



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO

*Síndrome del respirador bucal.
Propuesta de intervención logopédica
orientada a la etapa adulta.*

Autora: María Isabel Asensio Sánchez

Tutora: Natividad García Atarés

GRADO EN LOGOPEDIA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Curso 2020/2021

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi tutora Natividad García la tutorización, el apoyo, la ayuda y la disponibilidad que me ha proporcionado a lo largo de todo el proceso de realización de este trabajo.

A dos grandes profesionales como Clara Díaz (Clínica Claramente logopedia) y Pilar García (Logopeda en Murcia) por la información que ambas me han facilitado para llevar a cabo el Trabajo de Fin de Grado.

A mi pilar fundamental, mi familia, que sin ellos todo esto no podría haber sido posible. Gracias por el apoyo y confianza que me han transmitido durante estos 4 años y por acompañarme siempre en todo el proceso.

Por último, dar las gracias por su empeño y dedicación a los profesores del grado que han impartido asignaturas relacionadas con la temática del trabajo.

ÍNDICE

1.	RESUMEN/ABSTRACT	3
2.	JUSTIFICACIÓN	4
3.	OBJETIVOS	5
4.	METODOLOGÍA	6
5.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
5.1.	CONCEPTOS GENERALES, DEFINICIÓN Y CAUSAS DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL	7
5.1.1.	<i>MECANISMOS RESPIRATORIOS</i>	7
5.1.2.	<i>DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL</i>	8
5.1.3.	<i>ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL</i>	8
5.2.	ALTERACIONES CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL	9
5.2.1.	<i>CAMBIOS DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</i>	10
5.2.2.	<i>CAMBIOS POSTURALES O ESQUELÉTICOS</i>	11
5.3.	OTRAS ALTERACIONES CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL	12
6.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	13
6.1.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	13
6.1.1.	<i>EVALUACIÓN LOGOPÉDICA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL</i>	13
6.1.2.	<i>OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN</i>	17
6.1.3.	<i>INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL</i>	17
6.1.4.	<i>CÓMO PREVENIR LA RESPIRACIÓN BUCAL</i>	29
7.	CONCLUSIONES	30
8.	REFERENCIAS	31
9.	ANEXOS	33
	ANEXO 1. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN LOGOPÉDICA.....	33
	ANEXO 2. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE LA RESPIRACIÓN CON PUNTUACIÓN PEFORP.	40
	ANEXO 3. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL PEMO.	48

1. RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN.

El presente trabajo aborda el Síndrome del Respirador Bucal, en el que aparece alterada la función natorrespiratoria. El sujeto realiza un patrón respiratorio atípico que provoca desordenes craneofaciales, maloclusiones y cambios en el esqueleto corporal que alteran las funciones corporales.

A partir de la información recopilada en 38 artículos científicos, libros y páginas web, se propone una evaluación e intervención logopédica para el paciente en edad adulta basada en la Terapia orofacial y miofuncional. Este tipo de terapia se encarga de mejorar las alteraciones y desequilibrios musculares y funcionales que engloban el sistema estomatognático.

Palabras clave: respirador bucal, terapia miofuncional, síndrome del respirador bucal, intervención respirador bucal, evaluación respirador bucal, respirador bucal logopedia.

ABSTRACT.

The present work addresses the Mouth Breather Syndrome, in which the nasorespiratory function appears altered. The subject performs an atypical respiratory pattern that causes craniofacial disorders, malocclusions and changes in the body skeleton that alter body functions.

Based on the information collected from 38 scientific articles, books and web pages, an evaluation and speech therapy intervention is proposed for the adult patient based on Orofacial and Myofunctional Therapy. This type of therapy is responsible for improving muscular and functional alterations and imbalances that encompass the stomatognathic system.

Key words: mouth breather, mouth breather myofunctional therapy, mouth breather syndrome, mouth breather intervention, mouth breather evaluation, mouth breather speech therapy.

2. JUSTIFICACIÓN

En el siguiente documento se expone el Trabajo Fin de Grado (en adelante, TFG) cuyo tema central es el Síndrome del Respirador Bucal (en adelante, SRB) y la intervención logopédica durante la etapa adulta.

La elección del tema viene sustentada en el gran interés que despierta en mí dicha patología, sus características y lo más importante, su intervención logopédica. El SRB es una alteración del patrón respiratorio que afecta el normal desarrollo tanto bucal como integral del paciente. En el trabajo se presenta el papel que puede realizar el logopeda en el tratamiento de estos pacientes.

Destacar que cuando buscamos información del SRB, se encuentran pocos trabajos y los que hay se refieren fundamentalmente a las alteraciones dentomaxilofaciales en la edad infantil. Parece que el estudio y las publicaciones científicas sobre el SRB en la etapa adulta son escasos por lo que he considerado que sería de interés indagar sobre las características, causas y tratamiento de este.

Así las cosas, intentaré poner a prueba mis conocimientos, adquiridos a lo largo de la formación académica para llevar a cabo un plan eficaz de intervención logopédica basado en el conocimiento de la anatomía y fisiología del sistema respiratorio (1). Las bases morfofuncionales permiten explorar al paciente, acercarse al diagnóstico y ayudar en la planificación del tratamiento.

En el trabajo se exponen de manera sucesiva, los objetivos deseables, la metodología seguida, y aquellos conceptos importantes sobre el SRB para poner en contexto la temática del TFG. Seguidamente se explicarán las diferentes técnicas de evaluación, el plan de intervención logopédica y, por último, se plantea cómo prevenir la aparición del SRB en el sujeto adulto.

3. **OBJETIVOS**

Tras la lectura y revisión de los artículos científicos y libros, el **objetivo general** del TFG es *analizar las diferentes fuentes bibliográficas para realizar una propuesta de intervención logopédica para pacientes que padecen el SRB, completando los conocimientos obtenidos a lo largo de mi formación académica para plasmar los aprendizajes y desarrollar madurez profesional.*

Además de los objetivos generales, se detallan una serie de **objetivos específicos** que se pretenden conseguir con la realización de este trabajo:

- *Conocer en profundidad el SRB y sus repercusiones en la salud y la vida familiar y social del paciente.*
- *Aprender sobre los diferentes tratamientos, médicos o de otro tipo, utilizados para tratar al paciente con SRB.*
- *Valorar el papel del logopeda en el SRB.*
- *Proponer un protocolo de evaluación para pacientes respiradores bucales.*
- *Proponer un protocolo de intervención logopédica para pacientes respiradores bucales*

4. METODOLOGÍA

El TFG se ha realizado entre los meses de enero a junio de 2021.

En una **primera fase** se seleccionó el tema final tras barajar varias líneas temáticas posibles, pensando en su originalidad y posibilidades de ejecución; y en la **segunda fase**, durante los meses de enero a marzo, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de artículos científicos relacionados. Aunque en principio se planteó realizar exclusivamente una revisión bibliográfica del tema, la escasez de información relacionada con la intervención nos decidió a realizar una propuesta de intervención más personal y motivadora basada en textos y en la formación adquirida a lo largo de estos años de estudios.

Se seleccionaron un total de 38 artículos, libros y páginas web extraídos de diferentes buscadores: Google Académico, SciElo, Elsevier, Dialnet, Scopus, Pubmed y la biblioteca de la Universidad de Valladolid. Las palabras “clave” utilizadas para la búsqueda han sido, en español: “respirador bucal”, “terapia miofuncional respirador bucal”, “síndrome del respirador bucal”, “intervención respirador bucal”, “evaluación respirador bucal”, “respirador bucal logopedia”, y en inglés: “syndromic mouth respirator”, “myofunctional therapy”, “mouth breathing evaluation” y “mouth breathing intervention”. No se estableció ninguna restricción por fechas, si bien por ser tema relativamente novedoso los artículos tienen fechas comprendidas entre 1999 y 2021. Se han utilizado artículos en español e inglés, recogidos en la bibliografía utilizando la normativa Vancouver como suele hacerse en los trabajos de Ciencias de la Salud.

En una **tercera fase** se procede a escribir la justificación del trabajo, así como los objetivos perseguidos con el mismo. Seguidamente, en una **cuarta fase**, se llevó a cabo el trabajo de investigación que ha consistido en el manejo de la bibliografía para seleccionar y resumir aquellos datos más relevantes que permitan entender el SRB y las necesidades que plantean estos pacientes, de cara a la intervención logopédica.

En una **quinta fase**, durante los meses de abril y mayo, se contactó con dos profesionales familiarizadas con el SRB, Pilar Segura, logopeda y especialista en Terapia miofuncional, electroestimulación y terapia vocal, y con la logopeda de la Clínica Claramente Logopedia, de Valladolid. Ambas expertas han sido fundamentales para la realización de la una propuesta de evaluación y de intervención en los pacientes con el SRB. La **última fase** ha

sido para establecer unas conclusiones relacionadas con los objetivos que se plantearon al principio.

5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. CONCEPTOS GENERALES, DEFINICIÓN Y CAUSAS DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un “estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud precisa mantener el equilibrio frente a los problemas que pueden perturbar ese bienestar.

Una función básica para la vida es la respiración. Además, junto a la masticación y la deglución, la respiración favorece el normal desarrollo y crecimiento de las estructuras implicadas.

5.1.1. MECANISMOS RESPIRATORIOS

Podemos clasificar los tipos de respiración atendiendo a la vía por la que el aire se introduce en el organismo cuando inspiramos. Encontramos tres formas de acceso del aire al organismo:

- **Respiración nasal:** es considerada normal. El aire debe entrar y salir, sin esfuerzo, a través de las narinas produciéndose un cierre sincrónico de la cavidad bucal, por medio del cierre labial y la colocación de la lengua en el paladar (2). En el interior de la boca se crea una presión negativa que ocasiona un balance de la musculatura peribucal (3). Dicha respiración causa un correcto crecimiento y un desarrollo dental, craneofacial y postural equilibrado (4).
- **Respiración bucal:** se produce cuando el aire entra directamente por la cavidad bucal sin pasar por la nariz. Se pierde el calentamiento, la humidificación y la filtración del aire que normalmente tienen lugar en la nariz. En el organismo se originan una serie alteraciones, morfológicas y funcionales, que se instauran durante el crecimiento (5).
- **Respiración mixta:** cuando se produce el paso de aire por la cavidad bucal o por la cavidad nasal de forma cambiante.

Además, se puede clasificar la respiración, teniendo en cuenta la parte del tórax hacia donde se dirige el aire durante la inspiración. Se observa 3 patrones respiratorios dependiendo de la zona que se moviliza con la respiración:

- **Respiración torácica superior o clavicular:** este modo es insuficiente, pobre, superficial y genera tensión en el cuello. Se eleva la parte superior del tórax o las clavículas. “En ella los músculos inspiratorios accesorios del cuello son utilizados como músculos principales durante la inhalación” (6). Su verdadera utilidad se da cuando forma parte de una respiración completa en la que queremos aprovechar toda la capacidad pulmonar.
- **Respiración torácica media o costal:** en la inspiración se expande la región media del tórax, los pulmones se hinchan y el pecho se eleva. Es utilizada frecuentemente durante el día.
- **Respiración inferior o abdominal:** es la más adecuada porque llena de forma completa los pulmones, de abajo a arriba. Precisa de la contracción y descenso del diafragma, incrementando la presión intraabdominal contenida gracias a los músculos de las paredes abdominales que ejercen su acción antagonista empujando el diafragma de nuevo hacia arriba durante la espiración.

5.1.2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL

“El hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Al romperse este mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo, no sólo facial sino general” (7).

El SRB se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que aparecen por una alteración de la función nasorrespiratoria (1,8).

La respiración bucal exclusiva es inusual ya que, por lo común, se utiliza junto a la respiración por vía nasal (7). Cuando la vía oral se convierte en la principal puede ocasionar alteraciones morfológicas y funcionales características del respirador bucal (9).

Cuando se ha establecido este patrón respiratorio atípico, se usan estrategias compensatorias para paliar las funciones alteradas, parafunciones que originan desordenes creaneofaciales, maloclusiones y cambios en el esqueleto corporal (1,10).

5.1.3. ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL

Los respiradores bucales han sido clasificados en verdaderos respiradores bucales y falsos respiradores bucales (7,9,11-15).

Los **verdaderos respiradores bucales** se pueden dividir en 4 grupos según el factor etiológico:

- *Respiradores bucales por obstrucciones de las vías aéreas altas:* hipertrofia amigdalina y adenoides, desviación del tabique nasal, hipertrofia de cornetes, atresia o estenosis de coanas, procesos inflamatorios (rinitis alérgica, congestión de la mucosa faríngea) y alteraciones a nivel de las narinas (tumores, pólipos, entre otros).
- *Respiradores bucales por alteraciones posturales:* sujetos que tienen alteraciones posturales producto de su hiperlaxitud ligamentosa.
- *Respiradores bucales por defecto anatómico:* como puede ser labio superior corto que causa incompetencia labial.
- *Respiradores bucales por mal hábito respiratorio:* pacientes que en algún momento tuvieron algún factor que condicionó una respiración inadecuada que mantienen como un mal hábito a pesar de haber desaparecido la causa que lo condicionó, una obstrucción ya corregida o por ejemplo, malos hábitos en la succión durante la infancia temprana, en la alimentación o en el mantenimiento de posturas inadecuadas, etc.

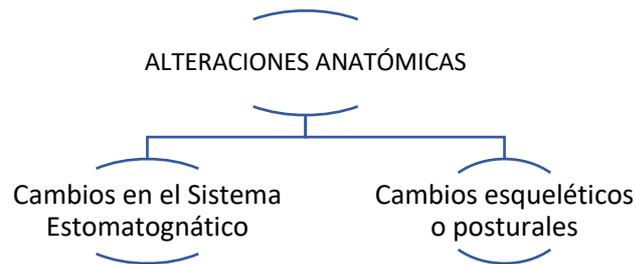
Los **falsos respiradores bucales** son aquellos que tienen la boca abierta, pero respiran por la nariz.

Aparte de esta clasificación etiológica del respirador bucal hay que mencionar otra causa importante en el momento actual. La pandemia causada por el Covid-19 nos obliga al uso de mascarillas y otros medios de protección frente al virus. El empleo diario y constante de mascarilla está ocasionando diversos problemas: alteraciones en la voz (disfonías), dolores de garganta, problemas de comunicación y, lo que nos interesa en este momento, cambios del patrón respiratorio. Esto se debe a un sobreesfuerzo bucal para hacerse entender durante periodos de tiempo prolongados, modificando la respiración; hay una sensación constante de ahogo por lo que se tiende a respirar por la boca para suplir esa sensación de falta de aire.

