neonatos 10-15 mg/kg/dosis cada 6 a 8 hrs. Lactantes y niños 10-15 mg/kg/dosis cada 4 a 6 horas. No exceder 5 dosis al día. Niños > 12 años 325 – 650 mg/dosis/ cada 4 a 6 hrs. Máxima dosis 4 gr/ día.	Suspensión. Tabletas.	10 días	Rash, discrasias sanguíneas (pancitopenia, neutropenia, leucopenia). Hemólisis a dosis altas. Sobre dosis necrosis hepática.	Ajustar dosis en insuficiencia renal.
	NUCLEO CMP FORTE	Citidin-5'-monofosfato (disódico) (CMP) 5,0 mg Uridin-5'-trifosfato (trisódico) (UTP) 3,0 mg	Capsulas.	A criterio medico por un periodo no menor de 6 meses	No se han descrito	Alergia a cualquiera de los componentes.
2714	COMPLEJO B	Tiamina (Vitamina B1) 10.4 mg a 1.7 mg al día.	Ampolletas con 100 y 250 mg. Liofilizada de 2 500mg.	A criterio medico	Reacciones alérgicas principalmente por vía parenteral: urticaria, prurito, malestar general. Estos efectos son muy raros o por vía oral.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula.
		Riboflavina (Vitamina B2) 0.6 1 2mg por día.	Combinado con el resto de complejo B.		Reacciones alérgicas principalmente por vía parenteral: urticaria, prurito, malestar general. Estos efectos son muy raros o por vía oral.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula.
		Ac. Nicotínico 4 a 17 mg por día.	Ámpulas y tabletas.		Reacciones alérgicas principalmente por vía parenteral: urticaria, prurito, malestar general. Estos efectos son muy raros o por vía oral.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula.
		Piridoxina (Vitamina B6) 1 a 2 mg por día.	Frasco ampula de 1ml con 100mg.		Reacciones alérgicas principalmente por vía parenteral: urticaria, prurito, malestar general. Estos efectos son muy raros o por vía oral.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula.

6. GLOSARIO

Idiopática: causa desconocida

Signo de Bell: movimiento ocular sinérgico que se evidencia por la incapacidad del paciente para cerrar el ojo. Al intentarlo, el globo ocular se dirige hacia arriba hasta que la cornea visible queda oculta por el párpado superior.

Ectropión: Eversión del párpado inferior que deja al descubierto la carúncula lagrimal.

Lagoftalmia: el ojo del lado afectado está más abierto que el del lado sano, debido a predominio del tono del músculo elevador del párpado superior inervado por el tercer par craneal, sobre el orbicular de los párpados, inervado por el facial.

Algiacusia: intolerancia al ruido.

Disgeusia: alteración del sentido del gusto.

Epífora: lagrimeo debido a que las lágrimas no pueden llegar al saco lagrimal por la debilidad orbicular de los ojos.

Sincinesia: movimiento involuntario y anárquico de la hemicara afectada.

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

Blefaroespasma: contracción involuntaria del músculo orbicular de los párpados (con frecuencia involucra la frente). Cuando se acompaña de movimientos de la parte baja de la cara, labios, lengua y músculos del cuello, se integra el síndrome de Meige. Se sospecha un componente extrapiramidal en su etiología.

