



Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina



TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN LOGOPEDIA

**¿DEGLUCIÓN ATÍPICA O ADAPTADA?
VALORACIÓN LOGOPÉDICA DE UN CASO.**

*ATYPICAL O ADAPTED SWALLOWING?
SPEECH THERAPY VALORATION OF A CASE.*

CURSO ACADÉMICO 2018/2019

Autora: SARA TARTILÁN SALVADOR

Tutora: Patricia Murciego Rubio.

AGRADECIMIENTOS

Si hay personas a las que he de agradecer todo lo experimentado a lo largo de todos estos meses, son aquellas que me han acompañado durante todo este proceso y han formado, de manera directa o indirecta, en su progreso y elaboración.

En primer lugar, quiero agradecer a mi fiel compañero de aventuras en este viaje que es la vida. Gracias por tu plena y entera disposición en este estudio, no solo hoy, ayer, ni estos nueve meses atrás, sino siempre.

En segundo lugar, a Patricia, logopeda y docente responsable de la tutorización del trabajo que se presenta en las siguientes líneas. Gracias por conservar mi idea original y darle un punto de vista más innovador, por hacerme ver y descubrir más allá de lo que nos enseñan en el grado, por facilitarme material, por aconsejarme y, sobre todo, por tu guía, entrega y disposición en todo este tiempo.

También agradecer al doctor ORL que, tras escuchar el tema de mi Trabajo de Fin de Grado, se ofreció a realizar una exploración médica al usuario participante y me proporcionó una valoración clínica, aspectos que me ayudaron a orientar y entender, con mayor precisión, el diagnóstico del estudio de caso.

Gracias a mis compañeras de grado y a la amistad consolidada durante estos cuatro años. Por compartir, vivenciar, experimentar, disfrutar y, principalmente, por apoyar tanto en las buenas como en las malas. Estoy muy agradecida de la unión que hemos forjado. Ahora comienza lo mejor y os deseo todo lo bueno que os merecéis.

Finalmente, gracias a mi familia, los están día a día. Gracias por confiar en mí y enseñarme a ser la persona que soy hoy.

ÍNDICE

1. Resumen / Abstract	1
2. Introducción	2
3. Justificación	4
4. Objetivos y metodología	5
5. Marco teórico	7
5.1 Definición y características de la deglución.	7
5.2 Fases de la deglución.	8
5.3 Tipos de deglución.	9
5.4 Alteraciones de la deglución.	10
a. Deglución atípica	11
b. Deglución adaptada.	11
5.5 Aspectos presentes ante una alteración deglutoria.	14
a. Desequilibrio postural.	14
b. Alteraciones en la masticación.	15
c. Biotipo facial y maloclusiones dentarias.....	15
d. Movilidad, tono y fuerza de la musculatura implicada.	16
e. Malos hábitos orales.	17
5.6 Evaluación de la mecánica oral deglutoria.	19
6. Aplicación práctica a un caso real	21
6.1 Historia clínica	21
6.2 Evaluación logopédica	22
6.3 Evaluación otorrinolaringológica.	26
7. Resultados	27
8. Discusión	30
9. Conclusiones	31
10. Referencias bibliográficas	33
11. Anexos	35

1. RESUMEN / ABSTRACT

La deglución es un proceso por el cual el alimento es transportado de la boca al estómago gracias a la acción motora automática y compleja de un conjunto de estructuras coordinadas entre sí. La alteración en la dinámica oral de esta función se ha convertido, durante la última década, en una de las áreas más estudiadas dentro del ámbito de la motricidad orofacial y miofuncional. Los últimos estudios muestran una confrontación entre los términos "*deglución atípica*" y "*deglución adaptada*", definiendo sus características y diferenciándolas entre sí. El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es recoger y dar a conocer ambas patologías a los profesionales que se dediquen diariamente a intervenir sobre ellas, así como precisar el diagnóstico del usuario participante en este estudio. Se ha llevado a cabo, además de una revisión bibliográfica, un estudio de caso con alteración en la mecánica oral de la deglución mediante la administración de cuestionarios y pruebas de evaluación clínica. Los resultados, a nivel teórico, demuestran que se está produciendo una adaptación terminológica que diferencia ambos conceptos y que son aún desconocidos por muchos profesionales dedicados a esta área. A nivel práctico, se evidencia una adaptación deglutoria a la alteración estructural y funcional presentes en el usuario fruto de dos posibles hipótesis. Como conclusiones, se resaltan el número insuficiente de literatura relacionada con las alteraciones en la fase oral deglutoria, la implantación y divulgación de la nueva adaptación terminológica y la importancia de la interdisciplinariedad y la elaboración de un buen examen clínico inicial.

Palabras clave: deglución atípica, deglución adaptada, respiración oral, desequilibrio postural.

Swallowing is a process by which food is transported from the mouth to the stomach thanks to the automatic and complex motor action of a set of structures coordinated among them. Oral dynamics alterations of this function has become, during the last decade, one of the most studied areas within the field of orofacial and myofunctional motricity. Recent studies have shown a comparison between the terms "*atypical swallowing*" and "*adapted swallowing*", defining their characteristics and making different one from each other. The main objective is to revise and make known both pathologies to professionals who are daily engaged to intervene on them, as well as to specify the diagnosis of the subject participating in this study. In addition to a bibliographic review, it has been carried out a case study with alteration in the mechanics of swallowing by the administration of questionnaires and clinical evaluation tests. The results, at a theoretical level, show that there is a terminological adaptation that differentiates both concepts and that are still unknown by many professionals dedicated to this area. On a practical level, there is evidence of a swallowing adaptation to the structural and functional alteration present in the user resulting in two possible hypotheses. As conclusions, the insufficient number of literature related to the oral phase of swallowing disorders, the implantation and spreadation of the new terminological adaptation and the importance of the interdisciplinarity and a good initial clinical examination are highlighted.

Key words: atypical swallowing, adapted swallowing, oral breathing, body imbalance.

2. INTRODUCCIÓN

Cuando se nombra la figura del logopeda, la población siempre asocia este profesional al ámbito educativo más que al clínico y, además, como aquel que interviene sobre las alteraciones que afectan a la articulación de los fonemas, especialmente, en edad pediátrica. Esta concepción no es del todo desacertada, pero corresponde a una minúscula parte de todo el gran bagaje que engloba esta profesión.

La logopedia está presente en todas las etapas de la vida, desde la población infantil hasta la adulta, y tiene su aplicación tanto en el ámbito público como en el privado. Es una disciplina sanitaria, también con aplicación pedagógica, encargada de la prevención, evaluación, diagnóstico e intervención de las alteraciones que puedan afectar a la comunicación, el lenguaje, la voz, la audición y las funciones orofaciales¹.

Haciendo mayor hincapié sobre las disfunciones a nivel orofacial, este profesional puede intervenir en aquellas patologías que afectan a la funcionalidad de la respiración, succión, masticación, salivación, habla, fonación y deglución¹⁻⁵. Es esta última sobre la que se hace especial mención en este trabajo.

La deglución, acto básico y primario de todo ser vivo, es una de las funciones del sistema estomatognático más compleja del ser humano y requiere de la acción coordinada y controlada de un gran número de entidades motoras y sensitivas²⁻¹³. En la última década, ha adquirido especial importancia en el área de la logopedia convirtiéndose en uno de los principales focos de investigación y rehabilitación.

Los términos de “*deglución atípica*” y “*deglución adaptada*” son, en el momento actual, el centro principal de todas las investigaciones referentes a este campo. Parece ser que el concepto de “*deglución atípica*” como tal, teniendo en cuenta las características que la definen, en la mayoría de los diagnósticos es incorrecto. Por esta razón, los últimos estudios proponen un cambio y adaptación de la terminología actual^{3,4, 7, 11, 12}.

Esta nueva terminología es aún desconocida para muchos de los profesionales dedicados a esta disciplina pudiendo esto repercutir, de manera desfavorable, en la impresión diagnóstica final del paciente y, a su vez, en la metodología de intervención. Esto hará, simultáneamente a lo anterior, que la evolución que experimente el usuario a lo largo del proceso de intervención no alcance los objetivos propuestos por el terapeuta^{7, 12}.

Ocasionalmente, se observan situaciones en las que resulta muy evidente la presencia de una alteración en la deglución. La presencia de interposición lingual entre las arcadas dentarias es una de las características con mayor incidencia en esta patología. No obstante, puede no ser

la única alteración presente. De hecho, la mayor parte de los usuarios con este patrón deglutorio presentan otras alteraciones además de la posición lingual anómala.

Por otro lado, es muy importante conocer si las alteraciones que se han producido a nivel deglutorio son la causa o la consecuencia, es decir, precisar si la mecánica deglutoria incorrecta es responsable de la aparición de alteraciones, o bien, si esta mecánica ha aparecido producto de otras alteraciones adyacentes⁷.

Por tanto, los nuevos estudios, además de proponer un cambio y adaptación conceptual, también recomiendan llevar a cabo, previamente a una etiqueta diagnóstica rápida y probablemente incorrecta, una evaluación detallada y exhaustiva de la deglución y otras funciones que puedan estar comprometidas con la finalidad de resolver, si es posible, la causa de esa dinámica deglutoria incorrecta y las consecuencias que se ha producido o que se pueden producir si se mantiene^{7,12}.

En el presente trabajo se expone y clarifica teóricamente las alteraciones en la deglución anteriormente mencionadas, caracterizando y diferenciándolas entre sí. A nivel práctico, se incluye el estudio clínico de un caso real buscando precisar el diagnóstico del usuario conforme a la anamnesis, la observación y los resultados de la evaluación obtenidos. Esta exploración y valoración logopédica se ha complementado con un examen otorrinolaringológico (ORL en adelante) que concluye los resultados obtenidos desde el área logopédica y que perfeccionan clínicamente el diagnóstico.

3. JUSTIFICACIÓN

Uno de los ámbitos de actuación del logopeda que más me gusta y más interés me despierta es la motricidad orofacial y miofuncional. Comencé a explorar y documentarme en ésta área cuando cursé las primeras asignaturas que incluían contenidos relativos a esta ciencia. Sin embargo, nunca hice tanto énfasis sobre la deglución hasta que observé, en mi entorno más cercano, personas con un patrón deglutorio que se alejaba de la dinámica fisiológica establecida para esta función.

La deglución es una función primaria y básica para la supervivencia del ser humano que se adquiere, mayoritariamente, de manera innata y que se va desarrollando, en cuanto a complejidad de movimientos y estructuras implicadas en la misma, a lo largo del crecimiento y madurez personal. Cuando existen unas condiciones estructurales y funcionales correctas, es razonable pensar que la dinámica deglutoria también será correcta. En ocasiones, esto no es así y se desencadena una alteración. Sin embargo, cuando aparecen modificaciones en estas condiciones, es todavía más obvio pensar en la repercusión que éstas tienen sobre la deglución y, por tanto, en la alteración que se va a manifestar²⁻¹³.

Inicialmente, pensaba que ambas alteraciones se englobaban bajo el mismo concepto: deglución atípica. Incluía a las dos dentro de la misma patología, con las mismas características y la misma metodología de intervención. De hecho, desconocía la existencia de otro término afín a este y que diferenciaba una de otra.

Fue gracias a mi tutora supervisora de este trabajo que descubrí la deglución adaptada y quien me propuso estudiar y analizar ambas y, tras ello, evaluar el caso clínico y establecer el diagnóstico adecuado.

Así es como la idea inicial de dedicar este Trabajo de Fin de Grado exclusivamente a una evaluación y propuesta de intervención sobre la deglución atípica, se transformó en una investigación más exhaustiva sobre qué se puede considerar deglución atípica y qué adaptada y, una vez esclarecidos los límites entre ambas, proceder a la evaluación del caso clínico.

Ha resultado verdaderamente interesante poder leer sobre los últimos avances acontecidos en esta área, hecho que demuestra una vez más que la logopedia es una disciplina en continua actualización y formación. No obstante, también ha resultado bastante difícil encontrar bibliografía actualizada y en castellano, ya que se tratan de estudios que apenas acaban de comenzar a divulgarse.

4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los **objetivos** propuestos para este Trabajo de Fin de Grado son los siguientes:

1. Revisar la bibliografía y literatura existente en relación a los términos “*deglución atípica*” y “*deglución adaptada*”.
2. Establecer y delimitar las características que definen a ambas alteraciones de la mecánica oral de la deglución.
3. Dar a conocer la nueva adaptación terminológica.
4. Demostrar la importancia del conocimiento conceptual actual para el diagnóstico correcto de las alteraciones de la fase oral de la deglución y, por ende, de las intervenciones que se lleven a cabo para solventarlas.
5. Precisar el diagnóstico de un usuario con alteración en la dinámica deglutoria oral a partir de la valoración de los datos obtenidos de la entrevista, el cuestionario, la observación y la exploración clínica.
6. Conocer y aplicar diferentes protocolos de exploración clínica miofuncional y orofacial y lograr cierto desenvolvimiento en su manejo, así como elaborar mis propios protocolos de evaluación.

En cuanto a la **metodología**, se ha llevado a cabo una investigación exploratoria y descriptiva mediante una exhaustiva búsqueda bibliográfica de literatura relativa al tema, además de un estudio de caso¹⁴ con la aplicación de protocolos de evaluación y el registro fotográfico y videográfico del usuario participante en tareas de deglución, masticación, movilidad muscular, postura corporal y estructuras orofaciales.

Para la revisión literaria, se han utilizado las bases de datos Google Académico, Scielo, Pubmed, Medline, Dialnet, WoS y Scopus realizándose dos búsquedas principales: en la primera, se seleccionaron un total de 18 artículos, de los cuáles 5 fueron descartados por desactualización. En la segunda pesquisa, a los artículos restantes se le sumaron 8 nuevos más actualizados. Se incluyó otro artículo a mayores proporcionado por la supervisora de este trabajo, de tal manera que se recogieron un total de 22 artículos científicos de carácter cualitativo y cuantitativo publicados, la mayoría de ellos, entre los años 2009 y 2018.

Se encontró un número insuficiente de artículos escritos en castellano referentes al tema que concierne, por lo que se procedió a la búsqueda de literatura en inglés y en portugués, encontrándose mayores referencias bibliográficas en este último idioma. Los términos seleccionados, siendo buscados en los tres idiomas mencionados, fueron: deglución atípica y adaptada, deglución y ortodoncia, deglución y respiración oral, deglución y postura corporal, deglución y posición lingual, funciones orofaciales y malos hábitos orales y, por último, desarrollo maxilofacial.

Además de los artículos, también se han consultados cuatro libros y tres páginas web (realizándose en una de ellas una doble búsqueda), de manera que se suman un total de 30 fuentes de información que han servido de base y guía para redactar los contenidos que se presentan a continuación.

En cuanto al estudio de caso¹⁴, se busca precisar el diagnóstico de un usuario con alteración en la mecánica oral de la deglución. El usuario objeto de estudio forma parte del círculo social de la autora de esta investigación.

Como métodos para la recogida de información se han empleado la entrevista, el cuestionario, la observación, la exploración clínica miofuncional y orofacial y el registro fotográfico y videográfico tanto de la postura corporal y estructuras orofaciales como de la actitud del usuario en tareas de deglución y movilidad orofacial. También ha sido aplicada la prueba de Rosenthal^{17,18} y las técnicas de Payne^{3,9,17,19} y del espejo de Glatzel^{3,15,17,20}, estas dos últimas con adaptaciones. Los materiales usados han sido cuestionarios y protocolos de evaluación ya existentes como la *Escala de Evaluación de los Síntomas de Obstrucción Nasal*¹⁶ (NOSE-e en adelante) de Larrosa F y Stewart MG, el *Protocolo de Exploración Miofuncional y Orofacial*³ (PEMO en adelante) de Susanibar F et al y el *Protocolo MBGR*^{3,21,22} de Genaro KF et al siendo, estos dos últimos, combinados en un único protocolo y complementado con un apartado de evaluación de malos hábitos orales elaborado por la autora del estudio y adjuntado en el apartado de anexos. La cámara, el trípode y el calibrador Vernier digital completan esta lista.