5.2. ALTERACIONES CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL

Cuando se produce un patrón respiratorio bucal se generan una serie de alteraciones anatómicas y funcionales que afectan a distintas estructuras corporales, originándose un cuadro clínico variable dependiendo de la zona respiratoria afectada, de la salud y el biotipo del paciente y del tiempo que lleve instaurado este hábito (7).

A continuación, se exponen los cambios anatómicos que se producen en el respirador bucal:



5.2.1. CAMBIOS DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

- Los **cambios faciales**: (1,7,8,10-14,16,17) que pueden aparecer son:
 - > Asimetría facial con aumento del tercio facial inferior.
 - > *Facies adenoidea (Imagen 1)*: cara alargada y estrecha, boca abierta, labio superior corto e inferior interpuesto, ojeras profundas, ojos caídos y perfil convexo.
 - > *Nariz*: hipodesarrollo de los huesos propios de la nariz, pómulos aplanados por la falta de neumatización de los senos paranasales, narinas poco desarrolladas y estrechas.
 - > *Mentón*: hipertrofia del músculo borla del mentón.
 - > *Mandíbula*: hipotrofia e hipofunción de los músculos elevadores de la mandíbula, retrognatismo mandibular, o rotación mandibular hacia abajo y hacia atrás por el deslizamiento de los cóndilos dentro de la fosa mandibular del hueso temporal.
 - > Tensión de los músculos constrictores de la faringe y suprahioides.
- Los **cambios bucales** en estos sujetos son (1,7,8,11-18):
 - > *Labios (Imagen 2)* (se incluyen en este apartado, aunque también forman parte de la cara): incompetencia labial por falta de sellado, labio inferior grueso y evertido, labios secos, labio superior



Imagen 1: Facies adenoidea. Imagen extraída de: http://www.zonaortodoncia.com/malocclusion_prev_resp.htm



Imagen 2: Incompetencia labial. Imagen extraída de: <https://logopediayformacion.blogspot.com/2012/11/respiracion-bucal-parte-i-etimologia-y.html>

hipotónico y labio inferior hipertónico, labio superior corto, labio inferior interpuesto entre ambas arcadas dentarias.

- > *Lengua y paladar (Imagen 3):* lengua hipotónica en posición baja y adelantada (permitiendo el paso de la corriente de aire a través de la boca y sin contrarrestar las fuerzas laterales ejercidas sobre los maxilares por los buccinadores), paladar estrecho en forma de V (a causa de la acción compresiva de los músculos buccinadores y además por hipoplasia del vómer).
- > *Dientes (Imagen 4):* sonrisa gingival, maloclusiones de clase II y III según Angle (19), mordida cruzada, mordida abierta, diastema, apiñamientos).
- > *Hueso hioides:* hioides en posición posteroinferior.



Imagen 3: Paladar. Imagen extraída de: <http://lopsico-goloteca.blogspot.com/2016/04/sindrome-del-respirador-bucal.html>



Imagen 4: Maloclusiones. Imagen extraída de: https://www.researchgate.net/publication/318310468/Figura-1-La-respiracion-bucal-en-ninos-y-juvenes-determina-alteraciones-posturales-como-fiq1_318310468

5.2.2. CAMBIOS POSTURALES O ESQUELÉTICOS

- **A nivel de la columna vertebral (Imagen 5) (1,2,8,10-12,16,17):**
 - > Alteración de la posición de cabeza (cabeza adelantada) y cuello con posición compensatoria de la columna vertebral.
 - > Hipotonía generalizada.
 - > *Tórax:* deformidades torácicas como tórax estrecho; alteraciones de la columna vertebral (cifosis torácica, lordosis lumbar, escoliosis), que ocasionan movimientos respiratorios insuficientes con expansión limitada de los pulmones; rotación anterior de los hombros comprimiendo el tórax, hundimiento del esternón, escápulas aladas, distensión abdominal e hipomotilidad diafragmática.



Imagen 5: Alteraciones a nivel de columna vertebral. (1)

- **A nivel de las extremidades inferiores (8,10-13,16):**
 - > Pie plano, pies hacia dentro “pie valgo”.

5.3. OTRAS ALTERACIONES CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL



- **Alteraciones funcionales (1,7,10,12,14,17):** hipoacusia por variación en la posición del cóndilo mandibular al mantener la boca abierta y ronquidos; deglución atípica por falta de coordinación entre la respiración, la masticación y la deglución, y por malos hábitos como la succión labial y/o digital; timbre de voz alterados por la hiper o hiponasalidad y rinolalia.

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) afecta a buena parte de la población de edad adulta y está asociado a la respiración bucal (20,22-24). Se caracteriza por obstrucción de la vía aérea superior mientras el sujeto duerme siendo apnea o hipoapnea (18,20-22). Se ha relacionado, por ejemplo, una mala colocación lingual con un aumento de problemas respiratorios (25).

- **Alteraciones psicosociales (1,7,8,10,12-15,17):** apatía, disminución de la actividad voluntaria, trastornos de la memoria, disminución de la capacidad para fijar la atención voluntaria, cansancio crónico, dificultades de concentración, trastornos del lenguaje y la voz como dislalias (“m” por “b” y “n” por “d”), problemas de sueño, terror nocturno, sueño agitado, somnolencia durante el día, problemas alimentarios que derivan en obesidad (por comer grandes cantidades, masticar poco y tragar rápidamente) o delgadez (por comer pequeñas cantidades y masticar mucho); afectación del comportamiento psicológico del individuo (ansiedad, irritabilidad, impulsividad) y bajo rendimiento mental.

“Las alteraciones serán más graves y de mayor proporción cuando el paciente es de mayor edad en el cual las alteraciones son más marcadas y definitivas” (1).

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado, se propone una intervención logopédica completa para pacientes con SRB basada en una selección de información sobre evaluación e intervención para estos pacientes extraída de los estudios e investigaciones de otros autores.

6.1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1.1. EVALUACIÓN LOGOPÉDICA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL.

La evaluación de un paciente comienza desde el mismo momento en el que entra a la consulta, cuando este todavía no es consciente, **observando de forma global al individuo**, las posturas (25,26), la simetría corporal, posición de la cabeza, las curvaturas de la columna vertebral, etc. (14)

Después se procederá a realizar una **anamnesis** pidiendo al paciente que responda una serie de preguntas que nos aporten datos generales del paciente, sobre su estado y su enfermedad.

Posteriormente, se efectuará un **análisis clínico**, extraoral e intraoral, para detectar indicios de que el paciente presenta problemas respiratorios (7,8,14,25,26). El SRB afecta a las estructuras anatómicas e indirectamente provoca alteraciones en las funciones del organismo (26) y viceversa, por lo cual se deberá realizar un exhaustivo análisis tanto anatómico como funcional.

En el [ANEXO 1](#) se muestra una tabla de elaboración propia que sirve de modelo para realizar una evaluación logopédica miofuncional completa y llevar un registro de esta.

El examen clínico comienza comprobando el biotipo (corporal y craneal) que el sujeto presenta, así como el perfil facial del paciente. Después, se procede al examen anatómico de la cabeza que englobará las partes duras y las partes blandas (25,26). Dentro de las partes duras se explora el maxilar, la mandíbula y los dientes. En cuanto a las partes blandas se exploran los labios, lengua, párpados, mejillas, nariz y amígdalas.

Es importante la evaluación de la musculatura facial que se ve implicada cuando el paciente respira por la boca (músculos bucinadores, maseteros, temporales, mentoniano, suprahioides e infrahioides) (27).

Nos fijaremos en todas las estructuras, su tamaño, forma, simetrías y posibles alteraciones que podamos observar de manera directa (desviaciones, limitaciones de

movimiento y/o apertura...), tanto intra como extrabucalmente. Valoraremos el tono de las estructuras siendo posible, en alguna ocasión, explorarlo mediante palpación, contrarresistencia y movimiento (mediante diferentes praxias), clasificando el tono en normo, hiper o hipotónico. Y, por último, comprobaremos si presenta normo, hiper o hiposensibilidad mediante la aplicación de estímulos táctiles, estímulos térmicos y dolorosos, discriminación de sabores y de texturas (27).

También tendremos en cuenta el aspecto de los pliegues palatinos, la úvula, la articulación temporomandibular (ATM), los frenillos labiales, el frenillo lingual, la presencia de improntas dentarias, las dificultades en la oclusión dental y las marcas de hiperfunción en el músculo borla del mentón.

En las arcadas dentarias hay que valorar el tipo de dentición, tipo de oclusiones (siguiendo de referencia la clasificación según Angle (19), el plano sagital y el plano vertical) y las encías.

Tanto de los labios como de la lengua se requiere un exhaustivo análisis ya que son estructuras que se ven bastante implicadas. Además de la observación directa, del tono y de la sensibilidad, podemos realizar una dinamometría. Para esta se usa un dinamómetro, que es un instrumento que cuantifica la fuerza del aparato buccinador. Se realizan 3 mediciones y se saca la media de estas. Se considera normal cuando el valor se encuentra entre 1,5 y 2,5 Kilopondios (27).

Exploraremos las amígdalas y se clasificarán en uno de los siguientes 6 grados según su presencia y aspecto: grado 0 (amigdalectomía previa), grado 1 (no se perciben amígdalas), grado 2 (ocupan un espacio menor de 1/3 de la orofaringe), grado 3 (ocupan 1/3 la orofaringe), grado 4 (ocupan 2/3 de la orofaringe, pero sin tocarse en el medio) y grado 5 (invaden totalmente la orofaringe y contactan entre ellas) (19,27).

Para finalizar la evaluación anatómica, la musculatura supra e infrahioidea se tendrá que evaluar pidiendo al paciente que trague, respire profundamente y hable, para poder observar y palpar los movimientos verticales del hioides y la laringe en la superficie media del cuello.

Por otro lado, el examen funcional deberá relacionarse con lo anteriormente dicho para predecir la actividad de estas funciones (26): respiratoria, masticatoria, deglutoria y del habla.

La función respiratoria la evaluaremos mediante distintas pruebas instrumentales (14,15). Con el **espejo de Glatzel** (Imagen 6) se podrá medir cuantitativamente el grado de permeabilidad nasal comprobando la prolongación de la mancha de vapor que deje el sujeto sobre la placa, si las marcas son simétricas o no, o si no aparecen marcas.



Imagen 6. Espejo de Glatzel. Imagen extraída de: <https://logopedicum.com/producto/espejo-de-glatzel/>.

Hay que tener en cuenta que nunca será simétrico del todo ya que existe un ciclo nasal. Esta prueba se podrá repetir a lo largo de todo el proceso de intervención para comparar los resultados.

Observar el **Reflejo alar de Godin**. El examinador comprime las narinas del paciente, primero una, luego la otra y por último las dos juntas. Taparemos la nariz durante 20 segundos. Se espera que cuando se liberen las narinas se dilaten. En el caso del respirador bucal, se dilatarán muy poco o nada y tenderá a abrir la boca para inspirar.

Efectuaremos la **Prueba de Rosenthal** o prueba de la fatiga en el que se realizarán 20 respiraciones. Primero con las dos narinas y luego con cada una de ellas. El paciente deberá estar con la boca cerrada. El respirador bucal no concluirá la prueba y abrirá la boca antes de la finalización de esta.

Por último, podremos hacer la **prueba del algodón o la prueba de la vela**. Ambas consistirán en corroborar que el paciente respira por la nariz. Si no es así, el paciente será respirador bucal ya que no moverá el algodón o la llama de la vela.

La función de la masticación y la deglución se hará conjuntamente de forma secuencial. Se comprobarán todas las estructuras en el momento de la deglución y la masticación. Como prueba diagnóstica para llevar a cabo esta exploración, se usará la **Técnica de Payne** (Imagen 7). Esta nos ofrece en el momento de la deglución la situación donde se coloca la lengua. Se usará fluoresceína y una lámpara de luz negra, pidiendo al sujeto que trague saliva.

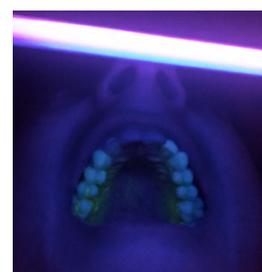


Imagen 7. Técnica de Payne. Imagen extraída de: <https://www.centroacadia.es/evaluacion-de-la-deglucion-tecnica-de-payne/>.

Además de pruebas diagnósticas, existen protocolos bastante completos que podemos utilizar para la evaluación más exhaustiva de la respiración del paciente. Susanibar F (28) elaboró un protocolo para el correcto diagnóstico de este trastorno: el **Protocolo de Evaluación Fonoaudiológica de la Respiración con Puntuación (PEFORP) (28)**. El propio autor afirma que “contiene una serie de aspectos basados en evidencia científica, tanto en

anamnesis como en el examen clínico, que pueden auxiliar al fonoaudiólogo u otro especialista a identificar y diagnosticar adecuadamente una alteración en el modo respiratorio y su interrelación con otras alteraciones”. En el [ANEXO 2](#), se muestra el protocolo con todas las partes que se estudian en este.

Otro protocolo completo es el **Protocolo de evaluación en la Motricidad Orofacial (PEMO)** (29). Susanibar F (29), autor del protocolo, integra la evaluación de pares craneales, aspectos raciales, tipología facial, medidas faciales, estructuras orofaciales y funciones estomatognáticas. En el [ANEXO 3](#), se puede observar el protocolo completo.

Hay que recordar que en el [ANEXO 1](#), se ha creado un protocolo personal de evaluación logopédico completo, con el que se puede comprobar la anterior explicación y completar y/o comparar con el protocolo PEFORP y PEMO.

Finalmente, se valorará la función fonatoria evaluándose a lo largo de todo el examen y anamnesis del sujeto. Hay que comprobar si presenta dificultades articulatorias o de coordinación de la respiración con la articulación (26).

Es importante que se realice un registro fotográfico, previo consentimiento del paciente, al comienzo de la rehabilitación y luego cada 2 meses durante toda la intervención (25,26).

Si observamos que después de la realización del protocolo de evaluación el sujeto padece de respiración bucal es conveniente derivarlo a otros especialistas para que realicen sus correspondientes exploraciones y conseguir un completo diagnóstico trabajando multidisciplinariamente. Trabajaremos junto al otorrinolaringólogo (ORL), odontólogo, ortodoncista, fisioterapeuta, etc. El ORL valora con pruebas como la rinoscopia posterior la presencia de hipertrofias amigdalinas, desviación del tabique nasal, obstrucciones nasales, etc. (26,31) El odontólogo será el encargado de valorar detenidamente las arcadas dentarias mediante pruebas como cefalometrías, ortopantomografía y telerradiografía lateral del cráneo (9,10). En el caso de que el paciente acuda directamente al logopeda, él mismo podrá proporcionar las pruebas complementarias que le hayan sido realizadas o, si es un paciente derivado por otro especialista, este podrá aportar al logopeda aquellos datos de interés para su diagnóstico y tratamiento.

6.1.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN.

La intervención presentada no se ha realizado sobre ningún caso concreto por lo que, será una propuesta generalista tras un supuesto diagnóstico del SRB. Seguiremos una serie de objetivos para corregir o mejorar todas las posibles alteraciones que presenta un respirador bucal adulto sabiendo que cada paciente deberá de ser evaluado y se deberán de adaptar los objetivos y la intervención a las características que este sujeto. No se pueden usar todos los ejercicios para todos los pacientes, pues cada uno tendrá unas necesidades algo distintas.

Así pues, dividimos los objetivos de la intervención en generales (OG.) y específicos (OE.) y se muestran a continuación.

- **OG.1. Mejorar el control postural.**

- **OG.2. Corregir las alteraciones anatómicas del sistema orofacial.**

OE.1. Mejorar la tonicidad, movilidad y sellado labial.

OE.2. Mejorar el tono de la musculatura mentoniana.

OE.3. Trabajar la correcta posición, movilidad y tonicidad de la lengua.

OE.4. Fortalecer el tono de la musculatura elevadora de la mandíbula.

- **OG.3 Mejorar las alteraciones funcionales.**

OE.1. Enseñar un adecuado modo de respiración.

OE.2. Corregir la deglución atípica.

- **OG.4. Generalizar los aprendizajes.**

6.1.3. INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL.

La intervención logopédica más eficaz en el SRB es la terapia orofacial y miofuncional ya que, mejora las alteraciones y desequilibrios en la musculatura, así como, de las funciones implicadas en el Sistema Estomatognático (10,22,34): respiración, succión, deglución y fonación (15). Según diversos autores, (32) mejora la morfología y funciones de los músculos

en pacientes respiradores bucales. El logopeda es capaz de evaluar las funciones y estructuras del Sistema Estomatognático y crear planes de intervención (10).

La intervención tiene unos márgenes temporales óptimos para su ejecución (27). En los adultos y/o ancianos, por ejemplo, es más difícil de corregir de forma completa ciertas anomalías morfológicas o ciertos hábitos malfuncionales como puede ser un patrón respiratorio que conlleva problemas asociados.

Esta es la razón por la que, no podemos proponer una metodología única de intervención, sino que, se adaptará al paciente y sus posibilidades, a las alteraciones que este padezca y al grado en que las presente. Sí se tendrá siempre presente la necesidad de un trabajo multidisciplinar para el tratamiento de estos sujetos (10).

El fundamento de la terapia orofacial y miofuncional en el SRB, debería de ser la concienciación y la propiocepción enseñando al paciente cómo es la anatomía del sistema respiratorio y cómo funciona mediante modelos, vídeos, etc. para que comprenda lo que el logopeda va a realizar y porque es necesario hacerlo (35).

La rehabilitación de los pacientes respiradores bucales debe empezar por enseñarles la forma correcta de respirar, a través de las fosas nasales, así como a corregir una postura corporal incorrecta para que facilitar la respiración (27).

A continuación, se presenta una intervención generalizada en base a los objetivos que se han propuesto, separando la función respiratoria del control postural.

- **OG.1. Mejorar el control postural.**

Siguiendo el orden de los objetivos, empezaremos por tratar de corregir las posturas como fondo importante para una buena respiración (27). Los logopedas en la rehabilitación del control postural realizan una intervención muy general (27) pero, pueden colaborar con el fisioterapeuta (26) que realizará un tratamiento postural más específico.



Imagen 8. Masaje con objetos.
Extraído de:
<https://www.doyoubailas.com/acesorios/875-pelota-de-masaje-con-pinchos.html>

Los logopedas pueden realizar un masaje manual o con objetos (Imagen 8) de diferentes texturas y durezas, realizando presiones diferentes por la planta y los dedos de los pies (27).

Además, se realizan ejercicios de equilibrio y de sensibilidad. El equilibrio podemos trabajarlo solicitando al sujeto que se descalce y que mantenga primero los ojos abiertos y luego cerrados mientras lo movemos para provocar que sea él mismo el que tenga la

capacidad de volver a equilibrarse. Para la sensibilidad podemos requerir que el paciente camine descalzo sobre distintas superficies.

El logopeda puede pedir al paciente que sujete objetos con las manos y/o la cabeza manteniendo el equilibrio mientras mantiene la espalda pegada a la pared o, realizando ejercicios de respiración mientras está de pie manteniendo un globo contra la pared (27). Con este tipo de ejercicios de control postural el paciente toma conciencia de su propia postura y puede controlarla, mejorando poco a poco la coordinación de la postura con la respiración.

- **OG.2. Corregir las alteraciones anatómicas del sistema orofacial.**

En este caso, el siguiente objetivo propone mejorar las alteraciones anatómicas del sistema orofacial, por tanto, englobaremos aquellas estructuras que se ven implicadas como son los labios, lengua, y la musculatura mandibular. En el respirador bucal es habitual encontrarse con flacidez en la mayoría de los territorios orofaciales, por lo que es necesario aumentar el tono en ellos (32).

Existen diversos tipos de ejercicios en terapia orofacial y miofuncional, en los que el paciente es una parte activa en el tratamiento: isométricos e isotónicos (27,30,33). Los ejercicios isométricos aumentan la fuerza de los músculos realizando contracciones lentas y mantenidas, sin desplazamiento. El objetivo principal de los ejercicios isotónicos es favorecer la movilidad y amplitud muscular, pero sin la aplicación de resistencia (30, 33). En el caso de necesitar la utilización de los dos tipos de ejercicios tendremos en cuenta su grado de dificultad, comenzando en las primeras sesiones con los isotónicos y continuando por los isométricos (27,33).

Además de estos ejercicios, la manipulación manual (Imagen 9) de los órganos orofaciales por parte del logopeda es también útil tanto para aumentar el tono muscular como para relajarlo, dependiendo de la forma en la que se aplique el masaje. Con los movimientos firmes y rápidos en dirección a la inserción de origen del músculo (34), podemos estimular el tono muscular, mientras que, por el contrario, realizados lentamente en la dirección de la inserción terminal muscular (33,44), elongan y relajan el músculo. En ambos casos podemos recurrir a dispositivos vibratorios (Imagen 10) tanto de vibración discontinua

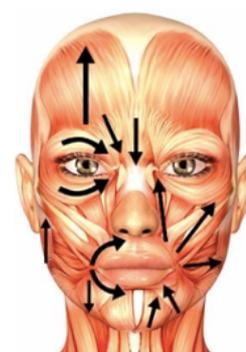


Imagen 9. Direcciones del masaje.
Extraído de: <https://logopediacarmencastillero.es/terapia-miofuncional-en-dano-cerebral-adquirido-en-el-paciente-adulto/>

como continua para efectuar el masaje (27,30). El paciente será parte pasiva del tratamiento ya que, el logopeda será el que realice todos los masajes.

○ OE.1. Mejorar la tonicidad, movilidad y sellado labial.

Es importante corregir el sellado labial modificando la distonía de los labios característica de los pacientes con SRB. Se consigue aumentando el tono del labio superior y relajando el del labio inferior, debido a que se encuentra descompensados.

Primero debemos aplicar masajes relajantes (en forma de círculo o linealmente) en el labio inferior y después estimulando el tono del labio superior, insistiendo en mayor medida en este. Además, podemos aplicar vibración. Se tiene en cuenta que, podemos encontrar la musculatura dilatadora de la boca contraída o rígida, debiendo mediante masajes liberar de esa fuerza al labio superior que se relajará favoreciendo el sellado labial (33).

Mediante ejercicios isotónicos se facilita la movilidad labial. Los más importantes son las praxias labiales (27,35) que se harán alternando movimientos opuestos, como, por ejemplo: “morro”-sonrisa, apretar labios-relajar labios, enseñar dientes-esconder dientes, etc. Con todos estos ejercicios favorecemos la estimulación de la musculatura orbicular de los labios.

Efectuados estos ejercicios se harán otros de tipo isométrico (25,27) como: mantenimiento de pesas labiales, sujeción de un corcho mientras los labios se encuentran en forma de “O”, sujetar un botón con los labios mientras se estira de él (este ejercicio es importante que no se realice hasta que se tenga un equilibrio en la musculatura labial ya que, podría reforzar la hiperfunción del labio inferior) (27), mantener un lápiz en el filtrum labial, etc.

Asimismo, podemos emplear ejercicios de contrarresistencia pidiendo al paciente que mientras nosotros hacemos el masaje en una dirección, el trate de realizar el movimiento contrario, por ejemplo, mientras el logopeda coloca sus dedos meñiques de las comisuras labiales, el paciente tendrá que intentar hacer el movimiento contrario como es el de tirar un beso.



Imagen 10: Vibrador SENSÍ. Extraído de: <https://logopedicum.com/producto/estimulador-facial-vibratorio-sensi/>

Podemos trabajar en reposo el sellado labial, pidiendo al paciente que coloque entre sus labios una oblea u hoja de papel ya que, estos se humedecen con la saliva y favorece que se mantengan los labios pegados.

Aplicaremos el uso del kinesiotape (Imagen 11) colocando el adhesivo alrededor de los labios para favorecer la función del orbicular y mantener el sellado labial, aumentando el tono y la movilidad (25).



Imagen 11. Kinesiotape Extraído de: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/aplicacion-del-vendaje-neuromuscular-en-laopedia/>

○ OE.2. Mejorar el tono de la musculatura mentoniana.

Como se ha visto en la clasificación de las alteraciones del paciente respirador bucal, el músculo borla del mentón o mentoniano se encuentra hipertónico, debido al trabajo que realiza tratando de cerrar la cavidad oral.

La musculatura mentoniana se trabajará a la vez que efectuemos la relajación del labio inferior, mediante masajes y/o la aplicación de vibración. Lo que realmente evitará que el músculo se encuentre en hiperfunción es corregir la tonicidad de los labios para que no se produzcan compensaciones musculares ya que, el músculo borla del mentón se encarga de elevar la base del labio inferior.

○ OE.3. Trabajar la correcta posición, movilidad y tonicidad de la lengua.

En los pacientes roncadores y con apnea del sueño, es importante el tratamiento de la musculatura lingual (33) fundamental en todo el proceso rehabilitador del SRB puesto que es la estructura que más influye respecto a las otras.

La lengua se encuentra baja y relajada, hipotónica, sin demasiada movilidad. Diversos autores (25) comprobaron que existe relación directa entre de la habilidad motora lingual y la función masticatoria, por lo que si la lengua se altera afectará a la musculatura de la mandíbula que también deberá ser intervenida.

Hay que trabajar tanto la musculatura intrínseca como extrínseca de la lengua. La intervención de la lengua se comenzará con la estimulación mediante vibraciones aplicadas con la ayuda de dispositivos vibratorios; después, se dará un masaje aplicando suaves golpeteos con los dedos sobre toda la superficie lingual que ocasionen contracciones (27,30).

Seguidamente, trabajaremos la agilidad y movilidad lingual mediante ejercicios activos o praxias linguales (27,35) como lengua fuera-lengua dentro, lengua hacia los lados, relamer

los labios, lengua recorriendo el paladar de adelante hacia detrás, chasquidos de lengua, lengua hacia la nariz-lengua hacia el mentón, lengua en los pliegues palatinos-lengua relajada.

Otros ejercicios de movilidad lingual se pueden realizar mediante un guía-lenguas (Imagen 12). Se coloca el ápice de la lengua dentro del agujero y el logopeda dirige de forma pasiva los movimientos de la lengua del paciente.

Se realizarán ejercicios en los que el sujeto deba de mantener la lengua contraída o en movimiento, pero, principalmente los ejercicios que se emplean son isométricos (27,33).

A modo de ejemplo, se realizarán ejercicios en los que el logopeda colocará un depresor en la punta de la lengua y el paciente debe de vencer la fuerza que el logopeda realice sin desequilibrar la lengua. Habrá que tener en cuenta que la lengua no se apoye en los dientes o en los labios. Además, podemos solicitar que efectúe chasquidos mientras se bloquea la mandíbula con un depresor o el profesional estabiliza la mandíbula (27) para evitar que se produzcan movimientos asociados junto a la lengua.

También podemos colocar totalmente succionada la lengua en el paladar y aguantar unos segundos y después, realizar un chasquido (como si fuera el sonido de un caballo). Podemos usar pesas linguales (Imagen 13) para tonificar, o sujetar con el ápice lingual un botón con un hilo apoyado sobre las rugosidades palatinas.

Se podría trabajar la musculatura de la base de la lengua presionando con la punta de la lengua el paladar en dirección al cráneo, realizando diferentes contracciones (27).

- OE.4. Fortalecer el tono de la musculatura elevadora de la mandíbula.

Los músculos que se encargan de la elevación de la mandíbula son el músculo temporal, el músculo masetero y el músculo pterigoideo medial. Estos músculos se ven debilitados en los pacientes con SRB por la inadecuada colocación de la lengua y los cambios de tonicidad de los órganos orofaciales (labios y lengua) que causan que la mandíbula tome una posición posterior con aumento del tercio facial inferior y falta de sellado labial.



Imagen 12. Guía lenguas. Extraído de: <https://neurotec.es/producto/guia-lenguas-doble-para-adultos-y-ninos-4-uds/>



Imagen 13. Pesas linguales. Extraído de: <https://neurotec.es/producto/pesas-linguales/>

Tras comprobar que dicha musculatura se encuentra hipotónica se procede a efectuar masaje manual de la musculatura maseterina de forma externa, del temporal externamente y del pterigoideo medial interna y externamente, desde la inserción del músculo hacia afuera. Los masajes para fortalecer esta musculatura de realizarán en el sentido de la contracción muscular (33). Asimismo, podemos aplicar estimulación vibratoria (Imagen 14) y favorecer la propiocepción y la tonicidad.



Imagen 14. Dispositivo vibratorio PROFONO. Extraído de: <https://vohaleprofesional.es/tienda/laopedia/motricidad-orofacial/vibrador-profono>

Antes de realizar ejercicios mandibulares, es importante tener en cuenta cualquier tipo de alteración que se encuentre en la ATM ya que, podría empeorarla.

Los ejercicios que se emplean para mejorar la movilidad global de la mandíbula son los isotónicos, mediante praxias mandibulares (27,35) como abrir y cerrar la boca, lateralizaciones mandibulares, bostezar, etc. Tanto con las praxias mandibulares como con las labiales y linguales, se pueden variar de intensidades, rapidez, fuerza, etc.

