



ORIGINAL BREVE

Monitorización continua de un protocolo: parálisis facial *a frigore*

L. Monge Galindo^{a,b}, A. Mateo Ferrando^a, J. López-Pisón^{a,b,*}, N. Martín Ruiz^a, E. Aznar^c, R. Pérez Delgado^{a,b,d}, J.R. García Mata^e y M.C. García Jiménez^{b,d}

^a Unidad de Neuropediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

^c Unidad de Otorrinolaringología Infantil, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^d Unidad de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^e Unidad de Calidad Asistencial, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Recibido el 12 de abril de 2010; aceptado el 29 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Audit médico;
Evaluación;
Niños;
Parálisis facial
a frigore;
Parálisis de Bell;
Protocolo clínico

Resumen

Introducción: La elaboración y revisión de protocolos de actuación neuropediátrica permite reducir la variabilidad de nuestra práctica médica, mejorando la asistencia. Se presenta la monitorización de nuestro protocolo de parálisis facial *a frigore* (PFP).

Material y métodos: Se revisan los informes de urgencias e historias clínicas de los niños valorados en consulta de Neuropediatría por PFP entre julio de 2006 y agosto de 2009 (grupo 2), para conocer el grado de cumplimiento vigente de los criterios de calidad del protocolo y compararlos con los de la revisión previa (grupo 1, de marzo de 2003 a junio de 2006). También se actualizan las evidencias científicas surgidas sobre el tema.

Resultados: El porcentaje de cumplimiento del grupo 1 con respecto al 2 ha pasado de 85,1 a 100% en constancia de descripción de la mímica facial, de 11,1 a 31,6% en descripción de existencia o no de vesículas sugestivas de herpes zóster, de 77,7 a 84,2% en constancia de fundoscopia, y de 77,7 a 86,8% en describir la normalidad del resto de los pares craneales. Se recoge por primera vez en grupo 2 la entrega de hoja informativa para padres y pediatras, con el 21,1%.

Discusión: El *audit* médico permite evaluar nuestra actuación y establecer líneas de mejora según las deficiencias encontradas. Se insiste en seguir mejorando la constancia escrita de los datos más relevantes y recordar la importancia de entrega de la hoja informativa para padres y pediatras, como forma de asegurar el *continuum* asistencial.

© 2010 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlopezpi@salud.aragon.es (J. López-Pisón).

KEYWORDS

Bell palsy;
Children;
Evaluation;
Guideline;
Medical audit;
Protocol

Continuous monitoring of a guideline: Bell's palsy**Abstract**

Introduction: The preparation and review of child neurology guidelines can reduce the variability of our medical practice, thus improving health care. We present the continuous monitoring of our Bell's palsy guideline.

Material and methods: Emergency and medical reports of the children seen in Child Neurology surgery from July 2006 to August 2009 (group 2) are reviewed for the purpose of finding out the present level of compliance with guideline quality criteria and compare it with the previously reviewed period (group 1, from March 2003 to June 2006). Scientific evidence on this topic is also updated.

Results: Comparing the compliance rate in group 1 with group 2 shows a rise in group 2 from 85.1% to 100% in facial expression description, from 11.1% to 31.6% on whether or not there is evidence of Herpes Zoster vesicles, from 77.7% to 84.2% whether or not there is evidence fundoscopic examination, and from 77.7% to 86.8% as regards cranial nerve function remaining normal. The rate of fact sheet issue, recorded for the first time in group 2, is 21.1%.

Discussion: Medical auditing allows us to evaluate our medical practice and set up ways for improvement according to the deficiencies found. We insist on striving to improve the written record of the most relevant data and never overlook the importance of issuing the fact sheets to parents and paediatricians, to ensure continuity of medical care.

© 2010 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

A lo largo de los últimos años, venimos desarrollando en nuestro hospital protocolos de actuación para intentar facilitar y optimizar nuestra labor asistencial. La elaboración y revisión continua de protocolos de actuación neuropediátrica, tanto a nivel de la consulta como en la asistencia en Urgencias¹⁻⁴, permite reducir la variabilidad de la práctica médica y mejorar la asistencia neuropediátrica gracias a una buena orientación desde que el niño con problemas neurológicos es atendido en Urgencias.

Entre las diversas patologías para las que hemos elaborado protocolo, se encuentra la parálisis facial *a frigore* o idiopática, que es la forma más frecuente de parálisis facial, y se caracteriza por la afectación periférica del nervio facial sin que se identifique ninguna causa que la explique. La afectación del nervio facial da lugar a una disfunción motora ipsilateral al lado de la lesión en la musculatura de la cara, limitando la capacidad de cerrar el párpado, arrugar la frente o sonreír, y según el nivel del recorrido del par craneal que haya sufrido el daño se puede acompañar de alteraciones sensitivas o vegetativas. Su etiopatogenia no está aclarada aunque se habla de un origen inmunoviral⁵.

La incidencia de la parálisis facial idiopática oscila entre 20 y 30 casos por cada 100.000 habitantes al año⁶, siendo al menos en el 70-75% de los casos unilateral, en ambos lados con igual frecuencia. Aunque puede presentarse en cualquier edad, es una patología típica del adulto, que presenta su menor incidencia por debajo de los 10 años⁷.

El tratamiento continúa siendo controvertido ya que la historia natural tiende a la recuperación de la función del nervio en la mayoría de los casos; sin embargo, es difícil establecer inicialmente en qué casos la recuperación funcional no será total o va a retrasarse demasiado en el tiempo. La Academia Americana de Neurología, en su revisión basada en la evidencia realizada en el 2001 acerca del tratamiento en

pacientes adultos, defiende la utilización de corticoides en la parálisis facial idiopática con un nivel de recomendación "B", concluyendo que el tratamiento precoz con corticoides orales es seguro y probablemente efectivo para mejorar la recuperación funcional⁸.

La elaboración de nuestro protocolo de actuación en Urgencias se realizó conjuntamente por neuropediatras y especialistas en Urgencias Pediátricas. Se presentó por primera vez en sesión hospitalaria en marzo de 2003 y desde entonces es sometido a revisiones periódicas.

Material y métodos

Nuestro protocolo de actuación ante un niño con clínica compatible de parálisis facial periférica consiste en realizar una exploración física y neurológica completa, haciendo constar descripción de la mímica facial, normalidad del resto de los pares craneales y no existir ninguna otra focalidad neurológica, otoscopia, existencia o no de vesículas sugestivas de herpes zóster en pabellón auricular o conducto auditivo, la realización del fondo de ojo y medición de la tensión arterial.

Ante esta situación con normalidad del resto de la exploración, iniciamos tratamiento con prednisona a 2 mg/kg/día (máximo de 80 mg/día) durante 10 días, con posterior retirada progresiva en otros 6 días más, y protección ocular. Si el paciente presenta disestesias en la hemicara afecta o lesiones herpéticas, ante la sospecha de implicación del virus herpes zóster, añadimos también aciclovir a 80 mg/kg/día (máximo 800 mg/día) durante 7 días. Se entrega una hoja informativa en la que se explica brevemente en qué consiste esta entidad, recomendaciones de manejo tanto domiciliario como para su pediatra, y se cita en consultas de Neuropediatría en 3-4 semanas para control evolutivo.

En cada revisión del protocolo se comprueba el grado de cumplimiento de los criterios de calidad y se realiza una

Tabla 1 Grado de cumplimentación de los criterios de calidad en cada grupo.

Criterio de calidad	Estándar	Grupo 1 marzo 2003-junio 2006 N = 27		Grupo 2 julio 2006-agosto 2009 N = 38	
		%	Intervalo*	%	Intervalo*
Descripción alteración mímica facial: descripción desviación de boca y cierre o no del ojo	90	85,1	98,5-71,7	100	—
Descripción de existencia o no de vesículas sugestivas de herpes zóster	90	11,1	22,9-0	31,6	46,3-16,9
Constancia de fondo de ojo	90	77,7	93,4-62,0	84,2	95,7-72,7
Descripción de normalidad en la exploración del resto de los pares craneales	90	77,7	93,4-62,0	86,8	97,5-76,1
Constancia de entrega de hoja de información a los padres	90	—	—	21,1	34,0-8,2

* p < 0,05.

actualización de las evidencias científicas que hayan surgido sobre el tema desde la revisión previa, para saber si es necesario introducir modificaciones en nuestras pautas de actuación.

En este estudio inicialmente damos una visión global de las parálisis faciales periféricas *a frigore* vistas en la consulta de Neuropediatría de julio de 2006 a agosto de 2009, para luego centrarnos principalmente en la revisión del protocolo y conocer el grado de cumplimiento de sus criterios de calidad (recogidos en la tabla 1).

Dado que este protocolo está elaborado para la actuación en la Urgencia, para calcular el grado de cumplimiento de sus criterios de calidad, se limitó a estudiar los informes de urgencias de los niños valorados en la consulta de Neuropediatría por parálisis facial *a frigore* en este periodo de estudio y que fueron remitidos desde Urgencias de nuestro hospital, a los que identificaremos como grupo 2. Se excluyeron los pacientes que consultaron por parálisis facial de otra etiología.

El cumplimiento actual se comparará con el de la revisión anterior, un grupo de 27 pacientes recogidos entre marzo de 2003 y junio de 2006⁹, al que identificaremos como grupo 1. De esta forma, se intenta evaluar nuestra propia actuación, la utilidad del protocolo y la asimilación del mismo por parte de los médicos asistenciales, además de permitirnos conocer las deficiencias en su aplicación, para establecer líneas de mejora en ese ámbito.

En junio de 2006 se crearon los criterios de calidad y se aplicaron de forma retrospectiva en la muestra; además, se decidió incluir una hoja informativa para padres y pediatras. La constancia de entrega de esta hoja de recomendaciones ha pasado a considerarse otro nuevo criterio de calidad desde entonces, por lo que en el grupo 2 es la primera vez que podemos ver su grado de cumplimiento.

Resultados

Desde julio de 2006 a agosto de 2009 se han atendido en consultas de Neuropediatría 50 nuevos casos de parálisis facial periférica. La media de edad es de 8,7 años, con una DS de 4,7. El rango de edad está comprendido entre los 24 días de edad y los 15 años. La exploración fue normal en todos los

casos excepto en dos casos con vesículas de herpes zóster en pabellón auricular y un caso en el que el fondo de ojo fue dudoso, y que finalmente fue diagnosticado de drusas. En 4 casos en los que inicialmente no había causa atribuible, se constató la presencia de otitis media aguda. Se realizó TC en el caso de fondo de ojo dudoso, diagnosticado de drusas, y RM a dos pacientes, en uno de ellos por no presentar mejoría completa tras tres meses y en otro por recidiva contralateral de la clínica a los 20 días.

Por debajo de los dos años de edad hay recogidos 5 casos (10%) de parálisis facial; se observó otitis media aguda en dos de ellos, los menores de un año, que mejoraron notablemente al asociar la timpanocentesis al tratamiento farmacológico.

Destacamos el caso de una parálisis facial en una niña de 24 días de vida ya que es un proceso raro a tan corta edad y revisando la literatura científica no hemos encontrado otros casos de debut neonatal. Se trata de una niña nacida de parto vaginal eutócico a las 37 semanas de gestación, peso al nacer 3.040 g y Apgar 9/10. El padre refiere que desde hace 2-3 días presenta desviación de comisura bucal a la derecha con el llanto y desde hace 24 h imposibilidad para cerrar ojo izquierdo. Se realiza ecografía transfontanelar y timpanograma para descartar acúmulo de mucosidad en oído medio que pudiera dar lugar al cuadro, siendo ambas exploraciones normales. Se inicia pauta de corticoides según protocolo, siendo la evolución favorable, sin apreciarse alteraciones de la mímica facial a las 4 semanas.

De los 50 casos recogidos, 78% (39) fueron remitidos desde Urgencias de nuestro hospital, 14% (7) desde su pediatra de Atención Primaria y el 8% (4) de otros centros. De los niños remitidos desde Urgencias de nuestro hospital, se han podido recuperar 38 de los 39 informes de Urgencias para comprobar si se cumplen los criterios de calidad establecidos en el protocolo. En tabla 1 se resumen los resultados obtenidos en los grupos 1 y 2.

Discusión

El diagnóstico de parálisis facial *a frigore* es clínico-evolutivo y de exclusión, por lo que la estrategia diagnóstica en Urgencias va destinada fundamentalmente a descartar

cualquier otro signo de focalidad neurológica o hipertensión endocraneal, que implicarían la necesidad de realizar una neuroimagen. Es necesaria una exploración neurológica sistemática y detallada, donde conste la no afectación de otros pares craneales, la ausencia de otros signos de focalidad neurológica, y un fondo de ojo normal.

A la vista de los resultados, podemos afirmar que existe una mejora generalizada del grado del cumplimiento de los criterios de calidad, aunque se debe seguir insistiendo en mejorar aspectos como la descripción de existencia o no de vesículas sugestivas de herpes zóster (lo que implicaría añadir aciclovir al tratamiento corticoideo, según nuestro protocolo) y recordar la importancia de entregar la hoja informativa a los padres, como forma de asegurar el *continuum* asistencial.

Por otra parte, no hemos encontrado nuevas evidencias científicas que nos hagan cambiar las pautas de actuación que tenemos hasta el momento. Desde la revisión previa en junio de 2006, existen dos importantes ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego, con grupos de placebo de control y multicéntricos, publicados en 2007 y 2008: Sullivan et al con 496 pacientes y un tiempo de seguimiento de 9 meses y Engström et al con 829 pacientes y un año de seguimiento. Sus resultados apoyan que el tratamiento precoz con prednisolona (primeras 72 h) acorta el tiempo de recuperación y aumenta las posibilidades de recuperación completa; mientras que el tratamiento antiviral solo o en asociación con corticoide no ha demostrado beneficios^{10,11}.

En cuanto al uso de antivirales en el síndrome de Ramsay Hunt (parálisis facial asociada a herpes zóster ótico), según la última revisión de la Cochrane sobre este tema en el 2008, no se han encontrado pruebas de que los agentes antivirales tengan un efecto beneficioso en el síndrome de Ramsay Hunt¹². No obstante, existe un uso generalizado de los mismos en esta enfermedad, probablemente por el uso de estos fármacos en pacientes con infecciones de herpes zóster en otras zonas corporales.

Por tanto, la única modificación que hemos introducido, basándonos exclusivamente en nuestra experiencia personal en los últimos años y de acuerdo con la unidad de Otorrinolaringología infantil, ha sido el envío a consulta de Otorrinolaringología de los niños con parálisis facial *a frigore* menores de dos años, al día siguiente de ser valorados en Urgencias. Hemos llegado a esta decisión al observar que la mayor parte de las parálisis faciales asociadas a otitis medias se observaron en lactantes y estas mejoraron notablemente tras la timpanocentesis. Las características anatómicas del oído en niños pequeños facilitan el acúmulo de secreciones y hacen que en algunas ocasiones sea difícil visualizar el tímpano por completo, siendo el timpanograma la única prueba demostrativa de que exista un acúmulo de mucosidad o secreción en el oído medio.

El trabajo mediante protocolos y su autoevaluación constituyen un instrumento para disminuir la variabilidad y optimizar la práctica asistencial, representando un método de primer orden en la formación médica^{13,14}. El *audit* es necesario para que los clínicos reciban información sobre su propia práctica a fin de detectar sus posibles deficiencias y proponer las recomendaciones oportunas. En nuestro caso se realiza mediante la presentación de los resultados en sesión clínica con las consiguientes propuestas de mejora. La evidencia sugiere que el *audit* con su *feedback* basado en

indicadores pueden ser efectivos en el cambio de la práctica profesional^{15,16}; para este proceso de evaluación y monitorización continua se requiere una actualización bibliográfica periódica, con revisión de las últimas "evidencias" disponibles. La protocolización supone un aspecto importante de la calidad y su evaluación nos ha introducido en un ciclo de aprendizaje y mejora que no tiene punto final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Manjón-Llorente G, Fernández-Espuelas C, López-Pisón J, García-Mata JR, García-Jiménez MC, Campos-Calleja C, et al. Crisis convulsiva en el servicio de urgencias: valoración de nuestro protocolo. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*. 2006;36:93–100.
2. Pascual Sánchez M, Romero Salas Y, López Pisón J, Pérez Delgado R, García Mata JR, García Jiménez MC, et al. Autoevaluación del cumplimiento del protocolo de manejo del traumatismo craneoencefálico en niños menores de 1 año en urgencias. *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24:177–8.
3. Pérez Delgado R, Sebastián Torres B, López Pisón J, García Oguiza A, García Mata JR, García Jiménez MC, et al. Evaluación del protocolo de punción lumbar diagnóstica en urgencias. *Rev Calid Asist*. 2009;24:232–3.
4. Monge-Galindo L, Pérez Delgado R, López-Pisón J, García-Jiménez MC, Campos-Calleja C, Peña-Segura JL, et al. Estrategias de mejora a partir de la evaluación continua de un protocolo: cefalea afebril en pediatría. *Rev Calid Asist*. 2009;24:287–8.
5. De Diego JI, Prim MP, Gavilán J. Etiopatogenia de la parálisis facial periférica idiopática o de Bell. *Rev Neurol*. 2001;32:1055–9.
6. Ramsey MJ, Der Simonian R, Holtel MR, Burgess L. Corticosteroid treatment for idiopathic facial nerve paralysis: a meta-analysis. *Laryngoscope*. 2000;110:335–41.
7. Donald H, Gilden MD. Bell's Palsy. *N Engl J Med*. 2004;351:1323–31.
8. Grogan PM, Gronseth GS. Practice parameter: Steroids, acyclovir, and surgery for Bell's palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56:830–6.
9. Sáenz-Moreno I, Jiménez-Fernández M, López-Pisón J, Miralbes-Terraza S, García-Oguiza A, García-Mata JR, et al. Parálisis facial en urgencias de pediatría: actualización de nuestro protocolo y autoevaluación. *Rev Neurol*. 2007;45:205–10.
10. Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, McKinstry B, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med*. 2007;357:1598–607.
11. Engström M, Berg T, Stjernquist-Desatnik A, Axelsson S, Pitkäranta A, Hultcrantz M, et al. Prednisolone and valacyclovir in Bell's palsy: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet Neurol*. 2008;7:976–7.
12. Uscategui Teresa, Dorée Carolyn, Chamberlain Ian J, Burton Martin J. Tratamiento antiviral para el síndrome de Ramsay Hunt (herpes zóster ótico con parálisis facial) en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Cantillon P, Roger Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*. 1999;318:1276–9.

14. National Institute for Clinical Excellence. *Principles for best practice in clinical audit*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2004. p. 1–196.
15. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:433–6.
16. De Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van Der Voort P, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:119–29.