El proceso anteriormente mencionado ha sido realizado en cuatro sesiones diferentes de duración variable: la primera dedicada a la entrevista y la cumplimentación del cuestionario NOSE-e¹⁶. La segunda a la aplicación de protocolos de exploración y al registro fotográfico y videográfico de la postura corporal y de la actitud del usuario en tareas de deglución y movilidad orofacial. La tercera sesión se dedicó a la aplicación de varias técnicas no invasivas para la exploración de la respiración y de la posición lingual, así como para ultimar detalles de la exploración que no pudieron recogerse anteriormente. La última sesión se empleó para explicar al participante todo el proceso que se había llevado a cabo desde la recogida de datos hasta la interpretación de los mismos y la comunicación de los resultados obtenidos, estableciendo un feedback comunicativo entre el evaluador y el usuario.

Previamente a todo este proceso, el usuario ha firmado un consentimiento confirmando así su participación en este estudio.

Tras el proceso de evaluación y valoración logopédica y tras plantear dos hipótesis diagnósticas, se contactó con un médico ORL del Hospital Clínico Universitario de Valladolid quien se ofreció a realizar una exploración al usuario, proporcionando una valoración médica que ayudó a complementar la logopédica y a confirmar el diagnóstico. En el examen ORL, realizado en una única sesión, se llevó a cabo una orofaringoscopia, una exploración del tamaño de las amígdalas palatinas, una fibroscopia y una prueba de deglución con gelatina.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Definición y características de la deglución.

La deglución es la función del sistema estomatognático encargada de transportar, en una serie de fases diferenciadas entre sí, el contenido intraoral, bien sea saliva, líquido y/o alimentos, de la cavidad oral al estómago e iniciar la digestión en el tracto gastrointestinal³⁻¹³.

Es una acción motora automática compleja controlada por el sistema nervioso central y en la que participan de forma coordinada un total de 30 músculos de las regiones orofacial, cervical, intraoral y laringofaríngeoesofágica^{3,7}. Está controlada por 6 pares craneales que son el trigémino (V), el facial (VII), el glossofaríngeo, el vago (X), el espinal (XI) y el hipogloso. Puede ser iniciada conscientemente y tiene una duración aproximada de 3 a 8 segundos^{4,6,7,10,11}.

No existe un acuerdo homogéneo entre autores en cuanto al inicio de esta función. No obstante, coinciden en que es durante el desarrollo embrionario cuando se observan los primeros movimientos deglutorios caracterizados por ser básicos, primarios y poco elaborados. El crecimiento de las estructuras y el cambio de alimentación progresivo es lo que permite la maduración de esta función hasta llegar a la deglución adulta^{3,4,11,13}.

Cuando esta función se lleva a cabo sin evidenciarse alteraciones a nivel estructural, funcional, muscular, sensitivo o neurológico se dice que es una deglución normal y presenta, según recoge Pachón LE⁹, las siguientes características:

1. En la fase preparatoria oral, la contracción labial es mínima.
2. La mandíbula está estabilizada por la acción del V par craneal.
3. Previo a la propulsión del bolo alimenticio, el ápice lingual contacta con la parte inferior de la arcada dentaria superior.
4. Existe un ligero contacto intercuspídeo entre las arcadas dentarias.
5. No existe contracción de la musculatura periorbicular durante la acción.
6. Durante las fases oral y faríngea, se ocluye el paso a la rinofaringe gracias a la elevación del paladar blando.
7. En la fase faríngea, las contracciones musculares provocan la inclinación de la epiglotis y el desplazamiento superior y anterior del hioides.
8. Se ocluyen las vías áreas inferiores por acción de la glotis y epiglotis evitando el riesgo de penetración, aspiración y bronco-aspiraciones.
9. Los músculos constrictores faríngeos se contraen y favorecen el descenso del bolo hacia el esófago.
10. Al finalizar la fase faríngea, se produce la relajación del esfínter esofágico superior.

11. Tras finalizar la deglución, no se presencian aspiraciones, tos o reflujo, ni residuos en el interior de la cavidad oral.

5.2 Fases de la deglución.

Existen una serie de fases o etapas sucesivas que permiten el transporte del alimento desde la boca hasta el estómago. Hay autores que hacen una clasificación en tres fases como Marchesan IQ y Junqueira P¹² y otros como Susanibar F et al³ o Álvarez W et al¹¹ la clasifican en cuatro. La única diferencia entre estas dos clasificaciones radica en que aquellos autores que definen cuatro etapas desglosan la primera de los que dividen la deglución en tres.

La más utilizada entre los profesionales es la clasificación de la deglución en cuatro fases siendo la primera voluntaria, la segunda y la tercera involuntaria y refleja la última^{3,4,11}. Las tres primeras fases se realizan de forma consciente y la última es inconsciente. Las fases de la deglución y sus características son^{3,4,5,7,10,11}:

1. **Fase oral preparatoria.** Se produce el reconocimiento sensorial, la prensión y la masticación del alimento el cual se mezcla con la saliva formando un bolo homogéneo y se coloca sobre el dorso lingual. Existe un sellado periférico de la cavidad oral tanto anterior por acción del cierre labial y el contacto retroincisivo y palatal de la lengua, como posterior por acción del paladar blando. La laringe y la faringe están en reposo y las vías respiratorias abiertas, continuándose la respiración nasal. La duración de esta fase depende del tiempo de masticación y del volumen del contenido introducido en la cavidad oral.
2. **Fase oral.** El alimento ya homogeneizado en un bolo se ubica en el surco longitudinal lingual, situándose el ápice lingual en la papila palatina sin tocar los incisivos superiores y contactando los bordes linguales con el paladar duro. Esta misma estructura propulsa un movimiento en sentido anteroposterior, movilizándolo hacia la cavidad faríngea y desencadenando el reflejo deglutorio con la estimulación de los pilares anteriores. Tiene una duración de 1 a 1.5 segundos.
3. **Fase faríngea.** Se pone en funcionamiento una serie de movimientos coordinados que ocluyen las vías respiratorias. El velo del paladar ocluye la rinofaringe y la glotis junto a la acción de la epiglotis protegen la vía aérea y se produce una apnea respiratoria que se prolonga durante el tiempo que dura la deglución. Se produce la elevación y anteriorización del hioides y la apertura del esfínter cricofaríngeo facilitando así el paso del bolo hacia el esófago. Esta fase tiene una duración promedia de un segundo.
4. **Fase esofágica.** El alimento es transportado mediante ondas peristálticas al estómago donde inicia la digestión. Una vez finalizada esta fase, todas las estructuras vuelven a su posición original y se reanuda la respiración.

5.3 Tipos de deglución.

La dinámica deglutoria no es la misma en un recién nacido que en un adulto. La de éste último se ha adquirido a través de un proceso de crecimiento y maduración de las estructuras que intervienen en ella, del cambio de alimentación de líquidos a semisólidos y sólidos, del paso de la dentición temporal a la permanente y, en general, del grado de funcionalidad con que se realice^{3,4,5,10,11}.

A diferencia de las fases de la deglución, existe un acuerdo más heterogéneo a la hora de establecer una clasificación según los tipos de deglución. Siguiendo a los autores responsables de la publicación de los contenidos indicados en el párrafo anterior, la deglución puede ser:

1. **Deglución infantil.** Es característica de los bebés recién nacidos hasta que alcanzan cierto grado de madurez deglutoria. La lactancia se coordina con los movimientos de succión y respiración constituyendo lo que se conoce como el tríptico funcional: succión-deglución-respiración. Las estructuras participantes están inmaduras: la mandíbula está retraída, la lengua baja y anteriorizada abarca toda la cavidad oral y es el velo del paladar el que contacta con la epiglotis y el cartílago hioides al producirse la elevación faríngea. La deglución se realiza por acción de la succión, estando la lengua extendida y protruida hacia delante, los labios fruncidos y ausente la contracción de los músculos maseteros, temporales y suprahioides. El reflejo involuntario de succión para deglutir se extingue con la aparición de las primeras piezas dentarias y se comienza a presentar un patrón más elaborado y menos infantil, aunque todavía dista de la mecánica adulta. A partir de este momento, aumenta la actividad del sellado labial y de la musculatura intrínseca de la lengua apareciendo los primeros movimientos ondulatorios de la misma. Una lactancia eficiente es clave para el desarrollo y maduración de importantes estructuras óseas.
2. **Deglución adulta.** Aparece con la maduración neuromuscular, el cambio postural cefálico y la aparición de los primeros dientes temporales prolongándose hasta el asentamiento de la dentición permanente. Asimismo, se observa un posicionamiento lingual correcto durante la deglución. La mandíbula se estabiliza con la reducción de la contracción de buccinadores y periorbitales, los dientes se mantienen ocluidos, el ápice lingual se coloca detrás de los incisivos superiores y provoca un triple cierre bucal: anterior (al colocarse en posición incisal), medio (al contactar el dorso con el paladar duro) y posterior (al apoyarse sobre el paladar duro). Gracias a la estabilidad mandibular, aparecen movimientos rotatorios y puede iniciarse la masticación bilateral. Los labios están ocluidos y mínimamente contraídos durante el proceso de deglución.

En el estudio llevado a cabo por Álvarez W et al¹¹ se ha comprobado que los niños no pasan de la deglución infantil a la adulta de forma instantánea, sino que existe una transición gradual entre ambas en la que se combinan movimientos imprecisos con movimientos correctos y elaborados. Esta evolución paulatina, que podría denominarse **deglución mixta o transitoria**, se extendería aproximadamente de los 2 a los 10 años de edad. Durante este periodo, no se produce únicamente la maduración de la deglución, sino que también tiene lugar la erupción de las piezas dentarias permanentes y la maduración de la masticación. Por esta razón, cuando se observan características no correspondientes a una deglución normal en niños que abarquen cronológicamente este intervalo etario, hay que considerarlas como habituales y fisiológicas del desarrollo hasta que se produzca el final del crecimiento óseo-muscular, a excepción de los casos en los que se evidencie una clara alteración por causa anatómica, funcional, infecciosa o quirúrgica. Serán en estos últimos casos cuando pueda etiquetarse esa alteración como anómala y susceptible de intervención.

5.4 Alteraciones de la deglución.

El proceso de deglución ocurre fácilmente y sin esfuerzos. Cuando se observan problemas a nivel estructural, funcional, muscular o neurológico es cuando aparecen alteraciones en esta función²⁻⁴.

La deglución atípica y la disfagia son dos de las alteraciones más ampliamente mencionadas y estudiadas a lo largo de la historia de la motricidad orofacial y miofuncional. Sin embargo, los estudios realizados en esta última década verifican una actualización terminológica donde ya no se contempla la deglución atípica como la única alteración de la dinámica deglutoria a nivel oral. De hecho, se propone un cambio conceptual más definido y limitado de lo que englobaría esta alteración. Es aquí donde entra en juego el concepto de deglución adaptada y cuando surge la incertidumbre entre profesionales en cuanto a los límites que demarcan las dos patologías^{7,12}.

Antes de definir ambas alteraciones, se hace un repaso a la distinción terminológica propuesta por la Real Academia Española de la Lengua (RAE en adelante) para los conceptos de atipia y adaptación que ayudarán en la clarificación de lo que posteriormente será detallado.

El concepto de atipia no está recogido en la RAE, pero propone la palabra **atípico o atípica** como término afín a este y lo define como una cualidad que, por sus caracteres, se aparta de los modelos representativos o de los tipos conocidos²³. Esto es, atípico es algo que se aleja de lo establecido como común o normalizado.

Por otro lado, define la **adaptación** como la acción y efecto de adaptar y adaptarse. Adaptar es acomodarse, ajustar algo a otra cosa; hacer que un objeto o mecanismo desempeñe

funciones distintas de aquellas para las que fue construido²⁴. Esto es, adecuar lo que se tiene a como se tiene.

Una vez aclarados ambos conceptos, se exponen, a continuación, las bases que asientan las diferencias entre una patología y otra.

a. Deglución atípica.

Susanibar F et al³ la definen como la anteriorización lingual durante la deglución sin que haya una alteración en la forma de la cavidad oral.

En la revisión e investigación experimental de Pachón LE⁹, esta alteración se caracteriza por la presencia, durante la deglución, de movimientos inadecuados tanto de la lengua como de otras estructuras en ausencia de alteraciones en la forma de la cavidad oral.

Según Marchesan IQ y Junqueira P¹², la deglución atípica es una alteración en la fase oral caracterizada por una interposición lingual en el momento de deglutir.

Finalmente, según Marchesan IQ⁷ se caracteriza como la presencia de un movimiento inadecuado de la lengua y otras estructuras que participan en la fase oral de la deglución sin que haya ninguna alteración de forma en la cavidad oral y pudiendo ser consecuente de una postura cefálica inadecuada, alteración del tono y de la movilidad o propiocepción de los órganos fonoarticulatorios.

Por tanto, reuniendo la información proporcionada por los autores anteriormente mencionados, se puede confirmar que la **deglución atípica** es una alteración en la fase oral de la deglución que se caracteriza por la presencia y posición inadecuada de la lengua y otras estructuras de la cavidad oral sin que exista una alteración en la forma y función de las mismas. Estas estructuras deciden realizar un patrón mecánico deglutorio alejado de lo establecido por la norma, bien por hábito, o bien por una alteración en la postura cefálica, el tono, la movilidad o la propiocepción de los órganos fonoarticulatorios.

b. Deglución adaptada.

Según recoge el *Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines* de Susanibar et al³, se asocia el movimiento lingual inadecuado a la adaptación de la misma a la forma de la cavidad oral.

Pachón LE⁹ menciona que la deglución adaptada es consecuente de otro problema estructural o funcional donde la lengua necesita adaptarse a la forma de la cavidad oral, al tipo facial o a las características de las funciones existentes.

Según Marchesan IQ y Junqueira P¹² definen la deglución adaptada como la alteración en la fase oral de la deglución con presencia de interposición lingual que es justificada y producida por la existencia de otra alteración adyacente.

Marchesan IQ⁷, en su trabajo en solitario, asocia la posición lingual incorrecta a la adaptación de ésta al espacio y las estructuras que han sufrido una modificación en su forma por la presencia de maloclusiones o alteraciones funcionales como la respiración oral. En este caso, la posición lingual no se considera una anomalía, sino una adaptación.

Recogiendo los aspectos más relevantes destacados por los autores, se puede afirmar que la **deglución adaptada** es una alteración en la fase oral de la deglución que se caracteriza por la presencia y posición inadecuada de la lengua y otras estructuras de la cavidad oral y que aparece cuando se da una alteración en la forma y función de las mismas. Este patrón alterado se observa cuando las estructuras de la cavidad oral han de adaptarse como consecuencia de una alteración estructural o funcional. Una maloclusión dentaria, la respiración oral o el perfil facial pueden ser los responsables de la aparición de este problema.

Por tanto, con toda la información anteriormente expuesta, ante un usuario con un patrón deglutorio alterado sin modificaciones en la forma y función de las estructuras de la cavidad oral, el diagnóstico correcto será el de deglución atípica. Si, por el contrario, presentase algún tipo de manifestación estructural o funcional alterado, la etiqueta correcta sería el de deglución adaptada.

Hasta el momento, puede parecer que todo esto se trate únicamente de una lucha entre conceptos. Sin embargo, la repercusión va más allá de la simple etiqueta diagnóstica. Cuando un paciente acude a consulta con el diagnóstico de deglución atípica, el trabajo del logopeda será reeducar la posición lingual. Por otro lado, si el usuario presenta deglución adaptada, habrá que incidir sobre las alteraciones adyacentes que provocan esa posición lingual incorrecta más que sobre la reeducación de la misma, ya que son estas alteraciones concomitantes las causantes de esa inadecuada posición lingual^{12,18}.

En el desarrollo de la mecánica deglutoria, si ésta se encuentra alterada es muy posible encontrar uno o varios de los patrones de deglución que van a ser explicados a continuación.

Según los datos mencionados en los estudios de Álvarez W et al¹¹ y Salvador A⁶; ambos trabajos basados en la información recogida por Marchesan IQ⁷, así como Susanibar F et al³, se enumeran siete formas anómalas de deglución:

1. **Con interposición lingual.** Aparece ante mordida abierta anterior, macroglosia, hipotonía lingual, mantenimiento del hábito de succión digital y respiración oral, esta última especialmente con la presencia de amígdalas hipertróficas^{3,6,7,11}. También se da en el paso de la dentición temporal a la adulta, es decir, durante la dentición mixta. En

este caso, se considera una acción común entre los niños que se encuentran en este periodo de desarrollo⁷.

2. **Con presencia de contracción de la musculatura periorbicular.** Ante una dinámica deglutoria correcta, no se produce la contracción de esta área. Cuando se da, es porque existe una disminución en el tono muscular de las estructuras participantes en la deglución que aparece para compensar el sellado labial y evitar el escape del alimento fuera de la cavidad oral^{7,11}. También puede aparecer en individuos con biotipo facial dolicocefálico³.
3. **Sin contracción del masetero.** No es una característica anómala exclusiva en la deglución⁷ y para valorarlo es necesario el uso de un electromiógrafo (EMG en adelante) como se menciona en las investigaciones de López-Soto LM et al¹⁹ y López OP et al²⁵ y que serán mencionados con mayor detalle más adelante. No obstante, las personas con alteración en la mecánica deglutoria obtienen una puntuación menor que las de personas con deglución normal en lo relativo a la contracción de este músculo^{19,25}.
4. **Con contracción del mentoniano e interposición labial inferior.** Es característica en usuarios con maloclusión clase II de Angle con overjet y en los casos en los que el labio superior se sitúa por encima del tercio inferior de la arcada dentaria superior ya que, para que se produzca el sellado labial, compensan con la contracción de este músculo y la interposición del labio. También aparece cuando existe una contracción exagerada de la musculatura periorbicular^{3,6,7,11} y ante respiración oral u oronasal³.
5. **Con movimiento de cabeza.** Es una alteración en la masticación más que en la deglución y que aparece cuando el proceso de trituración y pulverización del alimento no ha sido completado haciendo que el bolo no sea homogéneo y forzando al usuario a mover la cabeza para favorecer el paso hacia vía digestiva^{3,6,7,11}.
6. **Con ruidos.** Se producen por un exceso de presión ejercida por la lengua contra el dorso del paladar duro durante el paso del bolo hacia la orofaringe. Aparece cuando el ápice lingual es hipotónico^{3,6,7,11} y ante un aumento del tercio inferior facial^{6,7}.
7. **Con presencia de residuos tras la deglución.** Aparece, comúnmente, por hipotonía del buccinador, pero también por disminución de la cantidad de saliva, alteración de la movilidad lingual o por falta de percepción del alimento^{3,6,7,11}.

Estas formas anómalas de mecánica deglutoria formarán parte del diagnóstico de atipia o adaptación en función de la causa responsable de ese patrón deglutorio.

5.5 Aspectos presentes ante una alteración deglutoria.

La dinámica deglutoria puede verse afectada por múltiples factores que, de manera directa o indirecta, han podido repercutir en su fisiología usual. Normalmente, en un individuo con alteraciones en la deglución, se pueden observar una o varias de las siguientes características:

a. Desequilibrio postural.

Si existe un equilibrio a nivel postural, también lo existirá a nivel de las funciones del sistema estomatognático. De la misma manera que, si ésta se encuentra alterada, las funciones de este sistema también pueden verse comprometidas^{12,15,26}. Normalmente, las alteraciones posturales afectan a la función respiratoria provocando la anteriorización y el descenso de la lengua en el interior de la cavidad oral y, con ello, también se ve afectada la deglución²⁶. Por esta razón resulta totalmente imprescindible que, a la hora de evaluar y valorar la deglución, se tenga en cuenta los aspectos respiratorios y corporales.

Teniendo en cuenta el estudio de Sousa V et al²⁶ en lo referido a las implicaciones de la respiración oral y las alteraciones en la deglución sobre la postura corporal, se demostró que existe una relación directa entre las tres funciones. La respiración oral provoca en el individuo la anteriorización cefálica con la finalidad de favorecer el paso de aire a través de la orofaringe y, a su vez, la lengua altera su posición colocándose en la parte baja de la cavidad oral persiguiendo el mismo objetivo. La modificación de la posición lingual dará lugar a una alteración en la mecánica deglutoria oral. Por tanto, se confirma la existencia de una interrelación entre funciones de manera que, si una se ve afectada, el resto también lo estarán.

Diagrama 1. Relación entre las funciones de respiración, postura y deglución.



Fuente: elaboración propia

Entre los resultados que obtuvieron estos autores se destaca que aquellos usuarios con respiración nasal presentaban una deglución normal, mientras que los respiradores orales mostraban una alteración en la mecánica deglutoria y, por tanto, deglución adaptada. Además, en estos últimos se observó una alteración postural caracterizada por la anteriorización de la cabeza, inclinación de la misma hacia la izquierda y elevación del hombro derecho.

Por otro lado, Segovia D¹⁶ recoge la extensión craneal con lordosis cervical y la proyección y flexión cefálica anterior como las principales adaptaciones posturales a la respiración oral.

b. Alteraciones en la masticación.

Podría considerarse como una función complementaria a la deglución y su correcta mecánica es imprescindible para la formación homogénea del bolo alimenticio. Un indicio que señala que esta función no está llevándose a cabo de forma correcta es la presencia de residuos tras la deglución^{3,6,7,11}.

Como mencionan Susanibar F et al³, la masticación bilateral alternada es el patrón maduro y correcto de esta función. Cuando este patrón se desvía y se observa una masticación unilateral, bilateral simultánea, sin cierre labial, con ruidos, con exagerada participación de la musculatura periorbicular y mentoniana, rápida, lenta o con movimientos temporomandibulares limitados; se dice que esta función está alterada. Son numerosas las causas responsables de esta alteración mencionándose, entre muchas otras, el desequilibrio oclusal, la hipofunción de la musculatura participante, la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) y la falta de propiocepción. Además, en el *Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines*³ se menciona que el uso de aparato ortodóncico fijo, las alteraciones del frenillo lingual, el desequilibrio cervical y corporal, así como la respiración oral u oronasal también se enmarcan como posibles causas de afectación de la dinámica masticatoria. Existe especial relación entre las funciones de respiración y masticación, de tal manera que la respiración oral interfiere negativamente sobre la masticación en tanto que tiempo masticatorio, residuos en la cavidad oral, postura de los labios y ruido durante la masticación.

Diagrama 2. Relación entre las funciones de respiración, postura, deglución y masticación.



Fuente: elaboración propia.

c. Biotipo facial y maloclusiones dentarias.

El biotipo facial aporta información sobre las dimensiones faciales de un individuo. Este biotipo facial puede favorecer, en mayor o menor medida, la aparición de determinadas

alteraciones estructurales y funcionales a nivel orofacial, fundamentalmente ligadas con la aparición de anomalías en la oclusión³.

Según su biotipo facial, los individuos se clasifican en braquifacial, mesofacial y dolicofacial. El perfil braquifacial se caracteriza por el crecimiento facial horizontal y puede favorecer la presencia de maloclusión clase II división 2 de Angle. El crecimiento vertical de la cara es característico de personas con un biotipo dolicocefálico, pudiéndose presentar maloclusiones clase II división 1 o clase III. Finalmente, los usuarios con un biotipo mesofacial, presentan un crecimiento normal de la cara y equilibrado en sus tres porciones, pudiéndose observar oclusión clase I³.

López OP et al²⁵ buscaron la conexión entre la relación molar y la presencia de alteraciones en la deglución y descubrieron que los individuos con maloclusión clase II y clase III son más propensos a presentar alteraciones en esta función. Llegan a la conclusión de que ante un desequilibrio oclusal, las estructuras participantes buscan variaciones compensatorias para adaptarse a la alteración y para conservar la eficiencia e integridad estructural y funcional del sistema. Por otro lado, Sousa V et al²⁶ verificó el predominio de maloclusión clase II de Angle en usuarios con alteraciones de la respiración y la deglución. Esto demuestra que la mecánica deglutoria necesita de cierta estabilidad oclusal para poder realizarse correctamente.

d. Movilidad, tono y fuerza de la musculatura implicada.

Ante una alteración de una de las funciones del sistema estomatognático, es común encontrarse con niveles de tono, movilidad y fuerza muscular desequilibrados. Esto es así porque las estructuras participantes se adaptan a la forma y función presentes produciendo esa descompensación muscular y, por ende, explica las puntuaciones anómalas registradas en la evaluación.

De Andrada MAS et al²¹ llevaron a cabo un estudio sobre la postura, el tono y la movilidad de los labios y lengua en usuarios respiradores orales. Los resultados que obtuvieron demostraron que, en la mayoría de los usuarios, los labios se mantenían entreabiertos, con un tono hipotónico en el labio inferior, pero normal en el superior al igual que la movilidad. En cuanto a la lengua, ésta se ubicaba en el suelo de la boca con un tono disminuido y una movilidad normal. Como se ha visto en los apartados anteriores y como se verá en el apartado referente a la respiración oral, una alteración en cualquiera de las funciones de este sistema puede repercutir sobre las demás.

Por otro lado, en el estudio de López-Soto LM et al¹⁹ se valoró la actividad y fuerza muscular en usuarios con y sin competencia labial y con alteración en la mecánica deglutoria frente a un grupo de control. Utilizaron el análisis myoscan, el electromiógrafo y el dinamómetro para

obtener datos cuantificables. Evidenciaron que los usuarios con alteración deglutoria registraron una amplitud menor a la del grupo de control en ambos maseteros, orbicular y mentoniano. Además, mostraron una disminución en las fuerzas de comprensión y resistencia del orbicular, contráctil de los maseteros y de resistencia a la tracción lingual. Los individuos con incompetencia labial registraron una actividad alta en la contracción del orbicular en comparación con el grupo de control y con aquellos con competencia labial.

En una deglución normal, no existe contracción de la musculatura orbicular ni mentoniana, de manera que la presencia de participación de esta musculatura durante la dinámica deglutoria ha de considerarse como una alteración^{3,6,7,11}.

Marchesan IQ⁷ dice que la contracción de la musculatura elevadora se evidencia durante el posicionamiento de la lengua contra el paladar y la preparación de la misma para propulsar el bolo hacia la orofaringe. Es entonces cuando esta musculatura se relaja y se presencia la contracción del vientre anterior del digástrico, concomitante al movimiento ondulatorio de la lengua, responsable de realizar la deglución propiamente dicha. Esta autora no es la única que defiende que en el momento exacto de la deglución no existe contracción de la musculatura elevadora y que, durante su dinámica, la mayor o menor contracción de la misma dependerá de las características del alimento, siendo los sólidos los que mayor contracción provocan junto al aumento del volumen introducido en la boca^{3,7}.

e. Malos hábitos orales.

Un mal hábito oral es una conducta consciente, repetida frecuentemente, que interviene en el equilibrio neuromuscular y que altera el crecimiento y desarrollo normal del complejo maxilofacial causando alteraciones estructurales, funcionales y estéticas³. En el *Tratado de Evaluación de Motricidad orofacial y áreas afines*³, se establece la siguiente clasificación de malos hábitos:

- i. **Por interposición.** A su vez dividido en interposición:
 - **Lingual**, pudiendo ser anterior o lateral y observándose en reposo y tareas de articulación y deglución. Puede aparecer tanto en usuarios con alteraciones dentomaxilares como sin ellas. En el estudio de Delgado Y et al¹¹ se obtuvieron, como resultados, que la interposición lingual es observable en más de la mitad de los usuarios con succión digital, respiración oral, disfunción labial, mordida abierta anterior y superior y succión de chupete, ordenados de mayor a menor prevalencia. Además, anotaron que la interposición lingual es más frecuente en el grupo etario de 6 a 11 años, probablemente marcado por ese periodo de transición entre la deglución infantil y la adulta y la presencia de una dentición mixta.

- **Labial**, preferentemente el inferior. Favorece la retrusión de los incisivos inferiores y la protrusión de los superiores, además de provocar heridas alrededor del bermellón del labio por continuo contacto con la saliva y las piezas dentarias.
- **De objetos**, imitando tanto la acción que se lleva a cabo durante la succión digital, como las consecuencias y dependerán del tamaño y forma del objeto llevado a la boca. Hasta aproximadamente los 3 años, se considera un hábito fisiológico normal de exploración.

Los hábitos de interposición labial y de objetos también pueden explicarse por el hábito de succión, ya que es la forma más frecuente en que se presentan.

- ii. **Por succión.** Fisiológicamente, es la forma en la que se alimentan los bebés durante los primeros meses de vida hasta que, progresivamente, es remplazada por la masticación y deglución. Cuando se mantiene sin motivo aparente y sin perseguir la función de alimentación, es cuando se considera un hábito oral nocivo. La succión digital, labial, de chupete, biberón y otros objetos son las formas de aparición más frecuentes. Provocan un posicionamiento lingual en el suelo de la boca y un desequilibrio muscular entre maxilares. Si bien en el estudio de Delgado Y et al¹¹ se evidenció la succión digital como el hábito oral más observable en edades tempranas, en la investigación de Barreto MA et al²⁷ se observó que es el hábito con menor prevalencia en usuarios de entre 21 y 25 años. Por tanto, puede considerarse como una costumbre que aparece durante la infancia y que, paulatinamente, va desapareciendo.
- iii. **Onicofagia.** Es el hábito de morderse las uñas. Provoca mayor repercusión a nivel temporomandibular al anteriorizarse el maxilar inferior para realizar los movimientos de morder y arrancar. El estudio de Pereira TS et al⁸ demostró que la onicofagia es uno de los hábitos orales más persistentes presentes en usuarios con alteraciones en las estructuras y funciones del sistema estomatognático. Por otro lado, Barreto MA et al²⁷ comprobaron la presencia de este mal hábito oral previo al tratamiento ortodóncico y su desaparición tras finalizar con el mismo.
- iv. **Respiración oral.** Si se debe a obstrucciones nasales o faríngeas, se dice que es una alteración orgánica¹⁵. Por el contrario, se considera un mal hábito oral cuando un usuario sin alteraciones orgánicas ni mecánicas lleva a cabo este patrón respiratorio³. Para ser considerada como tal, tiene que prevalecer durante al menos 6 meses²⁶. Es el hábito más dañino para el sistema estomatognático. Los respiradores orales, por lo general, suelen presentar las siguientes características: falta de cierre labial, labio superior corto e inferior evertido y reseco, lengua descendida, anteposición cefálica y

de hombros, aumento de la curvatura dorsal superior y lumbar, escápulas aladas, pecho hundido, abdomen prominente, pie plano. Suelen sufrir frecuentes enfermedades respiratorias³. Este mal hábito, persistente en el tiempo, favorece la aparición de alteraciones en otras áreas del sistema estomatognático^{3, 15,21,27}.

Todas las alteraciones hasta aquí descritas pueden ser observadas en usuarios con alteración en la mecánica deglutoria oral y acompañarán, en su mayoría, el diagnóstico de deglución adaptada.

5.6 Evaluación de la mecánica oral deglutoria.

La evaluación debe contemplar las distintas estructuras y funciones que forman el sistema estomatognático y no basarse única y exclusivamente en la presencia de una alteración en la posición lingual como síntoma principal^{7,12}. Tanto las estructuras como las funciones orofaciales deben ser analizadas e interpretadas de manera conjunta mediante la recogida de datos en la entrevista e informes de otros profesionales, la observación del usuario en tareas activas y pasivas y la evaluación subjetiva y objetiva.

Siguiendo a Susanibar et al³ y Bartuilli M et al⁴ inicialmente, se debe tener un primer contacto con el paciente y la familia donde, además de registrar los primeros datos relevantes sobre la alteración presente, se observa la conducta de la persona afectada. El aporte de informes realizados por otros profesionales ayudará al logopeda a cumplimentar el suyo y a precisar el diagnóstico⁷.

Posteriormente, se realiza un examen clínico subjetivo en el que se explora la postura corporal, la forma y función de las estructuras extra e intraorales, así como las funciones del sistema estomatognático¹². Para complementar y ampliar la información, se pueden emplear técnicas como la de Payne o palatografía, la prueba de Glatzel, la prueba de Rosenthal, la búsqueda del reflejo narinario de Godin y pruebas de somestesia intra y extraoral³⁻⁵. Es importante efectuar un registro fotográfico y videográfico de las estructuras y funciones observadas¹⁵.

Si es posible, se procede a realizar la evaluación objetiva donde muchos de los datos obtenidos a través de la observación se confirman. La electromiografía, la videofluoroscopia, el análisis radiográfico o la ultrasonografía son algunos métodos no invasivos que pueden usarse¹¹. López-Soto LM et al¹⁹ incluyen, además, el dinamómetro y el análisis myoscan.

La **postura corporal** se valora observando al usuario en bipedestación frente a una pared y se observa el eje corporal en los planos anterior, posterior y sagital. Es importante anotar datos sobre la posición cefálica y los hombros, así como recoger muestras fotográficas^{3,15,21,22}.

En la **masticación** es importante conocer la duración, el número de ciclos masticatorios y el tiempo dedicado a morder, triturar y pulverizar el alimento; teniendo siempre en cuenta que los resultados dependerán de la consistencia del alimento y de la condición oclusal del usuario. También es importante comprobar si la masticación es uni o bilateral; la posición de los labios; si se presencian o no ruidos; si hay o no ingestión de líquidos durante las comidas; dolor, molestia o dificultades en la masticación y escape de alimento durante la misma, así como la velocidad con la que se desarrolla. Se evaluará conjuntamente con la **deglución** tomando un registro fotográfico y videográfico en tareas de deglución con saliva, líquido y un alimento sólido^{3,15,21,22}.

El **biotipo facial** se observa en la exploración facial, al igual que las **maloclusiones** que pueden clasificarse, en un primer momento, de manera visual. Se emplean los protocolos PEMO y MBGR y se acompañan con la medición de diferentes distancias faciales a través de un calibrador Vernier electrónico digital³. No obstante, en este último aspecto conviene obtener informes realizados por el odontólogo y/u ortodoncista.

La postura, simetría, movilidad, forma y fuerza de las **estructuras orales** tanto internas como externas son datos que pueden conseguirse mediante la observación, palpación y realización de movimientos específicos acompañados de un registro fotográfico y videográfico^{3,21,22}.

Tal y como se menciona en el manual *Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines* de Susanibar F et al³, es necesaria una evaluación interdisciplinar para la valoración de los **malos hábitos orales**. Esta información se obtiene, fundamentalmente, en la entrevista con el usuario y su familia. Conviene conocer la frecuencia, duración, intensidad, momento del día en que se aprecia y, si es posible, conocer la causa por la que aparece.

Para el registro de la información obtenida de esta evaluación, los protocolos más comúnmente empleados son:

1. *Protocolo de Evaluación en Motricidad Orofacial (PEMO en adelante)* de Susanibar F, et al³ en su versión extensa o breve.
2. *Evaluación miofuncional orofacial – Protocolo MBGR* de Genaro KF et al^{3,21,22}.

Siempre se pueden adaptar y crear protocolos nuevos a partir de los ya existentes con los apartados que le interesen a cada profesional. Además, no siempre es necesario aplicarlos en su totalidad, hay ítems que pueden ser excluidos. Todo dependerá de las características de cada usuario y del criterio de cada profesional.

6. APLICACIÓN PRÁCTICA A UN CASO REAL

A continuación, se detalla toda la información relativa al caso clínico estudiado, exponiendo los datos más relevantes tanto de la historia clínica como de los recogidos en la evaluación.

6.1 Historia clínica.

Joven de 20 años de edad con alteración en la mecánica deglutoria oral. Es de procedencia española y reside en la capital de Valladolid.

En su historial del desarrollo no existen antecedentes pre ni perinatales. Su desarrollo motriz fue normal, así como el tiempo de inicio y extensión de la lactancia materna y el biberón. No tuvo problemas para el inicio de ingesta de papillas ni sólidos. En el momento actual, considera comer bien y la carne, pasta y legumbres son los alimentos más frecuentes de su alimentación diaria.

Normalmente, existen dos ambientes donde se lleva a cabo el periodo de alimentación: en el comedor si está solo o en la cocina si está acompañado y, por lo general, siempre de adultos. Cuando come solo, se distrae con la televisión o el móvil, pero si está acompañado no se dan estímulos distractores. Considera que su masticación es rápida en algunas ocasiones y con pocos ciclos masticatorios. Intenta que sea siempre bilateral. Mastica con la boca cerrada y de manera silente y, ocasionalmente, solicita líquidos durante este proceso. Sí quedan residuos en la parte central y lateral de la cavidad oral tras la deglución. No tiene dolor ni molestias en la articulación temporomandibular (ATM en adelante).

En cuanto a la deglución, el usuario no refiere dolor, babeo ni reflujo nasal. Tampoco es ruidosa. Sin embargo, sí refiere y se observa un esfuerzo para deglutir y, ocasionalmente, se atraganta y aparece tos. La propulsión del alimento está acompañada de protrusión lingual interdental, movimiento anterior de cabeza y, muy rara vez, de cierre de ojos.

En lo referido al sueño, el usuario suele dormir, aproximadamente, seis horas y media diarias. Refiere que suele despertarse agitado ocasionalmente, con señales de babeo y con la boca seca, problema que solventa con la ingestión de líquidos. Durante el sueño respira fuerte, ronca, aunque es mínimamente audible y alguna vez presenta apnea respiratoria.

Suele sufrir resfriados y catarros muy frecuentemente. No padece ni ha padecido de asma, rinitis, alergias ni otras enfermedades respiratorias. Tampoco presenta bruxismo ni hábitos orales de succión, pero sí de interposición lingual, onicofagia y respiración oral.

Anteriormente, ha recibido terapia logopédica, ortodóncica, fisioterapéutica, de traumatología, de médico rehabilitador y digestivo. Acudió al profesional de logopedia

durante el periodo de 2º de Infantil por presentar trastorno del habla en el fonema /r/. Por otro lado, fue portador de aparato ortodóncico fijo (brackets) durante dos años por presentar giros en los molares y ligeros apiñamientos. Las terapias de fisioterapia, traumatología y de médico rehabilitador fueron por la presencia de subluxación de hombro derecho, lesión que apareció desde que era un niño y que no fue remediada quirúrgicamente hasta los 18 años. La asistencia al médico digestivo fue ocasionada por molestias estomacales. En la actualidad, persiste la alteración a nivel deglutorio, la respiración oral y el desequilibrio postural. Rara vez padece molestias digestivas.

Realiza deporte tres veces a la semana: dos sesiones de ninjutsu y una de tenis. Gracias al primer deporte, está aprendiendo a respirar de forma nasal y abdominal, cambiando su hábito de respirador exclusivamente oral a oronasal, aportándole así beneficios positivos.

6.2 Evaluación logopédica.

Previa a la exploración clínica, el usuario aceptó participar en el estudio y rellenó un consentimiento confirmando así su colaboración. Este informe está incluido en [anexos 1](#).

El proceso de evaluación logopédica se ha realizado en tres sesiones diferentes:

1ª sesión: confirmación de la participación del usuario en el estudio y firma del consentimiento informado. Primera recogida de datos con la entrevista inicial y la cumplimentación del cuestionario *NOSE-e*¹⁶, traducido al castellano. De manera transversal, se observó su actitud en tareas de respiración y la presencia de hábitos orales nocivos como onicofagia.

2ª sesión: exploración clínica miofuncional y orofacial utilizando el *PEMO*³ y registro de los datos observados. Toma de fotografías de las estructuras orofaciales y postura corporal, así como de vídeos en tareas de movilidad orofacial y de deglución de saliva, líquidos y sólidos.

3ª sesión: registro de los últimos datos de la exploración clínica que no pudieron realizarse en sesiones anteriores por falta de herramientas para completarlo como el calibrador Vernier electrónico digital o pie de rey. Aplicación de la prueba de Rosenthal^{17,18} y de las técnicas de Payne^{3,9,17,19} y del espejo de Gatzel^{3,15,17,20}, ambas con adaptaciones.

Una vez finalizada la evaluación y recogidos e interpretados todos los datos, tuvo lugar una **4ª sesión** en la que se le proporcionó un feedback informativo del proceso llevado a cabo, de los resultados obtenidos y de la importancia de modificar determinados hábitos y los beneficios que esto le supondría.

El proceso de evaluación logopédica se llevó a cabo con el usuario en sedestación, salvo en los momentos de observación del eje corporal, mientras que la evaluadora se colocó frente a él para realizar las preguntas, o bien a su lado en los momentos de exploración directa de estructuras del sistema orofacial. Para la grabación de fotografías y vídeos se utilizó un trípode y la cámara de un teléfono móvil.

Aunque los datos de la evaluación fueron recogidos, inicialmente, con el *PEMO*³, más adelante se descubrió la existencia del *Protocolo MBGR*^{3,21,22} que es prácticamente idéntico al anterior, pero cuantifica cada apartado de exploración proporcionando un valor numérico: cuanto menor sea la puntuación, mejor es el resultado; esto es, a puntuaciones bajas, mejor es la forma y función de las estructuras del sistema estomatognático. Si bien la obtención de un valor numérico para cuantificar la exploración es una característica destacable de este protocolo, del *PEMO* cabe resaltar que proporciona un apartado de historia clínica donde se anotan los datos personales y la historia del desarrollo del usuario a evaluar. Además, contempla algunas estructuras orofaciales de manera más detallada que el protocolo anterior. Por esta razón, se ha decidido combinar ambas pruebas en un único protocolo con la finalidad de aprovechar los puntos fuertes de cada una y, por tanto, optimizar el registro y la exploración clínica.

La unificación de los dos protocolos anteriores se ha complementado con un apartado, también elaborado personalmente, en relación a la recogida de datos sobre la presencia o ausencia de hábitos orales nocivos, aspecto que no recogían las pruebas anteriores.

La prueba finalmente adaptada ha sido completada y aplicada casi en su totalidad. El apartado de evaluación del habla ha sido descartado por no ser objeto de este estudio y por no observarse, en el usuario, ninguna alteración en esta área. Los datos y observaciones recogidas en el resto de apartados pueden consultarse en [anexos](#)².

En la **primera sesión** tuvo lugar la entrevista en la cual se recogieron datos relativos a los antecedentes personales del usuario, de la historia del desarrollo del mismo e información actual sobre los hábitos de deglución, respiración y sueño completando así la primera hoja de registro del *PEMO*³, cuyos datos luego serían trasladados al protocolo unificado. Con esta información se ha elaborado la historia clínica descrita en el apartado anterior. Posteriormente, se le proporcionó tiempo para cumplimentar la escala *NOSE-e*¹⁶, un cuestionario de cinco ítems a través de los cuales el usuario cuantifica, a su criterio, el grado de afectación en un rango del 0 al 4 siendo 0 ningún problema y 4 un problema severo. La suma total de los cinco ítems puede abarcar los valores comprendidos entre 0 y 20, siendo 0 la puntuación mínima (ningún problema) y 20 la máxima (problema severo). El contestado por el participante se incluye en [anexos](#)³. La puntuación final obtenida por el usuario suma un total de 11 puntos sobre 20 lo que refleja un problema moderado de obstrucción nasal.

En la **segunda sesión** se procedió a la aplicación del resto del *PEMO*³ y se tomaron fotografías y vídeos de las estructuras orofaciales y su movilidad, la postura corporal y la deglución de saliva, líquido y sólido. Los datos registrados se detallan a continuación:

1. La postura corporal se evaluó con el usuario descalzo, sin camiseta y en posición de bipedestación frente a una pared. Se observó el eje corporal en los planos anterior, posterior y sagital y se tomaron fotografías para el posterior análisis. En los planos sagital derecho e izquierdo se observa una ligera anteriorización en flexión de la cabeza e inclinación de la misma hacia la derecha, así como una ligera cifosis a nivel dorsal. En los planos anterior y posterior se contempla que los hombros no están a la misma altura, quedando el izquierdo más elevado. No se distinguen escápulas aladas. Piernas normales y ausencia de pies planos.
2. A nivel facial extraoral, el usuario presenta un biotipo facial braquicefálico. Existe una ligera asimetría facial a nivel de mejillas, siendo la derecha de mayor volumen. El aspecto y simetría de las orejas y nariz es adecuado. En los ojos, resalta la mirada somnolienta y las ojeras, cumpliendo así con el patrón característico del respirador oral. Los labios están ligeramente engrosados acorde a sus características físicas y biotipo, siendo el superior más corto que el inferior, estando entreabiertos en reposo y resecos. El músculo mentoniano es normofuncionante y la postura mandibular habitual es deprimida por estar, la mayor parte del tiempo, la boca entreabierta.
3. A nivel facial intraoral, la posición lingual habitual en reposo es en el suelo de la boca, salvo en las tareas de deglución que se posiciona entre las arcadas dentarias. Presenta simetría, aspecto y tamaño adecuado, tanto la lengua como el ápice y el frenillo lingual. El paladar duro y blando también presentan un aspecto y tamaño adecuados. En la apertura bucal máxima, se logra ver el paladar duro y blando, la porción superior de las amígdalas y la base de la úvula apreciándose un grado III en la escala de Mallampati. Sí están presentes las tonsilas palatinas y, aunque es difícil esclarecer su tamaño y coloración, puede apreciarse cierto volumen amigdalino. En cuanto a los dientes, su presencia y aspecto es adecuado y presenta normoclusión.
4. En lo relativo a las funciones del sistema estomatognático, cabe destacar lo siguiente:
 - a. El patrón respiratorio habitual es oral y torácico superior, siendo capaz de realizar, voluntaria y conscientemente, la respiración nasal y costo-diafragmática. Es silente durante el día y audible durante el sueño.
 - b. Las funciones de masticación y deglución fueron evaluadas conjuntamente. Se empleó una galleta. En cuanto a la primera función, la apertura bucal y la cantidad de alimento llevado a la boca es adecuada. La incisión es anterior y tanto la trituración como la pulverización son adecuadas, realizadas con los

molares y de forma silente, existiendo movimientos rotatorios mandibulares y cierto balance bilateral, aunque predomina el lado derecho. El buccinador es la estructura más hipotónica de todo el complejo muscular participante.

- c. Durante las tareas de deglución no se observó incontinencia salivar. Se empleó una galleta para la deglución de sólidos y agua para la de líquidos.
 - i. Tanto la deglución de saliva como de sólidos, cuando no está siendo grabado, se realiza con posición lingual interdental y movimiento anterior de cabeza, siendo los músculos cervicales hiperfuncionantes durante la acción. Sin embargo, durante la grabación manifiesta otra mecánica deglutoria diferente a la habitual en la no se observa la lengua en posición interdental, pero se intuye que se ubica en el suelo de la boca por la hiperfunción de la musculatura periorbicular y mentoniana evitando así el escape del contenido de la cavidad oral. Además, cierra los ojos en señal de esfuerzo. No refiere odinofagia y tampoco se observa reflujo nasal ni ruidos, pero sí residuos tras la deglución.
 - ii. En la deglución de líquidos, realiza la misma dinámica que cuando no está siendo grabado. Lo ingiere de manera continua, sin fragmentaciones y observándose únicamente en la última deglución de agua esa posición lingual interdental. No refiere odinofagia ni se registran ruidos o reflujo nasal durante la acción.
5. Los hábitos orales nocivos observados en el usuario son la interposición lingual entre arcadas dentarias, la onicofagia y la respiración oral. El primero aparece únicamente en los momentos de deglución y el tercero es un hábito constante y mantenido diariamente. En menor frecuencia aparece el segundo mal hábito que se da, según refiere el usuario, momentáneamente a lo largo del día y que suele extender aproximadamente 10 minutos. Además, añade que, en el caso de no tener uñas, se muerde las cutículas de alrededor, pero muy rara vez.

En la **tercera sesión** se terminó por anotar las medidas de los tercios faciales que no pudo realizarse en la sesión anterior por no disponer del instrumento necesario para efectuarlas. Además, se aplicaron diferentes pruebas que permiten valorar la respiración y la posición lingual y que son las siguientes:

1. La prueba de Rosenthal^{17,18} permite conocer, de manera subjetiva, la presencia o ausencia de obstrucción nasofaríngea. Consiste en realizar 20 ciclos respiratorios, primero con ambas narinas y después cada una por separado, obstruyendo la otra con una pinza nasal o el dedo. Si el usuario presenta alguna obstrucción nasofaríngea, abrirá la boca antes de finalizar los 20 ciclos al mismo tiempo que aumenta la frecuencia del pulso y la respiración. Se realizó con el paciente en sedestación y se

siguió el orden indicado anteriormente. Es capaz de mantener la respiración nasal durante 20 ciclos con ambas narinas y con la narina izquierda, pero no con la derecha. En este último caso, se realizaron dos intentos: en el primero mantuvo 5 ciclos respiratorios y en el segundo 10, notando cierta sensación de ahogo en esta última parte de la prueba. Refiere que se ve con capacidad para respirar a través de la nariz, pero que no lo hace por hábito al modo oral y por la percepción mayor de aire a través de la cavidad oral.

2. Adaptación de la técnica de Payne^{3,9,17,19}, también conocida como palatografía, permite conocer la posición del ápice lingual en la deglución al detectar los puntos de contacto de esta contra las estructuras del interior de la boca. En el ámbito clínico, se realiza con fluoresceína y una luz negra. Sin embargo, para este estudio no se ha podido contar con el material oportuno, por lo que ha sido sustituido por otro menos costoso y de más fácil adquisición, aunque también de menor fiabilidad: cacao en polvo. Se ha colocado, con ayuda de una cuchara, una cantidad pequeña sobre el ápice lingual y se le ha pedido deglutir saliva como él lo hace de manera habitual. El proceso ha sido grabado en vídeo y se observó cómo el ápice contactó con las rugas palatinas. Sin embargo, no corresponde con la realidad de lo que realiza habitualmente.
3. Adaptación de la prueba de Glatzel^{3,15,17,20}. Esta permite conocer el grado de permeabilidad nasal con ayuda de un espejo sobre el que están grabados una serie de semicírculos concéntricos colocados a 1 centímetro de distancia. No se ha podido utilizar el espejo original para su aplicación, sino que se ha adaptado la prueba empleando un espejo normal sin marcas ni figuras grabadas. Éste ha sido colocado bajo las fosas nasales del usuario mientras mantenía su patrón respiratorio habitual y no se ha empañado en ningún momento.

6.3 Evaluación otorrinolaringológica.

Tras la evaluación logopédica, se procedió a la valoración e impresión diagnóstica desde el punto de vista logopédico resaltando dos posibles hipótesis explicadas detalladamente en el apartado de resultados. Una de las hipótesis planteadas fue contrastada mediante un examen ORL que constó de las siguientes exploraciones:

1. Orofaringoscopia.
2. Exploración del tamaño de las amígdalas palatinas.
3. Fibroscopia.
4. Prueba de deglución con gelatina.

En las dos primeras exploraciones se tomaron fotografías de la cavidad orofacial, mientras que las dos últimas fueron grabadas en vídeo.

7. RESULTADOS

Deglución atípica y deglución adaptada son dos patologías diferentes, al igual que el tratamiento que es llevado a cabo en ambas situaciones. Ante una deglución atípica, el objetivo del logopeda es reeducar la posición inadecuada de estructuras de la cavidad oral y que, por lo general, suele ser la posición y movilidad lingual anómala en ausencia de una alteración estructural o funcional. Por el contrario, ante una deglución adaptada, el objetivo es descubrir e incidir sobre la alteración estructural o funcional concomitante responsable de ese patrón deglutorio incorrecto y, con la reeducación de la misma, reestablecer el equilibrio en la función de deglución^{2,3,7,12,18}.

Por lo tanto, una persona presentará deglución adaptada cuando, ante una alteración estructural o funcional del sistema estomatognático, tenga que adaptar su dinámica deglutoria a la alteración presente, esto es, la alteración en la mecánica deglutoria es fruto de una adaptación a las alteraciones adyacentes que impiden un patrón deglutorio normal. De ahí a que reciba el nombre de **deglución adaptada**. Por el contrario, cuando un usuario realiza un patrón deglutorio fuera de lo establecido por la norma y sin la presencia de una alteración estructural o funcional que lo justifique, se dice que es atípico y, por eso, se define como **deglución atípica**.

Esta reciente distinción terminológica es aún desconocida por muchos de los profesionales dedicados a esta área de intervención. Por ello, con el fin de clarificar ambas alteraciones, favorecer su comprensión y promover su divulgación, en la Tabla 1 se hace un compendio comparativo de los aspectos más relevantes de cada patología de la mecánica oral deglutoria.

Tabla 1. Comparativa entre deglución atípica y adaptada.

Sintomatología aparente	Deglución atípica	Deglución adaptada
Alteración en la fase oral de la deglución.	✓	✓
Posición inadecuada de la lengua y/u otras estructuras.	✓	✓
Alteración en el tono, movilidad o propiocepción de las estructuras de la cavidad oral SIN alteración de la forma o función de las mismas.	✓	X
Alteración en el tono, movilidad o propiocepción de las estructuras de la cavidad oral CON alteración de la forma o función de las mismas.	X	✓
Alteración en la posición cefálica SIN alteración de la forma o función de las estructuras.	✓	X
Alteración en la posición cefálica CON alteración de la forma o función de las estructuras.	X	✓

Legenda: ✓ (presente); X (ausente).

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al estudio de caso, una vez llevada a cabo la exploración clínica y la interpretación de los resultados obtenidos, habiendo diferenciado previamente los conceptos referidos a patologías de la mecánica oral de la deglución mencionados en este estudio, se puede confirmar que el diagnóstico final del usuario es de **DEGLUCIÓN ADAPTADA** por presentar una alteración en la función de respiración y un desequilibrio postural, siendo ambas responsables de la anteriorización de la posición lingual observada en las tareas de respiración y deglución. Se pueden establecer dos posibles hipótesis que explican el porqué de la presencia de una alteración en la deglución de este usuario y que, junto a las actuaciones que personalmente seguiría en la práctica clínica como logopeda, son las siguientes:

1ª hipótesis basada en la interrelación entre postura, respiración y deglución^{15,16,26}. El inicio de la alteración comenzaría con el desequilibrio postural debido a la subluxación del hombro derecho y que se habría prolongado durante 20 años. Esta lesión ha provocado una inclinación del eje corporal hacia ese mismo lado, quedando el izquierdo más elevado y siendo, esta postura, la responsable de la anteriorización e inclinación cefálica hacia la derecha y hacia delante. Este patrón postural ha desencadenado, a lo largo de los años, una respiración oral que, para favorecer el paso de aire a través de la boca, ha modificado la posición lingual habitual ubicándose ésta en el suelo de la cavidad oral. Estos cambios han provocado una adaptación en la deglución presentándose ese patrón alterado descrito previamente. Aunque ya acudió al fisioterapeuta tras la operación quirúrgica de subluxación, debería continuar con la terapia para reestablecer el equilibrio corporal. El tratamiento logopédico debería coordinarse con el del fisioterapeuta e intervenir sobre la respiración y, con ello, devolver el equilibrio orofacial en la medida que sea posible.

2ª hipótesis basada en la relación directa entre la presencia de una obstrucción nasal y respiración oral^{15,16}. Durante la exploración a nivel intraoral, fueron visibles el paladar duro y blando, la base de la úvula y la porción superior de las amígdalas clasificándose en un grado III según la escala Mallampati. Resultó especialmente difícil la observación de las amígdalas al completo y, de lo poco que se consiguió observar y registrar, pudo considerarse que ocupan un espacio voluminoso. Además, la puntuación final del cuestionario *NOSE-e*¹⁶ fue de 11 sobre 20, reflejándose así cierta obstrucción nasofaríngea. Este volumen amigdalino obstruiría la orofaringe y la respiración nasal vería limitada su función, de manera que explicaría la causa por la que este usuario es respirador exclusivamente oral. Este patrón respiratorio provocaría, a su vez, el descenso lingual en el suelo de la boca favoreciendo así el paso del aire y, con ello, una modificación de la misma en tareas de alimentación dando lugar a una adaptación en la mecánica oral deglutoria. En este caso, el usuario debería acudir al especialista ORL y someterse a las pruebas de imagen correspondientes para confirmar o descartar esta

hipótesis. Si se confirma, deberá ser intervenido quirúrgicamente para extirpar o reducir el volumen amigdalino y devolver la función respiratoria en coordinación con el profesional de logopedia. El trabajo sobre esta función devolvería el equilibrio orofacial y, con ello, se corregiría la alteración deglutoria.

Independientemente de la hipótesis, no hay que olvidar que el desequilibrio orofacial se ha prolongado durante mucho tiempo, de manera que se ha convertido en un hábito adaptado mantenido y esto resulta mucho más complicado de rehabilitar.

La segunda hipótesis pudo ser comprobada y, en parte, verificada gracias a la colaboración de un médico ORL que realizó una exploración clínica intraoral más anatómica y profunda que la logopédica y a través de la cual se extrajeron datos concluyentes que permiten definir tanto el diagnóstico como la causa de las alteraciones funcionales presentes.

Tras la exploración ORL, se comprobó que el usuario presenta macroglosia siendo ésta la responsable de su posición habitual en el suelo de la boca y su contacto interdental en tareas de deglución, a la vez que ocluye el istmo de las fauces haciendo que presente un grado alto en la escala de Mallampati. Las amígdalas, aparentemente, son pequeñas, pero el polo inferior suma la obstrucción que provoca la lengua en la hipofaringe, siendo parcialmente obstruida y cerrando la entrada laríngea por el empuje lingual contra la epiglotis.

Además, se sospecha que sufra apnea del sueño, aspecto que debería ser explorado en mayor detalle para confirmar o descartar su presencia.

Estos datos permiten explicar tanto la respiración oral como la deglución adaptada, siendo la macroglosia responsable de la aparición de ambas alteraciones. Si el usuario intenta mantener una respiración nasal, con la boca cerrada y la lengua bien posicionada, aumentaría aún más el volumen lingual que empuja la epiglotis y cierra la entrada a las vías aéreas provocando, lo que él refiere en alguna ocasión, esa sensación de ahogo. Para solventarlo, lo sustituye por una respiración oral, ubicando la lengua en el suelo de la boca y ampliando así el tracto laríngeo, percibiendo mayor entrada de aire que a través de la nariz. Lo mismo ocurriría en tareas deglutorias, en las que la posición lingual interdental se realiza con el objetivo de ampliar el espacio orofaríngeo y llevar el alimento hacia el esófago, anteriorizando la cabeza y acompañándose del movimiento de la misma hacia delante para continuar ampliando este espacio.

La recomendación realizada por el ORL es que, si el usuario no está en su peso ideal, lo convendría, ya que esta pérdida de peso disminuiría el tamaño proporcional de la lengua en relación a la boca y al espacio del istmo de las fauces y, por tanto, la función respiratoria y deglutoria mejorarían. El pronóstico será favorable si sigue esta indicación.

8. DISCUSIÓN

En la actualidad, el concepto de deglución adaptada es aún desconocido por la gran mayoría de profesionales dedicados a la intervención de patologías deglutorias. Un alto porcentaje de diagnósticos etiquetados como “*deglución atípica*” son, en realidad, “*deglución adaptada*” y esto interfiere negativamente en la intervención del usuario afectado, ya que la reeducación se centra exclusivamente en la posición y movilidad lingual cuando la alteración deglutoria deriva de otras alteraciones a nivel funcional o estructural sobre las que puede no estar interviniéndose^{7,12}.

Es probable que en la intervención de usuarios con deglución adaptada resulte necesaria la coordinación del logopeda con otros profesionales como el fisioterapeuta, el médico ORL, ortodoncistas o cirujanos maxilofaciales para lograr restablecer la funcionalidad al sistema orofacial. Aquí entraría en juego la importancia de la coordinación y comunicación entre profesionales persiguiendo el objetivo de optimizar la evolución del paciente^{3,4,7,15,16}. Este aspecto se ha podido comprobar en el estudio de caso de este trabajo, ya que los datos proporcionados por el médico ORL han permitido esclarecer el diagnóstico y conocer cuál sería el plan de actuación y el pronóstico.

Por tanto, leído todo el contenido desarrollado hasta aquí, queda constancia de la importancia que tiene saber diferenciar entre una alteración y otra. Como ya se indicó anteriormente, no se trata de una batalla conceptual, sino más bien de una batalla por mejorar el proceso de intervención observando más allá de la tan característica posición lingual inadecuada y dedicando mayor tiempo a la exploración del resto de estructuras del sistema orofacial en busca de la causa que provoca esta posición lingual incorrecta y, por tanto, un patrón deglutorio alterado.

Con lo mencionado en los párrafos anteriores, se proponen, como futuras líneas de investigación a partir de este Trabajo de Fin de Grado, las siguientes:

1. Realizar un estudio estadístico que cuantifique el porcentaje de profesionales dedicados a la logopedia, trabajando en España o en una región concreta del país, que conocen la distinción terminológica y lo tienen en cuenta a la hora de intervenir en usuarios con alteración en la mecánica oral deglutoria.
2. Realizar un estudio exploratorio que recoja las actuaciones que llevan a cabo los logopedas de España o de una región concreta del país desde que reciben a un usuario con alteración en la mecánica oral de la deglución hasta que se le da el alta.
3. Realizar un estudio descriptivo y cuantitativo de las áreas profesionales externas a la logopedia que se coordinan con este profesional en la actuación de usuarios con alteraciones en la mecánica oral deglutoria.

9. CONCLUSIONES

Tras el tiempo dedicado a la realización de este trabajo y con todo lo desarrollado en los epígrafes anteriores, así como lo aplicado, tanto a nivel teórico como práctico, las conclusiones que se han podido extraer de este estudio son las siguientes:

1. Existe un número insuficiente de literatura que describe y detalla en profundidad las alteraciones que pueden producirse en la fase oral de la deglución. La mayoría de los trabajos encontrados están escritos en portugués y muchos han sido realizados por autores procedentes de países de Latinoamérica donde el campo de la motricidad orofacial y miofuncional está bastante más desarrollado que en España. Es más, apenas existen publicaciones realizadas por logopedas españoles en esta área de intervención.
2. La logopedia es una disciplina en constante renovación y actualización. Una prueba de ello es la actualización terminológica en las alteraciones de la mecánica oral deglutoria que se está produciendo en los últimos años y que persigue, como objetivo final, mejorar el proceso de evaluación e intervención y, por ende, optimizar la evolución del usuario afectado dentro de sus posibilidades.
3. La actualización y formulación de nuevos conceptos, teorías, técnicas y estrategias de intervención no tienen por qué entrar en conflicto con ninguna de sus predecesoras. Esta constante evolución no supone que los nuevos conocimientos sustituyan a los anteriores, sino que los complementen haciendo de las anteriores una versión mejorada, más actual, óptima y científicamente más comprobada¹⁴.
4. Ante alteraciones en la fase oral de la deglución, es fundamental realizar un buen examen clínico inicial evaluando todas las áreas del sistema estomatognático y evitando la anticipación de conclusiones. Una buena evaluación inicial y un diagnóstico acorde a las alteraciones presentes son claves para que la intervención que se lleve a cabo esté centrada en los problemas reales que presente el paciente.
5. Es importante dedicar el tiempo que sea necesario para realizar una evaluación completa y detallada, así como conocer los instrumentos utilizados para tal exploración. Es probable que sea necesario dedicar más de una sesión para obtener todos los datos necesarios que completen el informe de evaluación inicial.
6. En esta evaluación será necesario, en la mayoría de los casos, la coordinación con otros profesionales que puedan aportar, a través de las exploraciones pertinentes, información adicional a la ya obtenida por el logopeda sobre las alteraciones presentes

en el paciente. La comunicación y coordinación interdisciplinar denota gran importancia.

7. Finalmente, existen múltiples cuestionarios, pruebas y protocolos en los que fundamentar la evaluación clínica. El profesional debe seleccionar las herramientas que considere que mejor recojan datos de los diferentes apartados de exploración clínica, los más efectivos, dinámicos y actualizados. Es más, puede elaborar su propio protocolo inspirándose en otros ya existentes. Además, en ocasiones no es posible contar con los instrumentos precisos para evaluar determinados aspectos y, ante estos casos, el examinador debe ser hábil en la búsqueda de adaptaciones que le permitan conseguir los mismos resultados, pero con diferente material.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biografía mencionada en el texto:

- ¹ AELFA-IF: Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología [Internet]. Barcelona: AELFA-IF; c1960 [citado 1 jun 2019]. Qué es la fonoaudiología. Disponible en: <http://www.aelfa.org/logopedia2.asp?idc=16>
- ² Susanibar F, Parra D, Dioses A. Motricidad orofacial. Fundamentos basados en evidencias. Madrid: EOS; 2013.
- ³ Susanibar F, Marchesan I, Parra D, Dioses A. Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines. Madrid: EOS; 2014.
- ⁴ Bartuilli M, Cabrera PJ, Perrián MC. Guía de intervención logopédica. Terapia miofuncional. Madrid: Síntesis; 2010
- ⁵ Borrás S, Rosell V. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Valencia: Nau Llibres, 2005.
- ⁶ Salvador, A. Características de la masticación y deglución en niños con síndrome de Down de 8 a 10 años de una Institución Educativa Estatal de distrito de la Victoria [Internet]. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2018 [citado 27 Abr 2019]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/12912>
- ⁷ Marchesan IQ. Deglución - Diagnóstico y posibilidades terapéuticas. Rev. CEFAC [Internet]. 2017 [citado 27 Abr 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/20810687-Deglucion-diagnostico-y-posibilidades-terapeuticas-cefac-centro-de-especializacao-em-fonoaudiologia-clinica.html>
- ⁸ Pereira TS, de Oliveira F, de Almeida MC. Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis. CoDAS 2017;29(3):e20150301.
- ⁹ Pachón LE. Formulación de Criterios para Registrar Posición Lingual en Pacientes con Deglución Atípica Mediante Glumap. Rev. Areté. 2016;16(2):7-18.
- ¹⁰ Quezada G, Sierra F, Ursic N, Vásquez D. Características de la deglución en niños con síndrome de Down entre 2 y 5 años 11 meses de edad [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile – Facultad de Medicina; 2012 [citado 27 Abr 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115209>
- ¹¹ Álvarez W, Jara B, Lagos MF, Silva S, Veloso A. Patrones de deglución en un grupo de niños chilenos de 2, 3 y 4 años [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile – Facultad de Medicina; 2007 [citado 27 Abr 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/110671>
- ¹² Marchesan IQ, Junqueira P. Atipia ou Adaptação: ¿Como considerar os problemas da deglutição? IX Congresso Internacional de Odontología Do DF [Internet]; 2001 [citado 27 Abr 2019] Mar 21-24; Brasil. ABO-DF; 2002. Disponible en: http://www.ibemol.com.br/ciodf2001/cursos/irene/atipia_adaptacao.htm
- ¹³ Delgado Y, Díaz LA, González D, Alemán PC. Comportamiento epidemiológico de la interposición lingual en deglución en niños de 3 a 14 años. Congreso Internacional de Estomatología 2015; 2015 Nov 2-6; Cuba. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewPaper/139>
- ¹⁴ Martínez PC. El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & gestión. 2006;20:165-193.


- ¹⁵ Marchesan IQ. Evaluación y terapia de los problemas de la respiración. [Internet] Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 2016 [citado 27 Abr 2019]. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?q=revista+cefac+irene+marchesan+evaluacion+y+terapia+de+los+problemas+de+la+respiracion&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
- ¹⁶ Segovia D. Síndrome de insuficiencia ventilatoria de las vías aéreas superiores (respirador oral). Manejo clínico, ortodóncico e interdisciplinario. Rev. Chil. de Ortod. 2015;32(2):89-97.
- ¹⁷ AONS: Asociación Odontológica del Noroeste Santafesino [Internet]. Tucumán: AONS [citado 1 Jun 2019]. Respirador bucal. Disponible en: <http://www.aonsrafaela.com.ar/Sitio/VerNoticia.aspx?i=21>
- ¹⁸ Rutz MA, Cerecedo A. Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental. Rev. CAL. 2002;3:13-56.
- ¹⁹ López-Soto LM, López OP, Osorio-Forero A, Retrepo F, Tamayo-Orrego L. Muscle Activity and Muscle Strength in Atypical Swallowing. Rev. Salud Uninorte. 2017;33(3):273-284.
- ²⁰ Campo CX, Barreto MA, Benavidez MA. Concordancia entre la evaluación funcional de la deglución y la técnica de Payne en estudiantes universitarios. Rev. ARETÉ. 2013;13(1):152-157.
- ²¹ De Andrada MAS, Queroiz I, Piccolotto L, Schmidt R, Ribeiro R. Postura, tônus e mobilidade de lábios e língua de crianças respiradoras orais. Rev. CEFAC. 2012;14(5):853-860.
- ²² Genaro K, Berretin-Félix G, Beltrati MI, Marchesan IQ. Avaliação Miofuncional Orofacial – Protocolo MBGR. Rev. CEFAC. 2009;11(2):237-255.
- ²³ RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE [última actualización 21 Dic 2018] [citado 1 Jun 2019]. Concepto de atípico. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=4Fgg5fk>
- ²⁴ RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE [última actualización 21 Dic 2018] [citado 1 Jun 2019]. Concepto de adaptación. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=0hKXwtM>
- ²⁵ López OP, López LM, Osorio-Forero A, Restrepo F. Relación molar, actividad y fuerza muscular en escolares entre 7 y 12 años con deglución atípica. Rev. Cien. Salud. 2017;15(3):373-385.
- ²⁶ Sousa V, Paço M, Pinho T. Implicações da Respiração Oral e Deglutição Atípica na Postura Corporal. Rev. Nascer e Crescer. 2017;26(2):89-94.
- ²⁷ Barreto MA, Acosta E, Mamiam M, Illera L. Percepción sobre el comportamiento de los hábitos orales nocivos en usuarios con tratamiento de ortodoncia fija. Rev. Areté. 2013;13(1):24-31.


Biografía consultada no mencionada:

- ²⁸ Susanibar F, Santos R, Marchesan I. Língua presa, funções orofaciais prejudicadas. Rev. CEFAC. 2017;19 (1):1-4.
- ²⁹ Carmago D, Olaya ER, Torres EA. Teorías del crecimiento craneofacial: una revisión de literatura. Rev. UstaSalud. 2017;16:78-88
- ³⁰ Yujra RC, Yujra LP. Crecimiento y desarrollo craneofacial. Rev. Act. Clin. Med. 2012;20:991-996.

11. ANEXOS

¹ Consentimiento de aceptación de la partición del usuario en este Trabajo de Fin de Grado.


UNIVERSIDAD DE VALLADOLID


LOGOPEDIA

Estudio: Trabajo de Fin de Grado
“¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
Con DNI/Pasaporte nº _____


Declaro que:

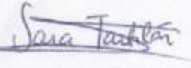
- He recibido información suficiente y adecuada sobre las características del estudio de Sara Tartilán Salvador, con DNI _____
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
- He decidido participar voluntariamente en el estudio.
- Se me ha informado con claridad de que mis datos personales y clínicos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la normativa vigente de protección de datos.


Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin estar obligado a dar explicaciones sobre el motivo.
- Sin que ello afecte a la atención que recibo.

En Valladolid a 14 de noviembre del 2018


Firma paciente


Firma estudiante


Vº Bº Centro

Trabajo de Fin de Grado de la Titulación de Logopedia. Universidad de Valladolid.
Realizado por **Sara Tartilán Salvador**, estudiante de Logopedia.
Tutora: **Patricia Murciego Rubio**.
Área de Geriatría, Oftalmología, Otorrinolaringología y Facultad de Medicina.
Dpto Neurología

² Cuestionario NOSE-e contestado por el usuario participante de este Trabajo de Fin de Grado.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS
DE LA OBSTRUCCIÓN NASAL (NOSE-e)

Nombre y apellidos:

Fecha: 14/11/2018

Por favor, ayúdenos a entender mejor el impacto de la obstrucción nasal en su calidad de vida complementando la siguiente encuesta. ¡Gracias!

Durante el mes pasado, ¿cuánto problema le supuso a usted las siguientes condiciones? Por favor, dibuje un círculo alrededor de la respuesta más correcta.

	No es un problema	Problema muy leve	Problema moderado	Problema muy malo	Problema severo
Congestión nasal o falta de aire	0	1	2	3	4
Obstrucción o bloqueo nasal	0	1	2	3	4
Problemas para respirar por la nariz	0	1	2	3	4
Problemas para dormir	0	1	2	3	4
Incapaz de tener suficiente aire a través de la nariz durante el ejercicio o esfuerzo.	0	1	2	3	4

¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso.

3 Protocolo cumplimentado de Exploración en Motricidad Orofacial. Adaptación de los protocolos PEMO y MBGR.

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL ADAPTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS PEMO Y MBGR.

Sara Tartilán Salvador

1ª FECHA: 14 / 11 / 18
historia clínica

2ª FECHA: 9 / 02 / 19
exploración.

3ª FECHA: 18 / 05 / 19
datos pie de rey.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES	
Apellidos:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Edad actual: 20 años
Procedencia: Española	Domicilio:
Teléfono de contacto:	
Escolaridad: <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> Bachillerato <input checked="" type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Formación profesional (FP)	Curso escolar: <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 4º <input checked="" type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 6º En caso de Universidad o FP, indicar qué estudios: [REDACTED]
Profesión: —	Centro de trabajo: —
Observaciones:	

MOTIVO DE CONSULTA					
<input type="checkbox"/>	Respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	Deglución	<input type="checkbox"/>	Succión
<input type="checkbox"/>	Masticación	<input type="checkbox"/>	Fonoarticulación	<input type="checkbox"/>	Salivación
<input type="checkbox"/>	Otros:				

HISTORIA DEL DESARROLLO

ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES
Prenatales: No hay datos de interés.	No hay datos de interés de alteración en la deglución en los miembros de la familia. Tampoco hay antecedentes logopédicos familiares.
Perinatales: No hay datos de interés.	
Postnatales: No hay datos de interés.	

DESARROLLO MOTRIZ					
Gateó	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Edad: 7 meses.
Edad a la que comenzó a andar: 13 meses.					

pág. 1

¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso.

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

INFORMACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN			
DATOS DEL DESARROLLO			
Lactancia	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> Exclusiva <input checked="" type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Artificial
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Mixta
Hasta cuándo: 18 meses			
Biberón	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	Hasta cuándo: Aprox. 18 - 20 meses.
	<input type="checkbox"/>	No	Frecuencia: Tipo de tetina:
Ingesta de papillas	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	Inicio, aceptación, dificultades: Sin problemas. Inicio a los 6 meses, junto alimentos sólidos.
	<input type="checkbox"/>	No	
Ingesta de sólidos	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	Inicio, aceptación, dificultades: Sin problemas. Inicio a los 6 meses, junto papillas.
	<input type="checkbox"/>	No	
DATOS ACTUALES			
¿Come bien?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	
	<input type="checkbox"/>	No	Por qué:
Alimentos que ingiere con mayor frecuencia:			

INFORMACIÓN DE LA MASTICACIÓN			
Ambiente donde se alimenta	<input checked="" type="checkbox"/>	Comedor solo	<input type="checkbox"/> Dormitorio
	<input checked="" type="checkbox"/>	Cocina acompañado	<input type="checkbox"/> Otros:
En compañía de	<input checked="" type="checkbox"/>	Adultos	
	<input type="checkbox"/>	Niños	
	<input type="checkbox"/>	Nadie	
¿Come solo?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	
	<input type="checkbox"/>	No	Por qué:
Estímulos distractores durante la alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	Cuáles: Si come solo, TV y móvil.
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Si come acompañado, no se dan estímulos distractores.
Características de la masticación	<input checked="" type="checkbox"/>	Rápida	<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	Lenta	<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Lo adecuado
	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/> Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Lo adecuado
	<input checked="" type="checkbox"/>	Bilateral	<input type="checkbox"/> Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	Unilateral	<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Lo adecuado
	<input type="checkbox"/>	Boca abierta	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	Boca cerrada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	<input type="checkbox"/>	Ruidosa	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	Silente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	Solicita líquidos		<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	Deja residuos		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Algunas veces
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
Localización de los residuos: Parte central y lateral de la cavidad oral.			

pág. 2

¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso.

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

Dolor en la ATM	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe

INFORMACIÓN SOBRE LA DEGLUCIÓN				
Ruidosa	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Sialorrea	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Se atraganta	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Tose / Flema	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Reflujo nasal	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Protrusión lingual	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Dolor al deglutir	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Esfuerzo al deglutir	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe

Se manifiesta con morimiento anterior de cabeza y, alguna vez, cierre de ojos.

INFORMACIÓN SOBRE EL SUEÑO				
Hora a la que se acuesta: Aprox. 2 madrug.		Hora a la que se levanta: Aprox. 8:30 a.m.		
Tranquilo	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Agitado	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Ronca	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	No <i>predominant.</i>	<input type="checkbox"/>	No sabe
Suele despertarse	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Señales de babeo	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Despierta con la boca seca	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Despierta con la boca amarga	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe
Ingiere líquidos	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe

Apenas audible.

Para solventar la sensación de boca seca.

INFORMACIÓN DE LA SALUD RESPIRATORIA				
Resfriados	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Frecuentemente
	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Algunas veces
Frecuencia: 2-3 al mes aprox.				

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

Asma	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	No sabe
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Algunas veces		
Frecuencia:						
Rinitis	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	No sabe
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Algunas veces		
Frecuencia:						
Alergias	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	No sabe
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Algunas veces		
Frecuencia:						
Otros:			Frecuencia:			

EVALUACIONES Y TERAPIAS EFECTUADAS ANTERIORMENTE						
Haba Lenguaje	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	Cuándo: 2º Infantil (4-5 años)	Por qué: Trastorno del habla (rotacismo)	Tiempo: todo el curso escolar (9 meses)	Observaciones: Fonema adquirido ✓
	<input type="checkbox"/>	No				
Estomatognático u ortodóncico	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	Cuándo: 1º ESO - 2º ESO (12-14 años)	Por qué: Giros molares y ligeros apiñamientos.	Tiempo: 2 años.	Observaciones: Actualmente, no oclusión.
	<input type="checkbox"/>	No				
ORL	<input type="checkbox"/>	Sí	Cuándo:	Por qué:	Tiempo:	Observaciones:
	<input checked="" type="checkbox"/>	No				
Neurológica	<input type="checkbox"/>	Sí	Cuándo:	Por qué:	Tiempo:	Observaciones:
	<input checked="" type="checkbox"/>	No				
Fisioterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	Cuándo: 15 años - Actualidad (esporádicamente)	Por qué: Subluxación hombro derecho.	Tiempo: Desde los 15 años hasta el momento actual.	Observaciones: Sigue acudiendo, pero muy de vez en cuando.
	<input type="checkbox"/>	No				
Psicológica	<input type="checkbox"/>	Sí	Cuándo:	Por qué:	Tiempo:	Observaciones:
	<input checked="" type="checkbox"/>	No				
Otros			Cuáles: Traumatólogo, médico RHB, digestivo.			
			Cuándo: 15 años - 18 años ; 17 años			
			Por qué: Subluxación de hombro derecho ; molestias intestinales.			
			Tiempo: 15 - 18 años ; esporádica.			
			Observaciones: Actualmente, 0 molestias intestinales.			

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

EXAMEN CLÍNICO

1. POSTURA CORPORAL

Observar al paciente de pie y sin zapatos.

Cabeza	Plano anterior	Normal	En flexión	En extensión	Inclinación	
					Derecha	Izquierda
	Plano posterior	Normal	En flexión	En extensión	Inclinación	
					Derecha	Izquierda
Hombros	Plano sagital	Normal	En flexión	En extensión	Inclinación	
					Derecha	Izquierda
	Plano anterior	Misma altura	Elevación		Derecha	Izquierda
			Plano posterior	Misma altura	Elevación	
Plano sagital	Normal	Antepulsión			Retropulsión	
		Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	

Observaciones: Plano sagital D e I; ligera anteriorización en flexión de la cabeza e inclinación de la misma hacia la D.
Plano A y P: hombros desnivelados.

2. MEDIDAS FACIALES, MOVIMIENTOS MANDIBULARES Y OCLUSIÓN

CARACTERÍSTICAS RACIALES

Leudocerma

Xantoderma

Melanoderma

TIPO FACIAL / MEDIDAS FACIALES

Mantener el sellado labial, tomar la medida tres veces y calcular la media

	1ª medida	2ª medida	3ª medida	Media
Altura de la cara	189'4	189'5	189'4	189'4
Ancho de la cara				
Tercio superior	62	62	61'7	61'9
Tercio medio	56'4	56'3	56'3	56'3
Tercio inferior	71	71'2	71	71
Distancia de ex a ch derecho	66'3	66'2	66'2	66'2
Distancia de ex a ch izquierdo	66'4	66'3	66'3	66'3
Altura labio superior	21'2	21'1	21'2	21'2
Altura labio inferior	45'3	45'3	45'2	45'3
Altura del filtro	12'6	12'7	12'6	12'6

MOVIMIENTOS MANDIBULARES Y OCLUSIÓN

Tomar la medida tres veces y calcular la media

	1ª medida	2ª medida	3ª medida	Media
Entrecruzamiento vertical EV-Overbite				
Entrecruzamiento horizontal EH-Overbite				
Lateralidad mandibular derecha				
Lateralidad mandibular izquierda				
Distancia interincisal máxima activa - DIMA				
Abertura de boca DIMA - Overbite				
DIMA con el ápice tocando la región alveolar - DIMALA				
Calcular: DIMALA x 100 / DIMA				

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

Observaciones: \oplus No se pudieron hacer porque inicialmente se siguió el PEMO, el cual no incorpora estas medidas.

3. OTROS ASPECTOS A OBSERVAR								
MOVILIDAD								\odot
Sumar todas las puntuaciones (0 mejor resultado, 65 peor resultado)								
Mandíbula		Adecuada	Reducida	Aumentada	No realiza	Con desvío D/I	Con ruido	Con dolor
	Abertura	\star	1	1	2	1	1	1
	Cierre	\star	1	1	2	1	1	1
	Lateralizar D	\star	1	1	2	1	1	1
	Lateralizar I	\star	1	1	2	1	1	1
Observaciones:								
Labios P: protrusión R: retracción *: labios ocluidos		Adecuada	Alteración discreta	Alteración grave	No realiza			
	P cerrados*	\star	1	2	3			
	R cerrados*	\star	1	2	3			
	P abiertos*	\star	1	2	3			
	R abiertos*	\star	1	2	3			
	P cerrados a D*	\star	1	2	3			
	P cerrados a I*	\star	1	2	3			
	Estallar P	\star	1	2	3			
	Estallar R	\star	1	2	3			
Observaciones: Estallar R le sale al tercer intento.								
Lengua T: tocar		Adecuada	Alteración discreta	Alteración grave	No realiza			
	Protruir	\star	1	2	3			
	T comisuras alternativ.	\star	1	2	3			
	T región alveolar con ápice	\star	1	2	3			
	T mejilla D con el ápice lingual	\star	1	2	3			
	R mejilla I con el ápice lingual	\star	1	2	3			
	Chasquido con el ápice	\star	1	2	3			
	Succionar lengua contra paladar	\star	1	2	3			
	Vibrar	\star	1	2	3			
Observaciones:								
Paladar blando		Adecuada		Reducida		Ausente		
	Emitir "a" repetidamente	\star		1		2		
		D	I	D	I	D	I	
Observaciones:								

Sara Tartilán Salvador

EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

TONICIDAD						2
Sumar todas las puntuaciones (0 mejor resultado, 6 peor resultado)						
Labio superior	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Aumentado	1	Disminuido
Labio inferior	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Aumentado	1	Disminuido
Mentón	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Aumentado	1	Disminuido
Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Aumentado	1	Disminuido
Mejilla de derecha	0	Adecuado	1	Aumentado	<input checked="" type="checkbox"/>	Disminuido
Mejilla izquierda	0	Adecuado	1	Aumentado	<input checked="" type="checkbox"/>	Disminuido
Observaciones:						
DOLOR DURANTE LA PALPACIÓN						0
Sumar todos los puntos (0 mejor, 10 peor)						
	Ausente			Presente		
Temporal	<input checked="" type="checkbox"/>			1		
	D	I		D	I	
Masetero	<input checked="" type="checkbox"/>			1		
	D	D		D	I	
Trapecio	<input checked="" type="checkbox"/>			1		
	D	D		D	I	
ECM	<input checked="" type="checkbox"/>			1		
	D	D		D	I	
ATM	<input checked="" type="checkbox"/>			1		
	D	D		D	I	
Observaciones:						

4. EXAMEN EXTRAORAL						12
Sumar las puntuaciones de todos los subapartados (0 mejor resultado, 54 peor resultado)						
ROSTRO						4
Sumar las puntuaciones en norma frontal y lateral (0 mejor, 16 peor)						
Plano frontal	Tipo facial Comparar altura con ancho	0	Medio (mesofacial)			
		1	Largo (dolicofacial)			
		<input checked="" type="checkbox"/>	Corto (braquifacial)			
	Proporción facial	Comparar tercio medio con el inferior		0	Semejantes	
				<input checked="" type="checkbox"/>	Tercio inferior mayor	
		Comparar canto externo del ojo a la comisura labial D e I		1	Tercio inferior menor	
				<input checked="" type="checkbox"/>	Semejantes	
				1	Asimétrica	
Norma frontal		Simétrico	Asimétrico	Describir:		
	Plano infra-orbitario	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
	Región cigomática	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
	Alas de la nariz	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
	Mejillas	0	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Surco nasolabial	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
	Labio superior	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
	Comisura labial	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
	Labio inferior	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
	Mentón	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
	Mandíbula	<input checked="" type="checkbox"/>	1			
Plano lateral	Patrón facial	<input checked="" type="checkbox"/>	Patrón I (recto)			
		1	Patrón II (convexo)			
		1	Patrón III (cóncavo)			

¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso.

Sara Tartilán Salvador

EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

	Ángulo nasolabial	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Próximo a 90º-100º			
			1	Agudo (<90º)			
			1	Obtuso (>110º)			
Observaciones:							
REGIÓN AURICULAR							
Sumar todos los puntos (0 mejor, 2 peor)					0		
Aspecto	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Desviada	Describir:		
Simetría	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	1	No	<input type="checkbox"/> D más alto		
					<input type="checkbox"/> I más alto		
REGIÓN ORBITARIA							
Observación ventral, paciente sentado. Sumar todos los puntos (0 mejor, 6 peor)					2		
Aspecto		Mirada	0	Lúdica	<input checked="" type="checkbox"/> Somnolienta		
		Ojeras	0	No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí		
		Pliegues epicánticos	<input checked="" type="checkbox"/>	No	1 Sí		
Simetría	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	1	No	<input type="checkbox"/> D más alto		
					<input type="checkbox"/> I más alto		
		Ptosis palpebral	<input checked="" type="checkbox"/>	No	1 Sí <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I		
Distancia horizontal	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Hipotelorismo	1 Hipertelorismo		
REGIÓN NASAL							
Sumar todos los puntos (0 mejor, 5 peor)					0		
Aspecto Observación ventral	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Inadecuado	1 Pequeña en relación al rostro		
	1	Marcas / Cicatrices			1 Grande en relación al rostro		
Describir:							
Narinas Observación con cabeza extendida	Simetría	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	1 No	<input type="checkbox"/> D mayor		
					<input type="checkbox"/> I mayor		
	Aspecto	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1 Amplias	1 Estrechas		
LABIOS							
Sumar todos los puntos (0 mejor, 17 peor)					7		
Postura habitual	0	Cerrados	1	Cerrados con tensión	2 Abiertos y cerrados		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Entreabiertos	2	Cerrados en contacto dentario	3 Abiertos		
Color	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Pálidos			
Forma	Labio SUPERIOR	Bermellón	Espesor	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado		
				<input checked="" type="checkbox"/>	Engrosado		
				1	Delgado		
			Aspecto	0	Adecuado		
				<input checked="" type="checkbox"/>	Reseco		
				1	Rajado		
	Labio INFERIOR	Bermellón	Espesor	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado		
				<input checked="" type="checkbox"/>	Engrosado		
				1	Delgado		
			0	Adecuado			
			Tamaño	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado		Medir en mm:
				1	Corto		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cubre 2/3 de los incisivos						
Longitud	1	Cubre más de 2/3					
	1	Cubre menos de 2/3					
	1	No cubre nada					

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

			Aspecto	<input checked="" type="checkbox"/>	Reseco			
				1	Rajado			
		Tamaño	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado				
			1	Corto				
Comisuras	En postura habitual	<input checked="" type="checkbox"/>	A la misma altura	1	D más alta	1	I más alta	
	En movimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	A la misma altura	1	D más alta	1	I más alta	
Mucosa externa	0	Normal	1	Con saliva	<input checked="" type="checkbox"/>	Reseca	1	Herida

Observaciones:

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Sumar todos los puntos (0 mejor, 7 peor)

1

Postura habitual	0	Elevada (boca ocluida)	<input checked="" type="checkbox"/>	Deprimida (boca abierta)	1	Desviada	<input type="checkbox"/>	D
							<input type="checkbox"/>	I
Masetero	Tamaño	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal	1	D mayor	1	I mayor	
	En reposo	<input checked="" type="checkbox"/>	Relajado	1	Contraído			
	Contracción	<input checked="" type="checkbox"/>	Simultáneo	1	Primero lado D	1	Primero lado I	
Temporal	Tamaño	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal	1	D mayor	1	I mayor	
	En reposo	<input checked="" type="checkbox"/>	Relajado	1	Contraído			
	Contracción	<input checked="" type="checkbox"/>	Simultáneo	1	Primero lado D	1	Primero lado I	

Observaciones: En contracción, sería útil contar con un EMG: ya que la palpación es un método subjetivo.

MÚSCULO MENTONIANO

Sumar todos los puntos (0 mejor, 1 peor)

0

Funcionalidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Normofuncionante					
	1	Hipofuncionante					
	1	Hiperfuncionante	<input type="checkbox"/>	Labio superior no cubre los incisivos superiores			
			<input type="checkbox"/>	Incompetencia labial			
			<input type="checkbox"/>	Discrepancia maxilo-mandibular			
			<input type="checkbox"/>	Aumento vertical del tercio inferior del rostro			

Observaciones:

5. EXAMEN INTRAORAL

Sumar puntuaciones de labios, lengua, dientes, oclusión, paladar y amígdalas (0 mejor resultado, 69 peor resultado)

7

LABIOS

Sumar todos los puntos (0 mejor, 9 peor)

0

Mucosa interna	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Con marcas dentarias	2	Heridas		
Frenillo	SUPERIOR	Fijación en el borde alveolar	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Baja	2	Diastema
		Espesura	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Alterada		
	INFERIOR	Fijación en el borde alveolar	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Baja	2	Diastema
		Espesura	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Alterada		

Observaciones:

¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso.

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

LENGUA										3
Sumar todos los puntos (0 mejor, 25 peor)										
Posición habitual	<input type="checkbox"/>	No observable	0	Apropiada	<input checked="" type="checkbox"/>	En el suelo	1	Interdental		
	1	Otras, describir:								
Aspecto / Mucosa	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Geográfica	1	Surcada	1	Arrugada		
	1	Fisurada	1	Marcas de dientes	1	Marcas de aparato	2	Heridas		
Describir:										
Escala de Mallampati	0	Grado I	1	Grado II	<input checked="" type="checkbox"/>	Grado III	3	Grado IV		
	Describir:									
Tamaño	Ancho	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Disminuido	1	Aumentado			
	Alto	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Disminuido	1	Aumentado			
Simetría	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí								
	<input type="checkbox"/>	No	1	D mayor	1	I mayor				
Describir:										
Frenillo	Visibilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	1	No					
	Ápice elevado	<input checked="" type="checkbox"/>	Redondeado	1	Rectangular / Hendidura	2	Corazón / no se eleva			
	Fijación en la lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	Tercio medio	1	Tercio superior	2	Ápice			
	Fijación en el piso	<input checked="" type="checkbox"/>	Entre carúnculas	1	Cresta alveolar inferior	2	Periodontal			
	Otras características	<input checked="" type="checkbox"/>	Aspecto adecuado	1	Sumergido	1	Espeso	1	Fibrosis	
Observaciones:										
DIENTES										0
Sumar todos los puntos (0 mejor, 4 peor)										
Etapa	<input type="checkbox"/>	Decidua	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input checked="" type="checkbox"/>	Permanente				
Número de dientes	Arcada superior D				7	Arcada inferior D				
	Arcada superior I				7	Arcada inferior I				
Ausencia de piezas dentarias	<input checked="" type="checkbox"/>	No	1	Sí						
	Describir:									
Estado de conservación	<input checked="" type="checkbox"/>	Buena	1	Falta de higiene						
	Encías	<input checked="" type="checkbox"/>	Buena	1	Regular	2	Mala			
Prótesis	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Removible	<input type="checkbox"/>	Fija				
	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Total						
Observaciones: Le faltan las muelas de juicio.										
OCCLUSIÓN										0
Sumar todos los puntos (0 mejor, 11 peor)										
Líneas medias	Dental	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Desviada D	1	Desviada I			
	Ósea	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Desviada D	1	Desviada I			
Diastemas	<input checked="" type="checkbox"/>	No								
	1	Sí	Localización (arcada superior / inferior):							
Apiñamientos	<input checked="" type="checkbox"/>	No								
	1	Sí	Localización (arcada superior / inferior):							

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

Clasificación de Angle	D	<input checked="" type="checkbox"/>	Clase I	1	Clase II div. 1	1	Clase II div. 2	2	Clase III
	I	<input checked="" type="checkbox"/>	Clase I	1	Clase II div. 1	1	Clase II div. 2	2	Clase III
Relación sagital	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada EH = 1 a 3mm	1	Bis a bis EH = 0mm	1	Resalte acentuado EH > 3mm	1	Mordida cruzada anterior EH < 0mm	
Relación vertical	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Sobremordida EV > 3mm	1	Mordida bis a bis EV = 0mm			
	1	Mordida abierta anterior EV < 0mm			1	Mordida abierta posterior			
Relación transversal	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Mordida cruzada posterior		1	Mordida en tijera		
				D	I		D	I	
Aparato ortopédico / ortodóncico	<input type="checkbox"/>	No		<input type="checkbox"/>	Móvil		<input checked="" type="checkbox"/>	Fijo	en el pasado.
Observaciones:									
PALADAR Sumar todos los puntos (0 mejor, 12 peor)									1
Aspecto	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Fístula	1	Fisura			
	Descripción:								
Paladar duro	Profundidad	<input type="checkbox"/>	Adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>	Reducida (bajo)	2	Aumentado (alto)		
	Anchura	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Aumentado (ancho)	2	Reducido (estrecho)		
Paladar blando	Simetría	<input checked="" type="checkbox"/>	Presente	1	Desviada hacia D	1	Desviada hacia I		
	Extensión	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Largo	2	Corto		
	Úvula	0	Presente		1	Ausente			
		Aspecto	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Bífida			
		Tamaño	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuado	1	Corto	1	Largo	2
Test de emisión aire nasal	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada (-)	1	Escape de aire (+)					
				D	I				
Observaciones: No se puede conocer exactamente el tamaño de la úvula, ya que contacta siempre con la lengua en los momentos de apertura bucal.									
TONSILAS PALATINAS (AMÍGDALAS) Sumar todos los puntos (0 mejor, 5 peor)									3
Presencia	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí		<input type="checkbox"/>	Removidas		<input type="checkbox"/>	No observables	
Tamaño según Brodsky	0	Grado 0	1	Grado I	2	Grado II	<input checked="" type="checkbox"/>	Grado III	4
Coloración	0	Adecuada		1	Hiperemia D		1	Hiperemia I	
Observaciones: El tamaño y la coloración son difíciles de observar sin apoyo del ORL. Al tener un grado III de Mallampati, se dificulta su visión.									
MEJILLAS Sumar todos los puntos (0 mejor, 3 peor)									0
Mucosa	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Marca dentaria o de aparato		1	Línea alba		1
				D	I		D	I	
Observaciones:									

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

6. FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS								23 / 26
Sumar puntuaciones de respiración, masticación y deglución (0 mejor resultado, 82 peor resultado)								
RESPIRACIÓN								10
Sumar todos los puntos (0 mejor, 15 peor)								
Tipo respiratorio Examen subjetivo, percibir durante toda la exploración.	En reposo	0	Costo-diagramático	<input checked="" type="checkbox"/>	Superior-clavicular			
		1	Medio-torácico	1	Inferior-abdominal			
		2	Paradójico o invertido					
	En el habla	0	Costo-diagramático	<input checked="" type="checkbox"/>	Superior-clavicular			
		1	Medio-torácico	1	Inferior-abdominal			
		2	Paradójico o invertido					
Observaciones:								
Modo respiratorio Examen subjetivo, percibir durante toda la exploración.	Forma	0	Nasal	1	Oronasal	<input checked="" type="checkbox"/>	Oral	
	Características auditivas	<input checked="" type="checkbox"/>	Silente	1	Ruidosa			
	Observaciones:							
Test de permeabilidad nasal con espejillo	1ª prueba. Sin higienizar la nariz y sin ocluir cavidad oral							
	Espiración nasal	0	Salida simétrica	1	Mayor D			
		1	Mayor I	<input checked="" type="checkbox"/>	Ausencia salida			
	Espiración oral	<input checked="" type="checkbox"/>	Salida simétrica	1	Ausencia salida			
	2ª prueba. Sin higienizar la nariz y ocluyendo la cavidad oral							
	Espiración nasal	0	Salida simétrica	1	Mayor D			
		<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor I					
	3ª prueba. Higienizando la nariz sin ocluir la cavidad oral							
	Espiración nasal	0	Salida simétrica	1	Mayor D			
		1	Mayor I	<input checked="" type="checkbox"/>	Ausencia salida			
	Espiración oral	<input checked="" type="checkbox"/>	Salida simétrica	1	Ausencia salida			
	4ª prueba. Higienizando la nariz y ocluyendo la cavidad oral							
Espiración nasal	0	Salida simétrica	1	Mayor D				
	<input checked="" type="checkbox"/>	Mayor I						
Observaciones:								
MODO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	Adecuado						
	<input checked="" type="checkbox"/>	Alterado	Oronasal	<input type="checkbox"/>	Anatómico	<input type="checkbox"/>	Inflamatorio	
			<input type="checkbox"/>	Infeccioso	<input type="checkbox"/>	Hábito		
		Oral	<input type="checkbox"/>	Anatómico <i>Puede</i>	<input type="checkbox"/>	Inflamatorio		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Infeccioso	<input checked="" type="checkbox"/>	Hábito		
MASTICACIÓN								
Sumar todos los puntos (0 mejor, 22 peor)								
Alimento utilizado	<i>Galleta</i>							
Abertura de la boca	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Amplia	1	Restringida		
Cantidad del alimento	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Demasiada	1	Poco		
Incisión	<input checked="" type="checkbox"/>	Anterior	1	Lateral D	1	Lateral I		
Cierre labial	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistemático	1	Asistemático	2	Ausente		
Músculos NF: normofuncionante HP: hipofuncionante HP+: hiperfuncionante	Masetero	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+	
	Temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+	
	Buccinador	0	NF	<input checked="" type="checkbox"/>	HP-	1	HP+	
	Orbicular	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+	
	Mentoniano	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+	
	Periorales	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+	

¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso.

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

Trituración	Velocidad	<input checked="" type="checkbox"/> Adecuada	1	Rápida	1	Lenta		
	Forma	<input checked="" type="checkbox"/> Pre/molares	1	Incisivos	1	Apoyo lingual		
		<input checked="" type="checkbox"/> Mov. rotatorios		1	Mov. verticales			
		<input checked="" type="checkbox"/> Silente		1	Ruidosa			
Tiempo	0 Adecuado	1	Excesivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Insuficiente			
Pulverización	0 Adecuada		<input checked="" type="checkbox"/> Inadecuada					
Balance masticatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Bilateral alternado		1	Bilateral simultáneo				
	<input checked="" type="checkbox"/> Unilateral preferencial	D	2	Unilateral crónico				
Dedos para juntar alimento	<input checked="" type="checkbox"/> No		1	Sí				
Solicita líquidos	0 No		1	Sí		<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces		
Lado de preferencia	0 Ambas	<input checked="" type="checkbox"/> D		1 I				
Observaciones: En cuanto al balance, se intenta alternar un lado y otro, pero predomina el derecho.								
TIPO MASTICATORIO	<input type="checkbox"/> Adecuado							
	<input checked="" type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Anatómico	<input type="checkbox"/> Neurogénico	<input checked="" type="checkbox"/> Funcional				
DEGLUCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> habitual. <input checked="" type="checkbox"/> vídeo 9/12								
Sumar todos los puntos (0 mejor, 30 peor)								
Saliva	<input checked="" type="checkbox"/> Adecuada	1	Acúmulo comisuras	1	Acúmulo vestíbulo			
	Incontinencia salivar caracterizado por:	1	Babeo por gotas	1	Babeo por olas			
		1	Babeo con hilo continuo					
Deglución de sólidos	Alimento utilizado: <u>Galleta</u>							
	Postura	Labios	<input checked="" type="checkbox"/> Cerrados	1	Entreabiertos	2	Abiertos	
		Lengua	<input type="checkbox"/> No observable	0	Adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>	Interdental	
		Cabeza	0 Recta	1	Inclinada	<input checked="" type="checkbox"/>	Anteriorizada	
	Odinofagia	<input checked="" type="checkbox"/> No		1	Sí			
	Ruidos	<input checked="" type="checkbox"/> No		1	Sí			
	Residuos	0 No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí		Localización: Parte central y lateral			
	Reflujo nasal	<input checked="" type="checkbox"/> No	1	Sí	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I		
	Mov. de cabeza	0 No		<input checked="" type="checkbox"/> Sí		y cierre de ojos.		
	Función muscular	Orbicular	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+
		Mentoniano	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+
		Suprahioides	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+
		Periorales	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+
		Cervicales	0	NF	1	HP-	<input checked="" type="checkbox"/>	HP+
Observaciones: Puntuación: habitual → 5 video → 7								
Deglución de líquidos	Alimento utilizado: <u>Agua</u>							
	Postura	Labios	<input checked="" type="checkbox"/> Cerrados	1	Entreabiertos	2	Abiertos	
		Lengua	0 No observable	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>	Interdental	último trago
		Cabeza	0 Recta	1	Inclinada	<input checked="" type="checkbox"/>	Anteriorizada	
	Odinofagia	<input checked="" type="checkbox"/> No		1	Sí			
	Ruidos	<input checked="" type="checkbox"/> No		1	Sí			
	Reflujo nasal	<input checked="" type="checkbox"/> No	1	Sí	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I		
	Forma de ingesta	<input checked="" type="checkbox"/>	De manera continua					
		1	Por sorbos					
		1	Dejando caer el líquido					
	Mov. de cabeza	0 No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí		último trago.			
	Función muscular	Orbicular	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+
		Mentoniano	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+
		Suprahioides	<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+
Periorales		<input checked="" type="checkbox"/>	NF	1	HP-	1	HP+	

¿Deglución atípica o adaptada? Valoración logopédica de un caso.

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

	HP+:hiperfuncionante	Cervicales	0	NF	1	HP-	<input checked="" type="checkbox"/>	HP+
	Observaciones: Puntuación líquida: → 4							
TIPO DEGLUTORIO	<input type="checkbox"/>	Adecuada	<input type="checkbox"/>	Atípica				
	<input checked="" type="checkbox"/>	Adaptada	<input type="checkbox"/>	Posible disfagia				
SENSIBILIDAD								
Sumar todos los puntos (0 mejor, 15 peor)								0
Hemicara D	Oftálmico	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Maxilar	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Mandibular	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
Hemicara I	Oftálmico	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Maxilar	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Mandibular	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
Submandibular	C2	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
Cavidad oral	Mejillas	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Paladar	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
Gusto	Salado	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Dulce	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Ácido	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
	Amargo	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	1	Aumentada	1	Reducida	
Reflejo nauseoso	<input checked="" type="checkbox"/>	Presente	<input checked="" type="checkbox"/>	Inmediato	<input type="checkbox"/>	Velar	Anterior	Posterior
	<input type="checkbox"/>	Ausente	1	Atrasado	<input type="checkbox"/>	Faríngeo	Sup.	Medio
Observaciones:								

7. MALOS HÁBITOS ORALES						
Sumar puntuaciones por interposición, succión, onicofagia y respiración oral (0 mejor resultado, 9 peor resultado)						
POR INTERPOSICIÓN						
Lingual	X	Sí	Frecuencia	En cada deglución.		
			Duración	Tiempo de deglución.		
			Intensidad	Alta		
			Momento	Al tragar.		
			Causa	Doble hipótesis → Anteriorización lingual por: - Postura corporal - Resp. oral (amígdalas grandes)		
	0	No	Observaciones:			
Labial	1	Sí	Frecuencia			
			Duración			
			Intensidad			
			Momento			
			Causa			
	0	No	Observaciones:			
De objetos	1	Sí	Frecuencia			
			Duración			

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

			Intensidad	
			Momento	
			Causa	
	<input checked="" type="checkbox"/>	No		
Observaciones: Muy de vez en cuando, se coloca un bolígrafo (lo muerde)				
POR SUCCIÓN				
Digital	1	Sí	Frecuencia	
			Duración	
			Intensidad	
			Momento	
			Causa	
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Observaciones:	
Labial	1	Sí	Frecuencia	
			Duración	
			Intensidad	
			Momento	
			Causa	
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Observaciones:	
De carrillos	1	Sí	Frecuencia	
			Duración	
			Intensidad	
			Momento	
			Causa	
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Observaciones: Ya no, pero antes sí lo hacía.	
De objetos	1	Sí	Frecuencia	
			Duración	
			Intensidad	
			Momento	
			Causa	
	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Observaciones:	
ONICOFAGIA				
<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	Frecuencia	Diaria	
		Duración	10 minutos.	
		Intensidad	Media.	
		Momento	Cualquier momento del día.	
		Causa	Le relaja.	
0	No	Observaciones: Lo ha hecho siempre, antes y después de la ortodoncia.		

Sara Tartilán Salvador
EXPLORACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL. PROTOCOLO ADAPTADO.

		RESPIRACIÓN ORAL	
X	Sí	Frecuencia	Diaria
		Duración	Todo el día (24 horas)
		Intensidad	Alta.
		Momento	Todo el día.
		Causa	Anteriorización lingual por volumen amigdalino
0	No	Hábito persistente.	
Observaciones:			

DOCUMENTACIÓN

FOTOGRAFÍAS		VÍDEOS	
Cuerpo	<input checked="" type="checkbox"/>	Movilidad orofacial	<input checked="" type="checkbox"/>
Rostro	<input checked="" type="checkbox"/>	Masticación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tercio inferior	<input type="checkbox"/>	Deglución	<input checked="" type="checkbox"/>
Labios	<input type="checkbox"/>	Succión	<input type="checkbox"/>
Cavidad oral	<input checked="" type="checkbox"/>	Malos hábitos orales	<input type="checkbox"/>
Lengua	<input type="checkbox"/>		
Oclusión	<input type="checkbox"/>		
Otras	<input type="checkbox"/>		

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Alteración	<input type="checkbox"/>	Anatómico	<input type="checkbox"/>	Neurogénico
	<input type="checkbox"/>	Genético	<input checked="" type="checkbox"/>	Funcional
DIAGNÓSTICO	DEGLUCIÓN ADAPTADA Doble hipótesis } Alt. postural prolongada } Anteriorización lingual. Volumen amigdalino } RESPIRADOR ORAL			
Pronóstico	Variable.			
Derivaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	Odontólogo
	<input checked="" type="checkbox"/>	ORL	<input type="checkbox"/>	Neurólogo
	<input type="checkbox"/>	T.Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Otros y cuál:
Plan terapéutico				