Una vez se ha trabajado la movilidad, se pasa a la práctica de ejercicios isométricos. Podemos realizarlos de dos formas diferentes, mediante materiales como gomas tubulares (Imagen 15) y con alimentos (25,27,33,35). Con las gomas tubulares, realizamos diferentes movimientos: desde la parte anterior hacia la zona posterior de los molares, mordiendo y abriendo la boca. Con esto conseguimos fortalecer la musculatura masticatoria y



Imagen 15. Gomas tubulares. Extraído de: <https://laopedicum.com/producto/goma-tubular-masticacion-de-color/>

redireccionar la musculatura mandibular (33). Se usarán también alimentos de consistencia dura (25,27,33,35) para dar tonicidad a dichos músculos. El paciente podrá hacer estos ejercicios en casa, siempre y cuando se haya observado en consulta que los domina. Se pide al sujeto que mastique picatostes, queso, zanahorias, manzanas, etc. primero en un lado y luego con el otro. Estos ejercicios serán previos al trabajo que se efectuará cuando se enseñe la correcta masticación para corregir la deglución atípica.

Si el sujeto es anciano, hay que tener en cuenta que puede llevar prótesis dental por lo que, determinados alimentos o ejercicios se verán restringidos.

Todo lo mencionado, tendrá como objetivo de tonificar la musculatura elevadora de la mandíbula, así como lograr un correcto equilibrio en reposo (25,33).

Una técnica que podemos emplear los logopedas es la electroestimulación (33). Con ella conseguimos reeducar y tonificar la musculatura elevadora de la mandíbula en el caso de encontrarse flácida. Es importante saber usarlo adecuadamente y requiere un profesional como el logopeda especializado para evitar errores que repercutan negativamente en el paciente.

Una vez vista la intervención sobre las alteraciones anatómicas del SRB, nombrar que para un único músculo es conveniente que se usen pocos ejercicios durante un determinado periodo de tiempo y después se cambie de ejercicios ya que, cambiar continuamente de ejercicios provoca que la respuesta motora sea más lenta (33). Así pues, la intervención que se propone no conlleva un listado de ejercicios sino la explicación que facilite qué podemos emplear en estos casos.

- **OG.3 Mejorar las alteraciones funcionales.**

Un tratamiento completo del respirador bucal no solo engloba las funciones centrales, sino que hay que trabajar las estructuras que intervienen en dichas funciones corrigiendo la descompensación muscular (27). En el caso del SRB, se altera la función respiratoria pero no solo se trabaja la respiración como complicación central, sino que se habrá que corregir el mal estado de la lengua, labios, mandíbula y postura corporal.

Anteriormente, se ha indicado como se efectuaría el tratamiento de las estructuras por separado. Ahora, englobaremos todas para hacer un tratamiento integral de las funciones.

- OE.1. Enseñar un adecuado modo de respiración.

Una vez hayan sido corregidas las estructuras, nos ayudará en la intervención del SRB enseñar al paciente un adecuado patrón respiratorio.

En el apartado referido al control postural, se mencionó que es importante tratar conjuntamente el control postural y la respiración puesto que ambas funciones se encuentran relacionadas.

En el sujeto adulto, es más sencillo enseñar el modo correcto respiratorio ya que, son conscientes del problema y pretenden mejorar su calidad de vida colaborando en la medida de lo posible; al contrario, en los niños que en ocasiones no entienden el por qué se hacen las cosas.

Para instaurar un adecuado patrón respiratorio nasal funcional (27), es preciso comenzar con unas reglas de higiene nasal, lo que favorecerá el paso de aire a través de la

nariz (27,33,35). Se solicita al paciente que limpie su nariz mediante la técnica de sonado y aplicación de suero fisiológico. Los pacientes con SRB pueden tener problemas dada la poca estimulación nasal que presentan, pero poco a poco la técnica de limpieza correcta debe convertirse en un hábito y la dificultad desaparecer.

El logopeda procederá a estimular y abrir las narinas mediante la ejecución de masajes en la región nasal (27,33). Serán masajes con el dedo índice mediante movimientos circulares en cada lado de la nariz (33).

Es importante el trabajo propioceptivo (33,35) para que los pacientes respiradores bucales sean conscientes de cuando respiran por la nariz. Delante de un espejo, pedimos al paciente que realice inspiraciones y espiraciones, por las dos narinas, y luego independientemente alternándolas. Para que el trabajo propioceptivo sea mayor podemos usar hojas de papel, plumas... y que el paciente vea su movimiento cuando efectúa una respiración nasal.

Desde diferentes posiciones corporales se trabajará el patrón respiratorio mediante movimientos corporales (27,35). Desde la colocación del paciente en forma supina, el paciente se encontrará relajado y manteniendo la postura corporal, se le enseñará la respiración costodiafragmática sin el movimiento de la parte superior del tórax (27).

Así mismo, el paciente podrá sentarse adoptando una adecuada postura, colocando un globo en su espalda (27).

Otra dinámica es con el sujeto de pie, sujetar un globo con la espalda, manteniendo una postura erguida y cómoda (27) a la vez que se realizan diferentes respiraciones (27). Además, es importante que el sujeto sea capaz de realizar lo que se ha entrenado estáticamente, en movimiento. Se puede solicitar que se desplace mientras realiza circuitos y practica la respiración; de pie con las piernas separadas, inspira y levanta los talones, expira y baja los talones; entre otros ejemplos (33).

Un dato importante es la combinación de ambos tipos de respiración (27) puesto que, en reposo se emplea la respiración exclusiva nasal, pero a la hora de hablar usamos una respiración mixta controlada. Se trabaja con cualquier actividad en la que primero se tenga que inspirar profundamente y después a la hora de espirar se realice alguna acción, por ejemplo, inspirando y al espirar apagar una vela, mover una pelota de ping pong, hacer pompas de jabón, etc. (27,35).

○ OE.2. Corregir la deglución atípica.

En el respirador bucal, es común la presencia de deglución atípica causada por combinación de alteraciones como la interposición lingual entre las arcadas dentarias, la interposición labial, la falta de sellado labial, las transformaciones en la musculatura facial...

Para corregir el patrón de deglución atípica es imprescindible haber reeducado las estructuras anteriormente nombradas (labios, lengua, maseteros, temporales, etc) y la respiración, puesto que, son esenciales para una correcta deglución.

La masticación y la deglución son acciones sucesivas. Se comenzará reeducando la masticación, pues el paciente con SRB puede presentar masticación unilateral, descoordinada y con la boca abierta. Se enseña al sujeto que la masticación correcta es mediante sellado labial, bilateralmente, con movimientos rotatorios y coordinada. Al principio será conveniente que realice las actividades frente al espejo para que pueda ver como lo hacemos nosotros y luego hacerlo él correctamente, enseñando como es la postura inadecuada y luego la adecuada (27,36), sin comida en la cavidad bucal.

La rehabilitación se enseña inicialmente con la deglución de líquidos y saliva para posteriormente pasar a los sólidos (27). Estos pasos pueden variar dependiendo del sujeto y del profesional.

Inicialmente, con la propia saliva indicaremos al sujeto que coloque en la punta de la lengua una goma de ortodoncia (Imagen 16) y proceda a llevarla hacia las rugosidades palatinas para después deglutir. Luego bajará la lengua y tendrá que comprobar que la gomilla de ortodoncia no se ha movido de su lugar inicial (27,36).



Imagen 16. Gomas de ortodoncia.
Extraído de: <https://mundoloaopedicum.com/pa-ra-saber-mas/gomas-de-ortodoncia-descubre-sus-multiples-usos/>

Conforme adquiere el patrón deglutorio con su propia saliva, se procede a introducir líquidos a diferentes volúmenes. Con la ayuda de una jeringuilla, introduciremos agua en la lengua del paciente en un volumen pequeño, por ejemplo, 5 ml. El paciente deglute y se comprueba la colocación de la gomilla (27,36).

Cuando se vaya dominando la deglución, esta vez sin gomas de ortodoncia solicitaremos que el paciente trague el agua con la boca abierta e intentando no perder la posición de la lengua. Al inicio es complicado ya que, se fuerzan los movimientos, pero de esta manera favorecemos que el sujeto se vea obligado a colocar la lengua en las rugosidades palatinas (27,36).

Otra alternativa es colocar los dientes en oclusión y en el momento previo a la deglución, mostrar los dientes y después deglutir. Se comprueba que no quede agua en la cavidad bucal (27) ya que, esto sería un indicio de escape por mala colocación lingual.

Una vez realizado de estas dos maneras, el sujeto deberá deglutir con la boca cerrada y las arcadas dentarias ocluidas preparando el líquido adecuadamente en la lengua y deglutiendo. Se comprobará la actividad de la musculatura implicada (27,36).

Según Díaz C (37) una vez adquirida la deglución con ayuda de la jeringuilla, se iniciará la adquisición de la deglución con vaso, prestando atención a la confirmación de la posición lingual y a la musculatura perioral.

Poco a poco aumentaremos el volumen de ingesta de líquidos hasta lograr adecuarlo a la ingesta normal.

Cuando el paciente logra controlar los líquidos, se pasará a la deglución de texturas sólidas. En este paso se pondrá en práctica lo que se ha enseñado al paciente respecto a la masticación. Primero el sujeto deberá introducir el alimento a la boca y masticarlo bilateralmente. Una vez esto, preparará el bolo en la lengua y la colocará en los pliegues palatinos (trabajando los pasos enseñados en la deglución de líquidos) para su posterior deglución controlada. Se comprobará si han quedado restos alimenticios por la cavidad oral, así como movimientos asociados o la musculatura perioral.

- **OG.4. Generalizar los aprendizajes.**

Según Díaz C. (37) podemos generalizar los aprendizajes de dos maneras: mediante un estímulo de recuerdo o mediante autocontrol de la parafunción.

Es importante que los sujetos con SRB sean capaces de emplear lo que han aprendido durante la rehabilitación cuando no están con el logopeda.

Para el uso del correcto patrón respiratorio que se ha instruido, podemos usar obleas, por ejemplo, para que el sujeto mientras realiza actividades de su vida cotidiana las coloque en los labios y favorezca el sellado labial y la respiración nasal. Si le es costoso mantener la respiración nasal, hay dispositivos como obturadores bucales (Imagen 17) o pantallas orales que controlan y/o restringen el paso de aire por la cavidad bucal (38).



Imagen 17. Obturador bucal (31)

Además, existen estimuladores nasales (38) (Imagen 18) que, facilitan el paso de aire por la cavidad nasal y, además, trabajaran la musculatura.



Imagen 19. Estimador nasal (31)

Para la generalización de la deglución, se podrá emplear pasta de generalización de posición lingual en reposo (Imagen 19). Se coloca una pequeña cantidad en las arrugas palatinas y permite al sujeto realizar actividades con total libertad, pero siempre teniendo presente el recuerdo del lugar correcto donde tiene que colocar la lengua.

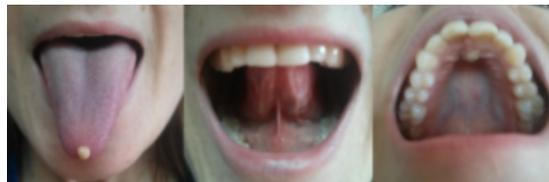


Imagen 18. Pasta de generalización de la lengua en reposo. Extraído de: <https://www.centroacadia.es/material-para-la-intervencion-de-la-deglucion-disfuncional/>

En las estancias de su casa, puede tener pequeños recordatorios visibles para cuando el sujeto los vea sepa que tienen que realizar una correcta deglución (27,36) como pegatinas, carteles, dibujos, pulseras o cualquier otro elemento visual.

Es importante que, para automatizar los patrones respiratorios y deglutorios, el sujeto se tome ciertos momentos del día para realizar degluciones o respiraciones correctas.

Una buena estrategia de autocontrol de las parafunciones es llevar un registro y anotar lo que el sujeto ha avanzado, para que el logopeda en las revisiones pueda verlo y si fuera necesario plantear nuevos objetivos respecto a los patrones que no ha conseguido adquirir o se realizan inadecuadamente (27,36).

Con esta propuesta de intervención, se persigue corregir los malos hábitos, instaurando los nuevos patrones en las actividades en la vida diaria de los pacientes puesto que lo sujetos han aprendido a usar las funciones correctamente y pueden ser capaces de autocorregirse si cometen algún error.

Será necesario realizar un plan de intervención individualizado para cada paciente, el cual se deberá reevaluar cada cierto tiempo por si fuera necesario reestructurar la terapia.

Visto la labor del logopeda durante la intervención del SRB se puede decir que con frecuencia se necesita la participación de otros profesionales, como los odontólogos o los fisioterapeutas que rehabilitan la forma del cuerpo para que los logopedas traten de mejorar la función (26).

6.1.4. CÓMO PREVENIR LA RESPIRACIÓN BUCAL.

Mediante una serie de pautas sencillas aplicables a todo sujeto en la vida diaria, podemos evitar la respiración bucal y sus repercusiones negativas en los sujetos. Algunas de estas son:

- Consultar tempranamente con el médico de atención primaria cuando existe sospecha de una respiración bucal.
- Establecer unas pautas de alimentación acordes a la edad, para que el crecimiento del sistema estomatognático sea adecuado y armonioso como, por ejemplo, la alimentación de comidas duras que favorecerá el tono muscular y el desarrollo de los huesos de la boca adecuados.
- Tratar correctamente y de forma completa las afecciones respiratorias como rinitis, amigdalitis, pólipos nasales... que eviten proceso inflamatorios crónicos.
- Mantener una buena higiene nasal.
- Además de estas pautas, es conveniente que los pacientes tratados colaboren tanto en la clínica como en casa, siendo constantes hasta conseguir nuevos hábitos saludables.

7. CONCLUSIONES.

Tras la realización de este trabajo, las conclusiones extraídas de este estudio son las siguientes:

1. Hay escasos documentos científicos relacionados con la evaluación e intervención logopédica así como del trabajo multidisciplinar en el SRB en adultos.
2. El SRB no tratado provoca cambios morfológicos y funcionales en el organismo que comprometen la salud del sujeto.
3. Es fundamental realizar una completa evaluación temprana tanto anatómica como funcional de las estructuras implicadas en el sistema estomatognático para detectar problemas que se acentuarán con el paso del tiempo.
4. El uso de protocolos adecuados de evaluación va a favorecer que los resultados sean más satisfactorios y ayuden a instaurar objetivos claros para una intervención exitosa.
5. El logopeda debe adaptar e individualizar la evaluación e intervención a cada paciente, así como los tiempos de duración de la rehabilitación.
6. La Terapia orofacial y miofuncional es la intervención más eficaz para el tratamiento de los desequilibrios musculares y funcionales que ocasiona la respiración bucal.

8. REFERENCIAS

1. González de Saglio S, Callante de Benítez C. El paciente respirador bucal: manifestaciones clínicas. Evaluación de signos y síntomas. Revista de la Facultad de Odontología [Internet] 2012 [citado 8 junio 2021];5(2):41. Recuperado de: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/1668>
2. Milanesi J, Borin G, Corrêa E, da Silva A, Bortoluzzi D, Souza J. Impact of the mouth breathing occurred during childhood in the adult age: Biophotogrammetric postural analysis. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology [Internet] 2011 [citado 8 junio 2021];75(8):999-1004. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587611002291?via%3Dihub>
3. Gabriela Camacho C. Bases diagnósticas para el paciente respirador bucal [Especialista] [Internet] Universidad Central de Venezuela; 2007 [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/6008/1/R_espiracion%20bucal%20-tesis.pdf
4. Cristina Galetti S. Respirar por la boca: consecuencias, prevención y tratamiento [Internet] 2nd ed. Santander: Consultores Initier; 2016 [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: https://www.down21.org/libros-online/respirarporlaboca/respirar_por_la_boca_down21.pdf
5. Calá Domínguez T, Arrascaeta Martínez, M, Rufino Sánchez C. Epidemiología de la respiración bucal en escolares de 5 a 7 años. Cotorro. 2011-2013. 2015.
6. Liuzzi M, Brusso A. La respiración en la voz cantada. Revista de Investigaciones en Técnica Vocal [Internet] 2014 [citado 8 junio 2021]; 2:40-57. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6537824>
7. Rodríguez Rivera N, Suárez Zafra D, González-Longoria Ramírez Y, Cueria Basulto M, Puente Ramos M, Legrat Silot E et al. Actualización sobre el Síndrome del Respirador Bucal. Revista de Información Científica [Internet] 2007 [citado 8 junio 2021];54(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757329010.pdf>
8. Hernández López Juan, Céspedes Isasi René Pablo. Respiración bucal. Nivel de conocimientos de padres o tutores. Multimed [Internet] 2019 [citado 8 junio 2021];23(3): 510-523. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300510
9. Llanes Rodríguez M, Galá Piloto E, Pérez Felipe B, Rodríguez González L, Toledo Mayaric G. Enfoques actuales en la evaluación de la respiración bucal. eCIMED. 2015.
10. Fuenzalida Cabezas R, Hernández Mosqueira C, Perez Serey J. Alteraciones Estructurales y Funcionales del Sistema Estomatognático: Manejo fonoaudiológico [estudio bibliográfico]. [Internet] Areté. 2017 [citado 8 junio 2021];17(1):29-35. Recuperado de: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/art.17105>
11. Chauca-Saavedra C. Síndrome del respirador bucal y repercusiones. Revista odontología pediátrica [Internet]. 2018 [citado 8 junio 2021]. 17(2):45-51. Recuperado de: <http://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/8>
12. Cuevillas Guerra, Gisselle. Caracterización actual del Síndrome del respirador Bucal. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2005 [citado 8 junio 2021];4(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180417640006>
13. Cuadra M, Gómez F, Delgado C. Síndrome del respirador bucal. [Internet]. 2004 [citado 8 junio 2021].2. Recuperado de: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/reporl/v28n2/a5.pdf>
14. Simoes Andrade N. Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría [Internet]. 2015 [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>
15. Thomé Pacheco M, Ferreira Casagrande C, Pacheco Teixeira L, Silveira Finck N, Martins de Araújo M. Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children. Dental Press Journal of Orthodontics [Internet]. 2015 [citado 8 junio 2021].20(4):39-44. Recuperado de: <https://us-central1-dental-press.cloudfunctions.net/pdf/720403906>
16. Bedani Esperante M, Esperante Bedani C. Repercusiones esqueléticas de la obstrucción nasal. Gaceta dental [Internet]. 2008 [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/188_CIENCIA_Repercusiones_esqueleticas_obstruccion_nasal.pdf
17. Jovanna Gacitúa Cartes P, Zárate Piffardi M, Rojas Donaire J, Revco Padilla C. Características principales del síndrome del respirador bucal. RECIAMUC [Internet]. 2020 [citado 8 junio 2021];4(1):346-354. Recuperado de: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/458>
18. Santamaría A, Fredes F. Repercusiones de la roncopatía y respiración bucal en el crecimiento facial. Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello [Internet]. 2017 [citado 8 junio 2021]; 77:99-106. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ori/v77n1/art15.pdf>
19. Bottini E, Carrasco A, Donato G, Echarri P, Grandi D, Lapitz L et al. Instrucciones para seguir el protocolo de exploración interdisciplinaria orofacial para niños y adolescentes. Colegi de Logopedes de Catalunya [Internet]. 2008. Recuperado de:

- https://www.clc.cat/pdf/module_34/16/instruccion-es-protocolo-na_4tbDmwa1MyCZfc1WfxYG_es.pdf
20. Carrillo Alduenda J, Arredondo del Bosque F, Reyes Zúñiga M, Castorena Maldonado A, Vázquez García J, Torre-Bouscoulet L. Síndrome de apnea obstructiva del sueño en población adulta. *mediagraphic* [Internet]. 2010 [citado 8 junio 2021].69(2):103-115. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26678&id2=>
 21. Aguilera Sifontes M. Diagnóstico de respiradores bucales susceptibles a padecer el síndrome de apnea obstructiva del sueño. 2015.
 22. Zamora Zamora B, Uriarte Murguía J, Cota Quintero J. Mioterapia funcional como apoyo en manejo de pacientes con Síndrome de Respiración Bucal. *Tamé*. [Internet] 2019 [citado 8 junio 2021];8(22):886-890. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/tame/tame-2019/tam1922j.pdf>
 23. Rivera Capacho E, Pinzón Alvarado O, Mantilla Duarte C. Prevalencia de Síndrome de Apnea Obstructiva de Sueño (SAOS) en adultos mayores [Internet] 2016 [citado 8 junio 2021];2(1). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/305904494_PREVALENCIA_DE_SINDROME_DE_APNEA_OBSTRACTIVA_DE_SUENO_SAOS_EN_ADULTOS_MAYORES *S Prevalence of obstructive sleep apnea syndrome osas in elderly*
 24. Villar Yus M, Plou González J, Domínguez Romero A, Ciprés Añaños E, Largo Sola L. Síndrome de apnea obstructiva del sueño (saos). *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2020 [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-apnea-obstructiva-del-sueno-saos/>
 25. Zambrano Toledo N, Puyuelo Sanclemente M. *Terapia Miofuncional Orofacial*. 1st ed. Madrid: EOS; 2017.
 26. Queiroz Marchesan I. Evaluación y Terapia de los Problemas de la Respiración. [Internet]. [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: <https://docplayer.es/16936660-Evaluacion-y-terapia-de-los-problemas-de-la-respiracion.html>
 27. Bartuilli M, Cabrera P, Perrián M. Tratamiento I. Guía para el terapeuta. Guía técnica de intervención logopédica en Terapia Miofuncional. Madrid: SINTESIS; 2006.161-237
 28. Susanibar F. Pruebas de evaluación [Internet]. Franklin Susanibar Fonoaudiólogo. 2018 [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: <https://franklinsusanibar.com/pruebas-de-evaluacion/>
 29. Susanibar F. ¿Cómo diagnosticar la respiración oral? [Internet]. Franklin Susanibar Fonoaudiólogo. 2021 [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: <https://franklinsusanibar.com/como-diagnosticar-la-respiracion-oral/>
 30. Rutz Varela M, Cerecedo Pastor A. Cuadernos de Audición y Lenguaje [Internet]. 2002 [citado 8 junio 2021]; 3:13-56. Recuperado de: https://www.academia.edu/40114545/S%C3%ADndrome_del_respirador_bucal_Aproximaci%C3%B3n_te%C3%B3rica_y_observaci%C3%B3n_experimental_Ma_Antonia_Ruiz_Varela_y_Ana_Cerecedo_Pastor_S%C3%8DNDROME_DEL_RESPIRADOR_BUCAL_APROXIMACION_TEORICA_Y_OBSERVACION_EXPERIMENTAL_Ana_Cerecedo_Pastor
 31. Milanese J, Berwig L, Marquezan M, Henrique Schuch L, Bragança de Moraes A, Toniolo da Silva A et al. Variables associated with mouth breathing diagnosis in children based on a multidisciplinary assessment. *CoDAS* [Internet]. 2017 [citado 8 junio 2021];30(4). Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/codas/a/NdPqhbnQ4h6M8kSBFGKnYJR/?lang=en>
 32. Schievano D, Rontani R, Bérzin F. Influence of myofunctional therapy on the perioral muscles. Clinical and electromyographic evaluations. *Journal of Oral Rehabilitation*. [Internet] 1999 [citado 8 junio 2021];26(7):564-569. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10445475/>
 33. Queiroz Marchesan I, Justino da Silva H, Berretin-Felix G. *Terapia fonoaudiológica en motricidad orofacial*. Brasil: Pulso Editorial; 2013.
 34. *Terapia miofuncional* [Internet]. Ponceleon.org. 2021 [citado 8 junio 2021]. Recuperado de: http://www.ponceleon.org/logopedia/index.php?option=com_content&view=article&id=88&Itemid=93
 35. Grandí D, Donato G. *Terapia miofuncional*. Barcelona: Lebón; 2011.
 36. Borrás Sanchis S, Rosell Clari V. *Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*. 2nd ed. Valencia: Nau Llibres; 2008.
 37. Díaz Cot C. *Ortodoncia y Logopedia*. XIV Talleres de Lenguaje y comunicación, organizados por el Centro Buendía de la UVA. 2020.
 38. Durán von Arx J, Merino Arends M, Carrasco López A. Una nueva propuesta de tratamiento para el paciente con el síndrome de respiración oral. *ortodoncia clínica*. [Internet] 2009 [citado 8 junio 2021];12(2):73-79. Recuperado de: <https://docplayer.es/8626854-Una-nueva-propuesta-de-tratamiento-para-el-paciente-con-el-sindrome-de-la-respiracion-oral.html>

9. ANEXOS

ANEXO 1. Protocolo de evaluación logopédica. Elaboración propia

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN LOGOPÉDICA

Realizado por:.....

Datos del paciente:

Nombre y Apellidos:..... Edad:.....

Sexo:..... Fecha:..... Domicilio:.....

<u>ANAMNESIS</u>	SÍ	NO	OTROS
¿Le remite algún especialista? Si es así, ¿quién? (pedir informes)			
¿Presenta algún problema respiratorio? Si es así, ¿cuáles son?			
¿Ha realizado algún tratamiento para esos problemas respiratorios? Si es así, ¿cuál?			
En su familia, ¿hay alguna persona que presente problemas respiratorios?			
¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?			
En su vida diaria, ¿se encuentra con ambientes en los que haya aires acondicionados?			
¿Presenta alergias diagnosticadas? Si es así, ¿a que?			

EXAMEN CLÍNICO

<u>Biotipo corporal</u>	Mesoblástico/ Endoblástico/ Cordoblástico/ Ectoblástico
<u>Biotipo craneal</u>	Mesofacial/ Braquifacial/ Dolicofacial
<u>Perfil facial</u>	Ortognático / Retrognático

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA	SENSIBILIDAD
<u>Paladar duro</u>	Simétrico/ Asimétrico	Normosensible/ hiposensible/ hipersensible (<i>Valorar mediante tacto, temperatura y diferentes estímulos</i>)
	Normal/ alto/ ojival/ ancho	
	Pliegues palatinos: normales/ hipertróficos	

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA	SENSIBILIDAD
<u>Paladar blando o velo del paladar</u>	Normal/ corto/ largo	Normosensible/ hiposensible/ hipersensible (<i>Valorar mediante tacto, temperatura y diferentes estímulos</i>)
	Simétrico/ asimétrico/ no hay movilidad (<i>se evalúa mediante la emisión de una vocal sostenida</i>)	
	Úvula: Normal/ bífida	

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA
<u>Mandíbula</u>	Simétrica/ asimétrica
	Presencia de desviación lateral/ No desviación
	ATM: Dolor (<i>valorar mediante el tacto y apertura</i>) / Ruido (<i>valorar abriendo y cerrando la mandíbula</i>)
	Limitación en la apertura/ No limitación de apertura

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA
<u>Arcada dentaria</u>	Dentición decidua/ dentición mixta/ dentición permanente
	Oclusión: Clase I / Clase II división 1/ Clase II división 2/ Clase III
	Diastema/ apiñamientos/ giros
	Mordida abierta anterior/ Mordida abierta posterior/ Mordida abierta lateral/ Sobremordida/ Mordida cruzada
	Encías (<i>valorar color, heridas, sangrado, malformaciones...</i>)

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA	TONO	SENSIBILIDAD
<u>Labios</u>	Superior: Simetría/ asimetría Inferior: Simetría/ asimetría	Normotónicos/ Hipotónicos/ Hipertónicos <i>(se valora palpando mientras se protruyen los labios y ejerciendo resistencia mientras se realiza protrusión)</i> Dinamómetro: Normal/ alterado	Normosensible/ hiposensible/ hipersensible <i>(Valorar mediante tacto, temperatura y diferentes estímulos)</i>
	Superior: Evertido/ invertido Inferior: Evertido/ invertido		
	Sellado labial: Normal/ Insuficiente/ Sin sellado		
	Frenillo superior: Corto/ Largo/ Normal Frenillo inferior: Corto/ Largo/ Normal		
	Capaz de realizar movimientos (<i>praxias labiales</i>)		

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA	TONO	SENSIBILIDAD
<u>Lengua</u>	Simetría/ asimetría	Normotónica/ Hipotónica/ hipertónica <i>(se valora lateralizando y protruyendo la lengua mientras se ejerce resistencia por</i>	Normosensible/ hiposensible/ hipersensible <i>(Valorar mediante tacto, temperatura y diferentes estímulos)</i>
	Lengua baja/ posición correcta		
	Frenillo lingual: Normal/ Hipertrófico		
	Presencia de improntas dentarias/ no hay improntas dentarias		
	Macroglosia/ Microglosia/ Normal		

	Presencia de malformaciones/ normal	<i>parte del examinador)</i>	
	Capaz de realizar movimientos <i>(praxias labiales)</i>		

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA
<u>Nariz</u>	Simétrica/ asimétrica
	Normal/ Pequeña/ Grande
	Narinas: Normales/ Grandes/ pequeñas
	Tabique desviado/ Tabique recto

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA
<u>Amígdalas</u>	Grado: 0 1 2 3 4 5

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA
<u>Párpados</u>	Presencia de ojeras/ Sin ojeras

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA	TONO	SENSIBILIDAD
<u>Músculos buccinadores</u>	Simétricos/ asimétricos (<i>valorar intra y extrabucalmente</i>)	Normotónicos/ Hipotónicos/ hipertónicos	Normosensible/ hiposensible/ hipersensible
	Improtas dentarias/ son improntas (<i>valorar intra y extrabucalmente</i>)	(<i>se valora palpando en</i>	(<i>Valorar mediante tacto,</i>
	Capacidad de movimiento/ sin movimiento (<i>se valora inflando mejillas</i>)	<i>reposo y en movimiento y a contrarresistencia)</i>	<i>temperatura y diferentes estímulos)</i>

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA	TONO
<u>Músculos maseteros y temporales</u>	Simétricos/ Asimétricos	Normotónicos/ Hipotónicos/ hipertónicos <i>(se valora palpando ambos lados en reposo y contraídos)</i>
	Presenta dificultad para ocluir los dientes/ sin dificultad para ocluir	

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA	TONO	SENSIBILIDAD
<u>Músculo mentoniano</u>	Hiperfunción/ Normal <i>(valorar en reposo si hay presencia de signos de tensión en el mentón)</i>	Normotónico/ Hipotónico/ hipertónico <i>(se valora palpando y observando)</i>	Normosensible/ hiposensible/ hipersensible <i>(Valorar mediante tacto, temperatura y diferentes estímulos)</i>
	Es capaz de cerrar los labios/ no es capaz <i>(se valora en movimiento)</i>		

ESTRUCTURAS	OBSERVACIÓN DIRECTA	TONO
<u>Músculos suprahioides e infrahioides</u>	Se eleva el hioides/ no se eleva el hioides <i>(se valora pidiendo al paciente que trague)</i>	Normotónico/ Hipotónico/ hipertónico <i>(se valora palpando)</i>

Valoración Funcional

FUNCIÓN	OBSERVACIÓN DIRECTA	PRUEBAS
<u>Respiración</u>	Tipo respiratorio: Clavicular/ Costal/ Abdominal	Espejo de Glatzel: Mancha simétrica/ Mancha asimétrica
		Reflejo alar de Godin: -Dilatación de ambas narinas/ Dilatación de solo una narina -No hay dilatación de narinas/ No se dilata una
		Prueba de Rosenthal:

	Modo respiratorio: Nasal/ Bucal/ Mixto	-Dificultad en narina derecha/ Dificultad en narina izquierda
		-Sin dificultad en narina derecha/ Sin dificultad en narina izquierda
		-Dificultad en ambas narinas/ Sin dificultad
		Prueba de la vela: Movimiento en la llama de la vela/ sin movimiento de la llama
		Prueba del algodón: Movimiento del algodón/ Sin movimiento del algodón

FUNCIÓN	OBSERVACIÓN DIRECTA	PRUEBAS
<u>Deglución y masticación</u>	<p>Masticación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilateral/ Unilateral/ Anterior - Boca cerrada/ Boca abierta - Movimiento de rotación y diducción /Movimiento descendente y ascendente - Aplasta alimento contra el paladar/ No aplasta el alimento - No hay restos en la cavidad bucal/ Presencia de restos de alimentos en la cavidad bucal - Sin movimientos asociados en la musculatura peribucal/ Movimientos asociados 	<p>Técnica de Payne:</p> <p>Posición de la lengua cuando el paciente deglute</p>
	<p>Deglución:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interposición lingual anterior/ Interposición lingual lateral/ Normal - Interposición labial/ Normal - Empuje labial anterior/ Empuje labial lateral/ Normal 	<p>.....</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Sin movimientos asociados en la musculatura peribucal/ Movimientos asociados- Buena coordinación fonorrespiratoria/ Incoordinación fonorrespiratoria <p style="text-align: center;"><i>(Se valora dando al paciente alimentos de consistencia sólida, líquida y con su propia saliva. Además, se realizará con la boca cerrada y luego con ayuda de un separador de labios)</i></p>	
--	--	--

OTRAS OBSERVACIONES

PEFORP

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE LA RESPIRACIÓN CON PUNTUACIÓN

Franklin Susanibar
2019

1ª FECHA ___/___/___

2ª FECHA ___/___/___

OTRAS ___/___/___

DATOS PERSONALES		
APELLIDOS Y NOMBRES:		
FN.: / /	EDAD:	Nº HISTORIA CLÍNICA:
ESCOLARIDAD:	ENTIDAD EDUCATIVA:	
OCUPACIÓN/PROFESIÓN:	LUGAR DE TRABAJO:	
PROCEDENCIA:		
INFORMANTE (si fuera menor de edad):		
¿QUIÉN LO DERIVÓ?		

I. ANAMNESIS

Motivo de consulta (describir lo que el paciente o informante refiere con relación a la respiración):
¿Cuál es la dificultad? (Describir):
¿Desde cuándo surge la dificultad? (Duración):
¿En qué situaciones y/o circunstancias surge la dificultad? (Describir):

GIUNTI^{FORMA}
EOS
TECNOLOGÍA

HISTORIA ACTUAL

INFORMACIÓN DEL SUEÑO					
¿A qué hora se acuesta?	¿A qué hora despierta?			*Horas dormidas	
Aunque duerma las horas esperadas para su edad, ¿despierta cansado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Su sueño es tranquilo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Su sueño es agitado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Despierta constantemente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Ronca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Permanece con la boca abierta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Presenta babeo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Despierta con la boca seca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Despierta con sed?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe

Otras dificultades: _____

INFORMACIÓN DE LA SALUD RESPIRATORIA					
*¿Resfriados frecuentes?	<input type="checkbox"/> Sí	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Amigdalitis o adenoiditis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Congestión nasal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Halitosis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Alergia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Rinitis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Sinusitis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Bronquitis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Neumonía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe

Otras dificultades: _____

INFORMACIÓN DE ASPECTOS HABITUALES DIURNOS					
¿Somnolencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Boca abierta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Labios resecos o rajados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Respiración ruidosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Picazón de nariz?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Sonar la nariz?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
¿Ojeras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe

Otras dificultades: _____

*HÁBITOS ORALES			
Bruxismo	<input type="checkbox"/> Diurno	<input type="checkbox"/> Nocturno	<input type="checkbox"/> No
	Tiempo:	Frecuencia:	
	Duración:	Intensidad:	

Otros hábitos: _____

EVALUACIONES Y/O TRATAMIENTOS REALIZADOS ACTUALMENTE					
Fonoaudiológica	<input type="checkbox"/> Sí	Cuando:	Motivo:	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No
		Tiempo de tratamiento:		Tipo de tratamiento:	
Otorrinolaringológica	<input type="checkbox"/> Sí	Cuando:	Motivo:	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No
		Tiempo de tratamiento:		Tipo de tratamiento:	
Alergista	<input type="checkbox"/> Sí	Cuando:	Motivo:	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No
		Tiempo de tratamiento:		Tipo de tratamiento:	
Pedriatra	<input type="checkbox"/> Sí	Cuando:	Motivo:	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No
		Tiempo de tratamiento:		Tipo de tratamiento:	
Otros:					

II. EXAMEN CLÍNICO

1. POSTURA CORPORAL							
1.1. Vista anterior							
Cabeza	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Inclínada	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Rotada	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
Hombros	<input type="checkbox"/> Misma altura				<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
1.2. Vista posterior							
Cabeza	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Inclínada	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Rotada	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
Hombros	<input type="checkbox"/> Misma altura				<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I
1.3. Vista lateral							
Cabeza	<input type="checkbox"/> Adecuada		<input type="checkbox"/> Antepulsión			<input type="checkbox"/> Retropulsión	
Hombros	<input type="checkbox"/> Adecuados		<input type="checkbox"/> Antepulsión			<input type="checkbox"/> Retropulsión	

2. VALORACIÓN MORFOLÓGICA OROFACIAL (mejor resultado 0, peor 62)					
2.1. EXPLORACIÓN FACIAL O EXTRAORAL (mejor resultado 0, peor 51)					
2.1.1. TIPO FACIAL (mejor resultado 0, peor 3)					
Patrón vertical	Medidas de los tercios faciales		Superior mm	Medio mm	Inferior mm
	Tendencia de crecimiento		Braquifacial (0)	Mesofacial (0)	Dolicofacial (2)
Patrón sagital	Perfil	Recto - Tipo I (0)	Convexo - Tipo II (1)	Cóncavo - Tipo III (1)	
Observaciones:					

2.1.2. REGIÓN ORBITARIA (mejor resultado 0, peor 3)					
• Aspecto					
Mirada	Lúcida (0)			Somnolienta (1)	
Ojeras	Ausentes (0)		Presentes	Leves (1)	Acentuadas (2)
Observaciones:					

2.1.3. REGIÓN NASAL (mejor resultado 0, peor 9)					
• NARIZ					
Tamaño	<input type="checkbox"/> Adecuado con relación al rostro		<input type="checkbox"/> Pequeña con relación al rostro	<input type="checkbox"/> Grande con relación al rostro	
*Aspecto	Adecuado (0)		Cicatrices (1)	Deformaciones (2)	Otras (2)
	Describir:				
**Septo	Adecuado (0)		Posible desvío (1)	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>
Narinas	Simetría	Si (0)	No (2)	Derecha mayor	Izquierda mayor
	Aspecto	Amplias (0)			Estrechas (2)
Ángulo nasolabial	Próximo al recto: 90°-110° (0)		Agudo: menor de 90° (1)	Obtuso: mayor de 90° (2)	
Observaciones:					

* Observar principalmente el aspecto de las alas de la nariz

** Observar en vista frontal, posicionarse detrás del paciente y observar en sentido cráneo-caudal.

2.1.4. REGIÓN ORAL (mejor resultado 0, peor 36)										
• LABIOS (mejor resultado 0, peor 23)										
Postura habitual		Ocluidos (0)				Contacto labio-diente (1)				
		A veces abiertos, otras ocluidos (1)				Entreabiertos (2)		Abiertos (3)		
Color		Adecuado (0)				Pálidos (1)				
Labio superior	Bermellón	Espesor		Adecuado (0)		Engrosado (0)		Delgado (1)		
		Aspecto		Adecuado (0)		Reseco (1)		Rajado (2)		
	Cubre los incisivos superiores		Todo (0)		2/3 (1)		Mitad (2)		Nada (3)	
	Tamaño		Adecuado (0)		Corto (1)		Medir en mm			
Labio inferior	Bermellón	Espesor		Adecuado (0)		Engrosado (0)		Delgado (1)		
		Aspecto		Adecuado (0)		Reseco (1)		Rajado (2)		
			Con eversión		Leve (1)		Moderada (2)		Severa (3)	
	Tamaño		Adecuado (0)		Corto (1)		Medir en mm			
Tono postural		Adecuado (0)				Reducido (incompetencia labial) (3)				
• MÚSCULO MENTONIANO (mejor resultado 0, peor 10)										
Funcionalidad	Normofuncionante (0)	Hipofuncionante (1)	Hiperfuncionante (posibles causas)	Incompetencia labial (1)						
				Labio superior no cubre los incisivos superiores (2)						
				Discrepancia maxilo-mandibular (3)						
				Aumento vertical del tercio inferior del rostro (4)						
• MANDÍBULA (mejor resultado 0, peor 3)										
Postura mandibular habitual		Elevada (boca ocluida) (0)				Deprimida (boca abierta) (2)		Desviada (1)		D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
Observaciones:										
2.2. EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL O INTRAORAL (mejor resultado 0, peor 11)										
2.2.1. Escala de Mallampiti modificada por Samsom & Young (mejor resultado 0, peor 3)										
Clase I (0)		Clase II (1)		Clase III (2)		Clase IV (3)				
2.2.2. TONSILAS PALATINAS (mejor resultado 0, peor 5)										
Presencia		<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> No				
Tamaño según Brodsky		Grado 0 (0)		Grado I (1)		Grado II (2)		Grado III (3)		Grado IV (4)
Coloración		Adecuada (0)		Hiperemias (rojas) (1)		<input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> I		
2.2.3. PALADAR DURO (mejor resultado 0, peor 3)										
Anchura		Adecuada (0)				Estrecho (1)				
Altura		Adecuada (0)		Alto (1)		Ojival (2)				
Observaciones:										

3. VALORACIÓN FUNCIONAL (mejor resultado 0, peor 17)			
3.1. RESPIRACIÓN (mejor resultado 0, peor 15)			
3.1.1. *MODO RESPIRATORIO (mejor resultado 0, peor 13)			
EXAMEN SUBJETIVO (mejor resultado 0, peor 3) Percibir en todo el examen la forma y cualidades de audibilidad con las cuales el aire probablemente ingresa durante la inspiración tranquila			
Forma	Nasal (0)	Oronasal (1)	Oral (2)
Características auditivas	Silente (0)	Ruidosa (1)	
Observaciones:			

* Percibir la forma y las cualidades de audibilidad con las que el aire probablemente está ingresando durante la inspiración pasiva.

EXAMEN SEMIOBJETIVO: Test de permeabilidad nasal espiratoria con la Placa Oronasal Adaptada por Susanibar – POAS (mejor resultado de toda la prueba 0, peor 10)				
1° Fecha / /		*2° Fecha / /		
PRIMERA SUBPRUEBA –sin higienizar la nariz y sin ocluir la cavidad oral– (mejor resultado 0, peor 4)				
Registro de espiración nasal	Salida simétrica (0)	Mayor derecha (1)	Mayor izquierda (1)	Ausencia de salida (2)
Registro de espiración oral	Ausencia de salida (0)		Presencia de salida (2)	
SEGUNDA SUBPRUEBA –sin higienizar la nariz y ocluyendo la cavidad oral– (mejor resultado 0, peor 1)				
Registro de espiración nasal	Salida simétrica (0)	Mayor derecha (1)	Mayor izquierda (1)	
TERCERA SUBPRUEBA –higienizando la nariz y sin ocluir la cavidad oral– (mejor resultado 0, peor 4)				
Registro de espiración nasal	Salida simétrica (0)	Mayor derecha (1)	Mayor izquierda (1)	Ausencia de salida (2)
Registro de espiración oral	Ausencia de salida (0)		Presencia de salida (2)	
CUARTA SUBPRUEBA –higienizando la nariz y ocluyendo la cavidad oral– (mejor resultado 0, peor 1)				
Registro de espiración nasal	Salida simétrica (0)	Mayor derecha (1)	Mayor izquierda (1)	

* Una segunda fecha, en la que se aplicará nuevamente el test será necesaria en pacientes adultos, con la finalidad de evitar datos erróneos por el ciclo nasal.

3.1.2. *TIPO RESPIRATORIO (mejor resultado 0, peor 2)				
Percibir en todo el examen cómo fueron los movimientos abdominales, torácicos y de la cintura escapular durante la inspiración tranquila y asociada al habla.				
Medio-torácico (0)	Inferior-abdominal (0)	Costo-diafragmático (0)	Superior-clavicular (1)	Paradójico (2)
Observaciones:				

* Observar los movimientos de expansión de la caja torácica, abdomen y de la cintura escapular durante la inspiración pasiva: medio e inferior encontrado más en adultos, inferior para niños, costo-diafragmático para profesionales de la voz, superior inadecuado para cualquier individuo.

4. VOZ (mejor resultado 0, peor 2)			
Cualidad de la resonancia	Adecuada (0)	Hipernasal (1)	Hiponasal (2)

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1ª FECHA ___/___/___

2ª FECHA ___/___/___

OTRAS ___/___/___

DATOS PERSONALES		
APELLIDOS Y NOMBRES:		
F.N.: / /	EDAD:	Nº HISTÓRIA CLÍNICA:

SUMATORIA DE LA PUNTUACIÓN			
Aspectos evaluados	Puntuación de las evaluaciones		
	Fechas		
	1º ___/___/___	2º ___/___/___	___/___/___
2. VALORACIÓN MORFOLÓGICA OROFACIAL (mejor resultado 0, peor 62)			
2.1. EXPLORACIÓN EXTRAORAL (mejor resultado 0, peor 51)			
2.1.1. TIPO FACIAL (mejor resultado 0, peor 3)			
Patrón vertical (mejor resultado 0, peor 2)			
Patrón sagital (mejor resultado 0, peor 1)			
2.1.2. REGIÓN ORBITARIA – Ojos (mejor resultado 0, peor 3)			
Aspecto (mejor resultado 0, peor 3)			
2.1.3. REGIÓN NASAL - Nariz (mejor resultado 0, peor 9)			
Aspecto (mejor resultado 0, peor 2)			
Septo (mejor resultado 0, peor 1)			
Narinas (mejor resultado 0, peor 4)			
Ángulo nasolabial (mejor resultado 0, peor 2)			
2.1.4. REGIÓN ORAL (mejor resultado 0, peor 36)			
Labios (mejor resultado 0, peor 23)			
Músculo mentoniano (mejor resultado 0, peor 10)			
Mandíbula (mejor resultado 0, peor 3)			
2.2. EXPLORACIÓN INTRAORAL (mejor resultado 0, peor 11)			
Escala de mallampati (mejor resultado 0, peor 3)			
Tonsilas palatinas (mejor resultado 0, peor 5)			
Paladar duro (mejor resultado 0, peor 3)			
SUMA TOTAL DE LAS ESTRUCTURAS EVALUADAS:	Adecuadas (0-12)		
	Alteración leve (13-29)		
	Alteración moderada (30-46)		
	Alteración severa (47-62)		

3. VALORACIÓN FUNCIONAL (mejor resultado 0, peor 17)			
3.1. RESPIRACIÓN (mejor resultado 0, peor 15)			
3.1.1.MODO RESPIRATORIO (mejor resultado 0 peor 13)			
EXAMEN SUBJETIVO (mejor resultado 0 peor 3)			
EXAMEN SEMIOBJETIVO CON LA PLACA ORONASAL ADAPTADA - POA (mejor resultado de todo el test 0, peor 10)			
SUMA TOTAL DEL MODO RESPIRATORIO:	Respirador nasal (0-4)		
	Respirador oronasal	Leve (5-7)	
		Moderado (8-11)	
	Respirador oral	Severo (12-13)	
3.1.2. TIPO RESPIRATORIO (mejor resultado 0, peor 2)			
4. VOZ (mejor resultado 0, peor 2)			
Cualidad de la resonancia (mejor resultado 0, peor 2)			
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS			
FOTOGRAFÍAS			
Cuerpo	Vista ventral <input type="checkbox"/>		Vista sagital <input type="checkbox"/>
Rostro	Vista ventral <input type="checkbox"/>	Postura habitual <input type="checkbox"/>	
		Ocluyendo la cavidad oral <input type="checkbox"/>	
Tercio inferior	Vista ventral <input type="checkbox"/>	Postura habitual <input type="checkbox"/>	Perfil <input type="checkbox"/>
		Ocluyendo la cavidad oral <input type="checkbox"/>	
Labios	Aspecto <input type="checkbox"/>	Postura habitual <input type="checkbox"/>	Frenillo <input type="checkbox"/>
Nariz	Aspecto <input type="checkbox"/>	Narinas <input type="checkbox"/>	Ángulo nasolabial <input type="checkbox"/>
Otras:			
FILMACIONES			

CONCLUSIONES Y CONDUCTAS

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA			
Indicar el posible origen de la alteración del modo respiratorio	<input type="checkbox"/> Anatómico		<input type="checkbox"/> Infeccioso
	<input type="checkbox"/> Inflamatorio		<input type="checkbox"/> Hábito
Pronóstico:			
Derivaciones			
<input type="checkbox"/> Otorrinolaringólogo	<input type="checkbox"/> Alergista	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	
<input type="checkbox"/> Ortodontista	<input type="checkbox"/> Neurólogo	<input type="checkbox"/> Psicólogo	
Otros:			
Frecuencia sugerida para la intervención:			
Recomendaciones:			

Firma del evaluador

GIUNTI
EoS
FONOAUDIOLÓGICA

ANEXO 3. Protocolo de evaluación en motricidad orofacial PEMO.



PEMO
PROTOCOLO DE EVALUACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL

(Susanibar F; Parra D; Dloses A; Alarcón O.)

1° FECHA ___/___/___ 2° FECHA ___/___/___ OTRAS ___/___/___

ANAMNESIS

DATOS PERSONALES										
APELLIDOS Y NOMBRES:										
F. N.: / /			EDAD:			N° HISTORIA CLÍNICA:				
ESCOLARIDAD/:			ENTIDAD EDUCATIVA:							
PROFESIÓN:			CENTRO DE TRABAJO:							
PROCEDENCIA:							N°:			
INFORMANTE:										
MOTIVO DE LA CONSULTA										
Respiración		Masticación		Deglución		Succión		Fonoarticulación		Otros
Duración:					Frecuencia:					
HISTORIA DEL DESARROLLO										
Antecedentes prenatales:					Antecedentes perinatales:					
Desarrollo motriz		Gateó	Sí	No	A qué edad caminó:					
Historia médica (enfermedades relevantes, accidentes, cirugías, etc):										
¿Ingiere medicamentos?										
HISTORIA DE LA ALIMENTACIÓN										
DATOS DEL DESARROLLO										
Lactancia		Sí	Exclusiva hasta cuándo:			Mixta		No		
Biberón		Hasta cuándo			Frecuencia		Tipo de tetina			
Ingesta de papillas (inicio, aceptación, dificultades, etc):										
Ingesta de sólidos (inicio, aceptación, dificultades, etc):										
DATOS ACTUALES:										
¿Come bien?		Sí	No	¿Por qué?						
¿Qué alimentos ingiere con mayor frecuencia?										
➤ Masticación										
Ambiente donde se alimenta		Comedor		Cocina		Dormitorio		Otros		
En compañía de:		Adultos			Niños			Nadie		
¿Come solo (a)?		Sí	No	Describir dificultad						
¿Existen estímulos distractores durante la alimentación?		Sí							No	
		Cuáles:								
Rápida / Lenta		Sí	Algunas veces		No	No sabe		Lo adecuado		
Poco / Mucho		Sí	Algunas veces		No	No sabe		Lo adecuado		
Bilateral / Unilateral		Sí	Algunas veces		No	No sabe				
Boca cerrada / Boca abierta		Sí	Algunas veces		No	No sabe				
Ruidosa / Silente		Sí	Algunas veces		No	No sabe				
Solicita líquidos		Sí	Algunas veces		No	No sabe				
Deja residuos		Localización de los residuos:								
Dolor en la ATM		Sí	D	I	Ambas	Algunas veces		No	No sabe	

➤ Deglución									
Ruidosa	Si	Algunas veces	No	No sabe	Se atora	Si	Algunas veces	No	No sabe
Dolor al deglutir	Si	Algunas veces	No	No sabe	Reflujo nasal	Si	Algunas veces	No	No sabe
Bota líquido/babea	Si	Algunas veces	No	No sabe	Tose/flema	Si	Algunas veces	No	No sabe
Esfuerzo al deglutir	Si	Algunas veces	No	No sabe	Protrusión lingual	Si	Algunas veces	No	No sabe
INFORMACIÓN SOBRE EL SUEÑO									
¿A qué hora se acuesta?					¿A qué hora se levanta?				
Tranquilo	Si	Algunas veces	No	No sabe	Agitado	Si	Algunas veces	No	No sabe
Suele despertarse	Si	Algunas veces	No	No sabe	Ronca	Si	Algunas veces	No	No sabe
Señales de babeo	Si	Algunas veces	No	No sabe	Ingiere líquidos	Si	Algunas veces	No	No sabe
Despierta con la boca seca	Si		Algunas veces		No		No sabe		
Despierta con la boca amarga	Si		Algunas veces		No		No sabe		
INFORMACIÓN DE LA SALUD RESPIRATORIA									
Resfriados	Si	Frecuentemente	Algunas veces	No	No sabe	Frecuencia			
Asma	Si	Frecuentemente	Algunas veces	No	No sabe	Frecuencia			
Rinitis	Si	Frecuentemente	Algunas veces	No	No sabe	Frecuencia			
Alergias	Si	Frecuentemente	Algunas veces	No	No sabe	¿a qué?			
Otros (bronquitis, sinusitis, amigdalitis, halitosis, congestión nasal, estornudos, neumonía):									
HÁBITOS ORALES									
Succión		Tiempo			Frecuencia			No	
digital	chupón	labial	Duración			Intensidad			No
Bruxismo		Ruidoso			Silente			No	
		Diurno			Nocturno				
		Tiempo			Frecuencia				
		Duración			Intensidad				
Observaciones:									
EVALUACIONES Y/O TERAPIAS EFECTUADAS CON ANTERIORIDAD									
➤ Lenguaje	Si	Cuándo:			Tiempo:			No	
		Por qué:							
➤ Estomatológico/ ortodóncico	Si	Cuándo:			Tiempo:			No	
		Por qué:							
		Uso de prótesis	Describir						
		Uso de aparato ortodóncico	Fijo	¿Hace cuanto?					
			Removible	¿Hace cuanto?					
➤ Otorrinolaringológico	Si	Cuándo:			Tiempo:			No	
		Por qué:							
➤ Neurológica	Si	Cuándo:			Tiempo:			No	
		Por qué:							
➤ Terapeuta físico	Si	Cuándo:			Tiempo:			No	
		Por qué:							
➤ Psicológica	Si	Cuándo:			Tiempo:			No	
		Por qué:							
➤ Otros:									
➤ Observaciones de conducta									

EXAMEN CLÍNICO

1 – POSTURA DE CABEZA											
Observación anterior, de pie y sin apoyo											
• Cabeza	Adecuada	Inclinada	D	I	En extensión	En flexión					
• Hombros	Misma altura				Elevado	D	I				
Observación posterior, de pie y sin apoyo											
• Hombros	Misma altura				Elevado	D	I				
• Cabeza	Adecuada				Inclinada	D	I				
Observación sagital, de pie y sin apoyo											
• Hombros	Adecuados		Antepulsión		D	I	Retropulsión		D I		
• Cabeza	Adecuada		Antepulsión		Retropulsión		En extensión		En flexión		
2- EXPLORACIÓN FACIAL O EXTRAORAL											
2.1 CARACTERÍSTICAS RACIALES											
Leucoderma (raza blanca)			Xantoderma (asiáticos, mestizos)			Melanoderma (raza negra)					
2.2 TIPO FACIAL											
• Patrón vertical	Tendencia de crecimiento		Braquifacial		Mesofacial		Dolicofacial				
• Medidas	Tercios faciales		Superior mm		Medio mm		Inferior mm				
• Patrón sagital	Perfil		Recto - Tipo I		Convexo - Tipo II		Cóncavo - Tipo III				
3.2 SIMETRÍA EN VISTA CRÁNEO-CAUDAL:											
Observación cráneo-caudal, paciente sentado y distendiendo los labios en forma de sonrisa											
• Nariz	Adecuada				Desviada		D	I			
• Mejillas	Adecuadas		Derecho mayor volumen		Izquierdo mayor volumen						
3.3 REGIÓN AURICULAR											
Observación ventral, paciente sentado											
◇ OREJAS											
• Aspecto	Adecuado		Inadecuado		Describir:						
• Simetrías	Si	No	Derecho más alto			Izquierdo más alto					
3.4 REGIÓN ORBITARIA – VII PAR CRANEAL											
◇ OJOS											
• Aspecto	Mirada	lúcida	sornolienta		Ojeras		Si	No	Plegues epicánticos	Si	No
• Simetrías	Si	No	Derecho más alto		Izquierdo más alto		Ptosis		Si	No	D I
• Distancia horizontal	Adecuada			Hipotelorismo			Hipertelorismo				
• Medidas	Distancia: canto externo del ojo y comisura del labio				Lado derecha mm		Lado izquierdo mm				
• *Movilidad	Elevar las cejas		Si	Adecuada	Con dificultad		Con asimetría				No
	Fruncir las cejas		Si	Adecuada	Con dificultad		Con asimetría				No
	Cerrar ambos ojos		Si	Adecuado	Con dificultad		Con asimetría				No
	Cerrar el ojo derecho		Si	Adecuado			Con dificultad		No		
	Cerrar el ojo izquierdo		Si	Adecuado			Con dificultad		No		
3.5 REGIÓN NASAL											
◇ NARÍZ											
• Aspecto	Adecuado		Inadecuado		Pequeña en relación al rostro		Grande en relación al rostro				
	Marcas/cicatrices		Describir:								
• Narinas	Simetría		Si	No	Derecha mayor			Izquierda mayor			
	Aspecto		Amplias				Estrechas				
• Ángulo nasolabial	Recto - 90°			Obtuso - mayor de 90°			Agudo - menor de 90°				

*Ejecutar esta actividad únicamente cuando exista sospecha de parálisis facial.

3.6 REGIÓN ORAL – VII PAR CRANEAL											
3.6.1 LABIOS											
• Postura habitual	Ocluidos				Contacto labio-diente						
	Algunas veces abiertos otros ocluidos				Entresiebros		Abiertos				
• Color	Adecuado				Pálidos						
	• Labio superior	Bermellón	Espesor	Adecuado		Engrosado		Delgado			
Aspecto			Adecuado		Reseco		Rajado				
Cubre los incisivos superiores		Todo		2/3		Mitad		Nada			
Frenillo		Adecuado		Corto		Grueso		Baja fijación	Baja fijación y diastema		
Tamaño		Adecuado		Corto		Medir en mm					
• Labio inferior	Bermellón	Espesor	Adecuado		Engrosado		Delgado				
		Aspecto	Adecuado		Reseco		Rajado				
			Con evasión		Leve		Moderada		Severa		
	Frenillo		Adecuado		Corto		Grueso		Fijación alta	Fijación alta y diastema	
	Tamaño		Adecuado		Corto		Medir en mm				
• Surco mentolabial	Adecuado				Levemente acentuado			Acentuado			
• Comisuras en postura habitual	A la misma altura			D más alta			I más alta				
• *Movilidad	Protruir en forma de "beso"		Si	Adecuada	Con dificultad		Con asimetría		No		
	Protruir en forma de "O"		Si	Adecuada	Con dificultad		Con asimetría		No		
	Distender abiertos		Si	Adecuada	Con dificultad		Con asimetría		No		
	Distender ocluidos		Si	Adecuada	Con dificultad		Con asimetría		No		
	Infla ambas mejillas		Si	Adecuada	Con dificultad		Con asimetría		No		
	Lateralizar hacia la derecha		Si	Adecuado			Con dificultad		No		
	Lateralizar hacia la izquierda		Si	Adecuado			Con dificultad		No		
• Comisuras en movimiento	A la misma altura			D más alta			I más alta				
3.6.2 MÚSCULO MENTONIANO											
• Funcionalidad	Normofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante (indicar las causas)		Labio superior no cubre los incisivos superiores						
					Incompetencia labial						
				Discrepancia máxilo-mandibular							
				Aumento vertical del tercio inferior del rostro							
3.6.3 MEJILLAS											
• Simétricas	Si	Derecha más alta	izquierda más alta	Der. con mayor volumen		Izg. con mayor volumen		No			
• Funcionalidad	Infla mejilla derecha		Si	Adecuada		Con dificultad		No			
	Infla mejilla izquierda		Si	Adecuada		Con dificultad		No			
3.6.4 ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR – V PAR CRANEAL											
• Postura mandibular habitual	Elevada (boca ocluida)			Deprimida (boca abierta)			Desviada		D	I	
• **Movilidad	Lateraliza a la derecha		Si	Adecuada	Con dificultad		Con ruidos		Con dolor	No	
	Lateraliza a la izquierda		Si	Adecuada	Con dificultad		Con ruidos		Con dolor	No	
	Protrusión		Si	Adecuada	Con dificultad		Con ruidos		Con dolor	No	
	Abertura y cierre		Si	Adecuada	Con dificultad		Restricta		Con dolor	D	I
			Con chasquidos		D	I	Con crepitación		D	I	No
Distancia interincisiva máxima		Niños		mayor de 35mm			menor de 35 mm				
		Adultos		mayor de 40mm			menor de 40 mm				
• Músculos	Masetero		Tamaño	Iguales		Derecha mayor		Izquierda mayor			
			Contracción	Simultanea		Derecha primero		Izquierda primero			
	Temporal		Tamaño	Iguales		Derecha mayor		Izquierda mayor			
			Contracción	Simultanea		Derecha primero		Izquierda primero			
4.- EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL O INTRAORAL											
4.1 LENGUA – XII PAR CRANEAL											
• Posición habitual	Apropiada / No se aprecia			Interdental		Sobre el labio inferior		En el piso de la boca			
• Escala Mallampati	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV		Describir:					
• Simetría	Si	No	Derecha mayor			Izquierda mayor					
	Adecuado	Geográfica		Surcada		Arrugada		Marcas en laterales			
• Aspecto	Describir:										
• Tamaño	Adecuado				Grande para la cavidad oral						
• Frenillo	Visibilidad			Visible		Submucoso (sumergido)					
	Tamaño			Adecuado		Tamaño corto o anquiloglosia					
	Fijación en la lengua			Adecuada		Anteriorizada					
• Aspecto del ápice	Adecuado		Muestra forma de corazón cuando la eleva			Si		No			

*Ejecutar esta actividad únicamente cuando exista sospecha de parálisis facial.

**Efectuar únicamente cuando se desconfie de una disfunción temporomandibular que afecta a las funciones orofaciales.

4.1 DIENTES Y OCLUSIÓN															
• Dentición		Decidua			Mixta			Permanente							
• Número de dientes		Hemiarco superior D				Hemiarco inferior D									
		Hemiarco superior I				Hemiarco inferior I									
• Ausencia de piezas dentales	Si	Ausencias en dientes deciduos						Ausencias en dientes permanentes							
	No														
• Estado de conservación		Adecuada			Falta de higiene			Posible caries							
• Diastemas		Sí		Superiores			Inferiores			No					
• Apiñamiento		Sí		Localización:						No					
• Línea media dental		Centrada			Desviada			D		I					
• Línea media ósea		Centrada			Desviada			D		I					
• Clasificación de Angle		Derecha		Clase I		Clase II, div. 1ª		Clase II, div. 2ª		Clase III					
		Izquierda		Clase I		Clase II, div. 1ª		Clase II, div. 2ª		Clase III					
• Clasificación dentición decidua		Derecha		Plano terminal recto		Escalón mesial		Escalón distal							
		Izquierda		Plano terminal recto		Escalón mesial		Escalón distal							
• Oclusión	plano anteroposterior		Resalte adecuado			Resalte acentuado (>de 3mm)			Mordida cruzada anterior						
	plano vertical		Overbite adecuado			Mordida profunda			Mordida bis a bis						
			Mordida abierta anterior mm			Mordida abierta posterior			D		I				
plano transversal		Adecuada		Cruzada posterior		D		I		En tijera					
4.2 ENCÍA															
• Aspecto		Adecuado			Hipertroficadas (inflamadas)										
• Coloración		Adecuada			Hiperemiadas (rojizas)										
4.3 TONSILAS PALATINAS (amígdalas)															
• Presencia		Sí			No										
• Tamaño según Brodsky		Grado 0		Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV					
• Coloración		Adecuada			Hiperemiadas (rojizas)			D		I					
4.4 PALADAR															
• Anchura		Adecuada			Estrecho										
• Altura		Adecuada			Alto			Ojival							
• Aspecto	Adecuado		Fistula			Fisura (clasificación de Spina modificada)									
	Clasificación de Spina modificada por Silva		Preforame		Unilateral	Compl.	Incom.	Bilateral		Compl.	Incom.	Medial		Compl.	Incom.
			Posforame		Incompleta			Completa		submucosa		submucosa oculta			
			Trasforame		Unilateral			Bilateral		Medial					
4.5 MECANISMO VELOFARÍNGEO – V, VII, IX, X y XI PARES CRANEALES															
• Paladar blando	Simetría		Sí		No		Desviada hacia derecha		Desviada hacia izquierda						
	Aspecto		Adecuado			Cicatriz		Fistula		Dehiscencia					
	Úvula ausente presente		Aspecto		Adecuado			Bífida							
		Tamaño		Adecuado			Largo		Corto						
• *Función	Test de emisión de aire nasal			Adecuada (negativo)			Escape de aire (positivo)			D		I			
	Clasificación de Hanayama - Piccoli			Competencia		Incompetente		Leve		Evidente		Insuficiencia			

*Esta actividad se valorará en caso de fisuras palatinas o sospecha de fisura submucosa u oculta.

5.- FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS

5.1 RESPIRACIÓN

TIPO RESPIRATORIO

EXAMEN SUBJETIVO

Percibir durante todos el examen que regiones (abdominal, torácica y/o cintura escapular) se movilizaron durante la inspiración tranquila y asociada al habla.

Medio-torácico	Inferior-abdominal	Costo-diafragmático	Superior-clavicular	Paradojal
----------------	--------------------	---------------------	---------------------	-----------

Observaciones: _____

MODO RESPIRATORIO

EXAMEN SUBJETIVO

Percibir durante todo el examen la forma y cualidades de audibilidad con las cuales el aire probablemente ingresa durante la inspiración tranquila.

• Forma	Nasal	Oronasal	Oral
• Características auditivas	Silente		Ruidosa

EXAMEN SEMIOBJETIVO: TEST DE PERMEABILIDAD NASAL ESPIRATORIA CON LA PLACA ORNASAL ADAPTADA POR SUSANIBAR

1° Fecha / / * 2° Fecha / /

PRIMERA SUBPRUEBA: sin higienizar la nariz y sin ocluir la cavidad oral

• Registro de espiración nasal	Salida simétrica	Mayor derecha	Mayor izquierda	Ausencia de salida
• Registro de espiración oral	Ausencia de salida		Presencia de salida	

SEGUNDA SUBPRUEBA: sin higienizar la nariz y ocluyendo la cavidad oral

• Registro de espiración nasal	Salida simétrica	Mayor derecha	Mayor izquierda
---------------------------------------	------------------	---------------	-----------------

TERCERA SUBPRUEBA: higienizando la nariz sin ocluir la cavidad oral

• Registro de espiración nasal	Salida simétrica	Mayor derecha	Mayor izquierda
• Registro de espiración oral	Ausencia de salida		Presencia de salida

CUARTA SUBPRUEBA: higienizando la nariz y ocluyendo la cavidad oral

• Registro de espiración nasal	Salida simétrica	Mayor derecha	Mayor izquierda
---------------------------------------	------------------	---------------	-----------------

*Se sugiere aplicar el test en dos sesiones diferentes con la finalidad de evitar datos erróneos debido al ciclo nasal.

Modo respiratorio	Adecuado	Oronasal de origen	Anatómico	Inflamatorio	Infeccioso	Hábito
		Oral de origen	Anatómico	Inflamatorio	Infeccioso	Hábito

6.1 MASTICACIÓN

• Tipo de alimento utilizado:							
• Abertura de boca	Amplia			Restricta			
• Cantidad de alimento	Adecuado		Poco		En demasía		
• Inciación	Anterior			Lateral		D I	
• Músculos	Masetero	Nomofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante			
	Temporal	Nomofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante			
	Buccinador	Nomofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante			
	Orbicular de la boca	Nomofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante			
	Mentoniano	Nomofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante			
• Trituración	Periorales	Nomofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante			
	Velocidad	Adecuada		Lenta		Rápida	
	Forma	Con premolares/molares		Con incisivos		Con apoyo lingual	
		Movimientos verticales de mandíbula			Movimientos rotatorios de mandíbula		
		Silente			Ruidosa		
Tiempo	Adecuado		Insuficiente		Excesivo		
• Pulverización	Adecuada			Inadecuada			
• Balanceo masticatorio	Bilateral			Unilateral		D I	
• Utiliza los dedos para juntar el alimento	NO			SI			
• Solicita líquidos	NO			SI			
• Preguntar al paciente: Lado de preferencia	Ambas		D I	Dificultades:			
Tipo de masticación	Adecuada		Alterada por déficit		Anatómico	Neurogénico Funcional	

6.2 DEGLUCIÓN						
6.2.1 Saliva						
Adecuada		Acumulo en las comisuras		Acumulo en el vestíbulo		
Incontinencia salivar caracterizada por:		Babeo por gotas	Babeo por "olas"	Babeo como un hilo continuo		
6.2.2 Sólidos						
Función de los Músculos	Orbicular de la boca	Normofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante		
	Mentoniano	Normofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante		
	Suprahioideos	Normofuncionantes	Hipofuncionantes	Hiperfuncionantes		
	Periorales	Normofuncionantes	Hipofuncionantes	Hiperfuncionantes		
	Cervical	Normofuncionantes	Hipofuncionantes	Hiperfuncionantes		
Postura de la lengua		No observable	Adecuada	Interdental		
Postura de cabeza		Recta	Inclinada	Anteriorizada		
Presencia de odinofagia		Sí		No		
Presencia de ruidos		Sí		No		
Presencia de reflujo nasal		Sí	D	I	No	
Presencia de residuos de alimentos		Sí		No		
		Localización:				
6.2.3 Líquidos						
Función de los Músculos	Orbicular de la boca	Normofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante		
	Mentoniano	Normofuncionante	Hipofuncionante	Hiperfuncionante		
	Suprahioideos	Normofuncionantes	Hipofuncionantes	Hiperfuncionantes		
	Periorales	Normofuncionantes	Hipofuncionantes	Hiperfuncionantes		
	Cervical	Normofuncionantes	Hipofuncionantes	Hiperfuncionantes		
Postura de la lengua		No observable	Adecuada	Interdental		
Postura de cabeza		Recta	Inclinada	Anteriorizada		
Presencia de odinofagia		Sí		No		
Presencia de ruidos		Sí		No		
Presencia de reflujo nasal		Sí	D	I	No	
Forma de ingesta		De manera continua	Por sorbos	Dejando caer el líquido		
Tipo de deglución		Adecuada	Atípica	Adaptada	Posible disfagia	

7 SENSIBILIDAD						
• Hemicara derecha (V par craneal)	Oftálmico	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Maxilar	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Mandibular	Adecuada	Reducida	Aumentada		
• Hemicara izquierda (V par craneal)	Oftálmico	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Maxilar	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Mandibular	Adecuada	Reducida	Aumentada		
• Submandibular	C2	Adecuada	Reducida	Aumentada		
• Cavidad oral (V y XII par craneal)	Mejillas	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Lengua	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Paladar	Adecuada	Reducida	Aumentada		
• Gusto (VII par craneal)	Salado	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Dulce	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Ácido	Adecuada	Reducida	Aumentada		
	Amargo	Adecuada	Reducida	Aumentada		
• Reflejo nauseoso (IX y X par craneal)	Presente	Inmediato	Región	Velar anterior		Velar posterior
		Atrasado		Faríngeo superior	Faríngeo medio	Faríngeo inferior

FOTOGRAFÍAS				
• Cuerpo	Vista ventral		Vista lateral	
• Rostro	Vista ventral	Postura habitual	Perfil	Derecho
		Sonriendo		Izquierdo
• Tercio inferior	Vista ventral	Postura habitual	Perfil	Derecho
		Ocluyendo los labios		Izquierdo
• Labios	Aspecto	Postura habitual	Frenillo	
• Cavidad oral	Paladar		Velo del paladar	
• Lengua	Aspecto	Postura habitual	Frenillo	
• Oclusión	Vista frontal	Vista lateral derecha	Vista lateral izquierda	
• Otras				
FILMACIONES				
PRAXIAS	SUCCIÓN	MASTICACIÓN	DEGLUCIÓN	FONOARTICULACIÓN

CONCLUSIONES Y CONDUCTAS

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLÓGICA		
Trastorno miofuncional orofacial de origen:	Anatómico	
	Neurogénico	
	Funcional	
➤ Pronóstico:		
➤ DERIVACIONES		
Lenguaje	Aprendizaje	Fisioterapia
Ocupacional	Psicológica	Neurológica
Otorrinolaringológica	Ortodoncista	Voz
Otros:		
➤ Frecuencia sugerida para la intervención:		
➤ Recomendaciones:		