Re-educación neuromuscular: ejercicio terapéutico, cuyo objetivo es el dominio voluntario de la musculatura, mediante la activación, coordinación y resistencia a la fatiga. En parálisis facial estos ejercicios deben ser siempre realizados frente al espejo, con la finalidad de que el paciente tenga oportunidad de retroalimentar el movimiento.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aboytes C., Torres A. Perfil Clínico y Epidemiológico de la Parálisis facial en el centro de Rehabilitación y educación Especial de Durango, México. *RevMedHops Gen* 2006; 69(2):70-77. www.medigraphic.com
2. Castro P. Parálisis facial de bell. *Guías Clínicas* 2005; 5(42). www.fisterra.com
3. Garanbani M, Jefferson R, De Mello A, Ribeiro M. PhysicalTherapy in peripheral facial paralysis: restrospectivestudy. *RevBrasOtorrinolaringol* 2007;73(1):112-5. www.scielo.br
4. IMSS 066-08.Guía de Practica Clínica. Diagnostico y Manejo de la Parálisis facial de Bell (parálisis facial idiopática).www.cenetec.gob.mx
5. Kasse C, Laercio O, Leonbardt F, Testa J, Ferri R, Viertler E. The value prognostic clinical data in Bells Palsy. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 71(4)-.454-8. www.pubmed.gov
6. LaToucheR, Escalante K,Linares M, Meza J. Efectividad del tratamiento de fisioterapia en la parálisis facial periférica. *RevisionSistemica. RevNeurol* 2008; 46(12):714-718. www.revneuroi.com
7. Leon A, BruzzzoneR,Scavone C, Delfino A. Parailsis Facial periférica Aguda idipatica en Niños. *ArchPediatr Urug*,2006;77(1):8-12 www.pubmed.gov
8. Numthavaj P, Thakkinstian A, DejthevapornCh, Attia J. Corticosteroid and antiviral therapyfor Bell palsy: A network meta – analysis. *BMC Neurology* 2011,11:1. www.biomedcentral.com
9. Pérez E, Gámez C, Guzmán J, Escobar D, López V, Montes R, Mora M, Corchado J, Guía clínica para la Rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *RevMed IMSS* 2004; 42(5):425-436. www.bdigital.unal.edu.com
10. Ramírez V, Beltrán D, Gómez. Guía de Practica Clínica de Parálisis facial periférica. Hospital Universitario San Ignacio. www.husi.org.co
11. Salman M. Facial Paralysis and Bells palsy in Children: Current Diagnosis Concept and Management Controversies. *Primary Psychiatry*,2003;10(2):67-70 www.primarypsychiatry.com
12. Sandoval C. Núñez A, Lizama M, Margarit C, Abarca K, Escobar R. Síndrome de Ramsay-Hunt en Pediatría: Reporte de cuatro casos y Revisión de la literatura. *RevChilInfect* 2008; 25(6):458-464. www.scielo.cl
13. Shafshak T. The treatment of facial palsy from the point of view of physical and rehabilitation medicine. *Euro medico Phys* 2006; 42:417. www.medicaljournals.se
14. Teixeira L, Soares B, Vieira V, Prado G. fisioterapia para la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 4 Art no. CDO01869. Chichester, UK.
15. TiemstraJ, Nndini K. Actualización en parálisis de Bell. *Am Fam Physician*, 2007; 76:997-1002. <http://www.aafp.org/afp/2007/1001/p997.html>

16. Vazquez M, Sánchez N, Calvo J, Perna A. Eficacia de los antivirales en parálisis de Bell. Revmed Urg2008; 24:167-174. www.rmu.org.uy/revista/24/3/2/es/
17. Williamson I, Whelan T. the clinical problem of Bells palsy: is treatment with steroids effective. British Journal of general practice 1996; 46 743-747. www.pubmed.gov

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Hospital Regional 1º de Octubre** 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 ISSSTE y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de <institución que participó en los procesos de validación interna, verificación y validación externa, > su valiosa colaboración en<enunciar los procesos realizados de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud / CENETEC

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Luis Agüero y Reyes	Director de Integración de GPC
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de GPC
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector de Gestión de GPC
Dra. Berenice Figueroa Cruz	Depto. de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Depto. de Apoyo Científico para GPC
Dra. Gilda Morales Peña	Coord. De Información
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	Depto. de Coord. de Centros de Desarrollo de GPC
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación Documental
Lic. Antonio Eduardo Arroyo Villasana	Revisión Editorial
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de Gineco-obstetricia
Dr. Manuel Gil Vargas	Coordinador de guías de cirugía pediátrica
Dr. Andrés González de la Rosa	Coordinador de guías de medicina interna

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial

Secretaría de Salud / SSA

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel KaramToumeh

Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Sergio Hidalgo Monroy Portillo

Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio del centro desarrollador

ISSSTE

Dr. Rafael Castillo Arriaga

Director Médico

Dr. Sergio B. Barragán Padilla

Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. E. Leobardo Gómez Torres

Jefe de Servicios

Mtra. Patricia Reynoso Hernández

Asesor Metodológico de GPC

Dra. Ana Araceli Ayala Montes de Oca

Asesor Metodológico de GPC

Dra. María Fernanda Acosta Martínez

Asesor Metodológico de GPC

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud,	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente