

Disfunciones orofaciales

13

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disfunciones orofaciales. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 310-329. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Disfunciones orofaciales. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* [pp. 310-329]. Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para la prevención, la exploración, el diagnóstico y el tratamiento de las disfunciones orofaciales, especialmente en las alteraciones de respiración, succión, masticación y deglución, y debe mantener una formación continua y especializada en sus causas e intervenciones.
- 2 El CLC promueve la investigación para conocer la prevalencia de las disfunciones orofaciales, desarrollar pruebas y protocolos de evaluación e intervención en catalán y castellano, así como crear conjuntos básicos de categorías CIF que permitan valorar su impacto en la función y la vida diaria.
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario que cuente con la participación de pediatras, odontólogos, cirujanos maxilofaciales, fisioterapeutas y otros profesionales, así como con la implicación de la familia, para garantizar una intervención eficaz e integral. Insta a evitar el uso de prácticas carentes de evidencia científica o alejadas de los estándares actuales de calidad asistencial.

¿Qué es?

Definición

Las disfunciones orofaciales son un desequilibrio, trastorno, perturbación o daño de las distintas estructuras y funciones del sistema estomatognático (SE) en sus funciones neurovegetativas de respiración, succión, deglución y masticación.

Signos clínicos

Las disfunciones orofaciales pueden presentar varias manifestaciones (listado no exhaustivo):

- Alteraciones dentooclusales (overjet anterior excesivo, mordida abierta anterior, bilateral, unilateral o posterior y sobremordida), movimientos dentales causados por presión lingual o malos hábitos y desproporciones maxilomandibulares.
- Deglución disfuncional por mala oclusión o hábito inadecuado.
- Alteraciones de las estructuras blandas que integran el sistema estomatognático, pre y poscirugía de freno lingual y labial, entre otras y que puedan afectar a las funciones orales de respiración, succión, deglución y masticación.
- Disfunciones de la articulación temporomandibular y dolor orofacial que provocan alteración en las funciones de masticación y deglución.
- Pérdida de los dientes o proceso de rehabilitación oral protética que afecte a las funciones de masticación o deglución.
- Trastornos alimentarios (rechazo o aversiones alimentarias) que condicionen el patrón correcto de creación del bolo alimentario y su deglución.
- Boca abierta o entreabierta con mandíbula deprimida, que es la postura habitual de reposo del respirador oral.
- Postura anormal de reposo de la lengua, sea hacia delante, interdental o lateral (unilateral o bilateral), que no permite una relación normal de reposo entre la lengua, los dientes, el maxilar superior y la mandíbula, también conocida como espacio interoclusal en reposo o el espacio vestibular.
- Babeo después de los 2 años.
- Hábitos de succión no nutritivos, incluido el uso de chupete después de los 12 meses de edad, así como la succión del dedo, el pulgar o la lengua que pueden suponer efectos negativos en la estructura oral en función de la frecuencia y la intensidad del hábito.
- Falta de un sello linguopalatal consistente durante las degluciones de saliva, de líquido y de cualquier tipo de consistencia de los alimentos sólidos.
- Posición lingual interdental o contacto linguodental con la dentición anterior o lateral en reposo y durante la deglución.

312

Disfunciones
orofaciales

- Alteraciones posturales craneoencefálicas.
- Mucosidad excesiva que obstruye la vía área superior.
- Cambios relevantes en la estructura oral posintervenciones quirúrgicas ortognáticas o extirpaciones tumorales.

Todas estas alteraciones pueden aparecer desde el período gestacional hasta el proceso natural de envejecimiento. Las disfunciones orofaciales y sus repercusiones no se resuelven espontáneamente, sino que, al contrario, son progresivas y pueden convertirse en crónicas. De ahí la importancia de contemplarlas en todas las etapas de la vida del ser humano, o bien previniéndolas a partir de acciones de educación sanitaria o bien abordándolas desde una perspectiva terapéutica.

Los códigos CIF —Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud— son una herramienta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que permite clasificar y describir la salud y los componentes relacionados con el funcionamiento humano. La CIF ofrece un marco estandarizado para entender y documentar las condiciones de salud que afectan a la capacidad de las personas de llevar a cabo actividades y participar en su entorno.

Las disfunciones orofaciales implican funciones relacionadas con la ingesta (b510), la voz (b310), la articulación (b320), las funciones respiratorias (b440), la movilidad de las articulaciones (b710), la fuerza, el tono y la resistencia muscular (b730, b735 y b740) y el control de las funciones relacionadas con los movimientos voluntarios (b760) y las funciones relacionadas con los movimientos involuntarios (b760). También implica funciones auditivas (b230), táctiles (b265), sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos (b270) y relacionadas con la piel (b840) e, incluso, funciones de temperamento y personalidad (b126).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
VV40	Funciones relacionadas con el sistema digestivo: masticación
DA0E.2	Anomalías de relación entre los arcos dentales
DA0E.5	Maloclusiones
DA0E.50	Maloclusión de clase II, división 2
DA0E.51	Maloclusión de clase I de ángulo
DA0E.5Y	Otras maloclusiones especificadas: mordida cruzada, abierta o sobremordida.
DA0E.5Z	Maloclusiones sin especificar
DA0E.6	Anomalías funcionales dentofaciales: excluye bruxismo y rechinar de dientes NE
DD90.1	Trastornos dentofaciales parafuncionales Trastorno funcional de la deglución
MD11.8	Respiración por la boca
MD11.Z	Otras anomalías de la respiración, sin especificar
7A83	Bruxismo durante el sueño
DA04.6	Alteraciones de la secreción salival

Causas

No se ha identificado una única causa de trastornos miofuncionales orofaciales, sino múltiples causas, como cualquier fenómeno (incluyendo mal hábito) que provoque que la lengua esté mal colocada en reposo, limite los movimientos o las funcionalidades linguales dentro de la cavidad oral, dificulte el logro de una competencia labial aceptable y reduzca o impida la capacidad de obtener y mantener posturas correctas de reposo oral. Los siguientes factores pueden coexistir y tener un papel favorecedor de las disfunciones orofaciales:

- Incompetencia de las vías respiratorias, debido a las vías nasales obstruidas, ya sea por obstrucciones estructurales nasales, malos hábitos o alergias, que no permiten inspirar y expirar sin esfuerzo. Estos fenómenos pueden provocar obstrucción de las vías respiratorias superiores y postura de boca abierta o entreabierta, y esto provoca respiración bucal así como un patrón incorrecto de deglución y de masticación.
- Los fenómenos musculares o estructurales orofaciales que favorecen el avance de la lengua pueden incluir: retraso en el desarrollo neuromotor, caída prematura de incisivos que favorece el avance de la lengua, anomalías orofaciales, presencia de amígdalas hipertróficas, hábitos orales de succión prolongados en el tiempo y anquilosia, entre otros.
- Presencia de amígdalas obstructivas o hipertróficas.

- Algún estudio apunta cierta disposición familiar a la presencia de alteraciones orofaciales funcionales.
- Estudios longitudinales demuestran que existe una relación entre las maloclusiones dentales y la práctica de malos hábitos orales entre la población. Los más comunes son la succión no nutritiva, la respiración oral, las alteraciones de la deglución, la interposición de objetos y la onicofagia.
- Alimentación muy blanda que no necesita una implicación muy activa de los movimientos linguales y de la musculatura orofacial en general.
- El *pillowing*, que es el hábito de dormir presionando lateralmente el maxilar es un factor que puede favorecer las asimetrías faciales y posiciones mandibulares inadecuadas.
- Cirugía maxilofacial o ortognática.
- Cirugía de tumores de cabeza y cuello.
- Malformaciones faciales o craneofaciales congénitas que alteran las funciones orofaciales.
- Traumatismos craneofaciales.

Epidemiología

Las disfunciones orofaciales pueden aparecer a lo largo de toda la vida. Sin embargo, las más frecuentes se presentan entre la población infantil. Aunque pueden presentarse de forma aislada, por la relación entre las estructuras del SE, pueden aparecer más de una de manera conjunta y simultánea.

Se encuentran discrepancias en las prevalencias de estos fenómenos debido a diferencias en los grupos de edad, las etnias, el sexo y diferencias socioeconómicas y los diferentes criterios y denominaciones usadas para el diagnóstico. Así, con relación a la respiración oral se desconocen datos de prevalencia en nuestro país. Algunos estudios internacionales la sitúan desde el 63 % en Venezuela hasta el 6,6 % en la India o el 25 % en el Reino Unido. Se estima que la posición interdental de la lengua durante la deglución oscila entre el 33 % y el 51 % de la población de niños en edad escolar. En relación con la mordida abierta, que puede ser debida a malos hábitos funcionales, algunos estudios la sitúan por encima del 70 % en niños durante la fase de dentición mixta y disminuye hasta el 3 % en población con dentición definitiva.

En Cataluña se realizan 11,26 procedimientos quirúrgicos sobre oído, nariz, boca y garganta cada 100.000 habitantes.

Respecto al cáncer de cabeza y cuello, según la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, cada año se detectan en España 10.000 casos nuevos.

La incidencia anual de los traumatismos craneofaciales es de 200 casos por cada 100.000 habitantes en España.

El CLC aconseja a estudiantes, investigadores y profesionales clínicos que realicen estudios para conocer la prevalencia local en nuestro país de las disfunciones orofaciales.

Impacto en la vida de la persona

En relación con las actividades y la participación, las disfunciones orofaciales inciden en actividades de comunicación (d3) y en las interacciones y relaciones interpersonales generales (d7). Con el paso del tiempo, puede afectar a la educación (d810-d830) y al conjunto de la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detalladas las afectaciones de las disfunciones orofaciales en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar en qué elementos incide las disfunciones orofaciales.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación en las funciones orofaciales

Disfunciones orofaciales que repercuten muy levemente sobre alguna de las funciones del SE, sin limitaciones de movimiento y que no impiden la comunicación oral ni afectan a las relaciones personales.

Grado I: moderada limitación en las funciones orofaciales

Alteración leve o moderada sobre una o más de una función del SE con poca limitación del movimiento y que pueden repercutir moderadamente en la comunicación oral y no afectan a las relaciones personales.

Grado II: severa limitación en las funciones orofaciales

Limitación moderada para realizar las funciones del SE como alimentarse oralmente, así como alteración en la succión, respiración, deglución y masticación, acompañado de limitaciones en la movilidad y con modificaciones leves de la morfología. Comporta limitación severa para comunicarse oralmente y con afectación en la autoimagen.

Grado III: grave limitación en las funciones orofaciales

Limitación grave para realizar las funciones del SE como alimentarse oralmente así como succionar, respirar, deglutir o masticar, con alteración moderada de la forma y movimiento de las estructuras participantes. Supone dificultades articulatorias severas y afectación en las relaciones y la autoimagen.

Grado IV: limitación total en las funciones orofaciales

Limitación muy grave para alimentarse oralmente, succionar, respirar, deglutir o masticar. Fonoarticulación prácticamente ininteligible. Presenta falta de movilidad y alteración de las estructuras. Esta limitación implica dificultades en las relaciones y la autoimagen.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de las funciones orales no verbales. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de las funciones orales no verbales, entre las que se incluyen las disfunciones orofaciales, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de las funciones orofaciales, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las funciones orofaciales.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Aunque los graduados en logopedia disponen de la formación necesaria para la intervención profesional en las disfunciones orofaciales, el CLC recomienda los logopedas que quieran mejorar la eficacia de sus actuaciones, que actualicen y amplíen los conocimientos y las competencias con formaciones especializadas (tanto de larga como de corta duración) en las diversas alteraciones que pueden afectar personas de todas las edades y que requieren actuaciones en diferentes ámbitos de la profesión.

Orientación interdisciplinar

El abordaje de las disfunciones orofaciales es multidisciplinar. Los logopedas son profesionales relevantes en el seno del equipo interdisciplinario que toma las decisiones sobre el manejo, sea quirúrgico, protético o logopédico, con el objetivo de lograr unas funciones orofaciales funcionales. La naturaleza y las manifestaciones diversas de las disfunciones orofaciales pueden suponer que, para una mejor atención de la persona afectada, sea conveniente la participación de otros profesionales bajo la coordinación del logopeda. Entre estos otros profesionales podemos destacar: médico pediatra, odontólogo-ortodontista, cirujano maxilofacial, médico traumatólogo, médico neurólogo, médico oncólogo o médico otorrinolaringólogo. En ciertos casos puede ser adecuado el concurso de profesionales de las áreas de fisioterapia, nutrición y psicología u otros, en función de las características y la severidad.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención extrahospitalaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por el médico pediatra, odontólogo-ortodontista o cirujano maxilofacial, entre otros. En la derivación deberá aportar información relativa a:

- Resultados del estudio con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto quirúrgicos como rehabilitadores o farmacológicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.

Exploración clínica

El CLC orienta los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de las disfunciones orofaciales.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales.
- Limitaciones en la actividad y participación, incluyendo la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de las disfunciones orofaciales en la calidad de vida.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

En 2014, el CLC publicó el documento "Herramientas de evaluación de las disfunciones orofaciales" donde hay un ejemplo de historia clínica o anamnesis y las fichas y guías siguientes:

- Ficha de evaluación miofuncional.
- Ficha de observación y detección de disfunciones orofaciales: franja de edad de 2 a 6 años.
- Guía de valoración funcional orofacial: fichas 'lingual' y 'labial'.
- Protocolo de exploración dinámica interdisciplinaria del freno lingual.
- Guía de valoración de las disfunciones de la articulación temporomandibular para logopedas.

318

Disfunciones
orofaciales

- Ficha de valoración de la postura para logopedas.
- Ficha para la detección de signos de alerta miofuncionales en el ámbito escolar.
- Protocolo de exploración interdisciplinario orofacial para niños y adolescentes.
- Protocolo de exploración interdisciplinario orofacial para adultos.

Incluye las siguientes evaluaciones:

- El examen muscular debe ser intra y extraoral orofacial: musculatura masticadora, lingual y labial. Clasificación mordida (ángulo).
- Masticación: determinar el tipo y la forma masticatoria.
- Respiración: determinar el tipo y modo respiratorio.
- Protocolo de exploración dinámica interdisciplinario del freno lingual de Ventosa: concreta y detallada del freno lingual, para poder determinar las posibilidades funcionales verificando la movilidad y funcionalidad del órgano lingual.

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar las funciones orales se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como espejos, depresores o los propios dedos). En el mismo sentido, tanto en la exploración como en el tratamiento, es usual utilizar alimentos que son ingeridos en la consulta. Cabe recordar que estas pruebas y procedimientos siempre deben realizarse en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realicen estudios para crear de instrumentos de evaluación actualizados de las disfunciones orofaciales.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de las disfunciones orofaciales en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de autoevaluación en relación con las limitaciones en la participación y las actividades derivadas de las alteraciones orofaciales.

3 / Evaluación del contexto

Como en otras alteraciones y enfermedades, el entorno vital y relacional del paciente puede convertirse en un apoyo facilitador o bien una barrera para la mejora. Los logopedas deben conocer dichas barreras y soportes para tenerlos presentes en la planificación global de su intervención.

En el momento de publicación de este documento no se conocen escalas o cuestionarios dedicadas a detectar y valorar estos aspectos contextuales. Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras y facilitadores del entorno.

Utilizando los códigos CIF, encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), con amigos y profesionales (e320-e360), el uso de productos y tecnología para la comunicación y educación (e125 y e130) y los servicios, sistemas y políticas diversas (e5). Además de actitudes individuales de las personas de su contexto (e410-e455) y las actitudes, normas, costumbres e ideologías sociales (e460-e465).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarias de recibir logopedia las personas con disfunciones orofaciales que puedan ser rehabilitadas con tratamiento logopédico, tanto si la disfunción es la causa o la consecuencia (relación forma-función), y siempre que esta afecte el desarrollo o la ejecución de una o más funciones del SE, tanto de alimentación como de comunicación, por ejemplo:

- Poscirugía maxilofacial o ortognática (por ejemplo: frenectomía lingual, labial, fisura labioalveolopalatina, alteraciones oclusales severas, etc.) que requieren adaptación funcional orofacial a la nueva forma orgánica o esquelética.
- Poscirugía de tumores de cabeza y cuello que requiere adaptación funcional orofacial a la nueva forma orgánica o esquelética.
- Patologías neurológicas o neuromusculares que afecten el desarrollo de las funciones del SE y que puedan beneficiarse del tratamiento logopédico.
- Malformaciones faciales o craneofaciales congénitas que alteran las funciones orofaciales.
- Traumatismos craneofaciales que presenten alteraciones en las funciones de alimentación y comunicación.
- Disfunciones orofaciales o hábitos lesivos que pueden afectar negativamente al proceso de crecimiento y desarrollo de la dentición, sobre todo en las etapas de dentición temporal y mixta.
- Disfunciones masticatorias y de la articulación temporomandibular que cursan con dolor, apertura bucal reducida, etc., que afectan la alimentación o la comunicación.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

320

Disfunciones
orofaciales

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo de la intervención es ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de función independiente para la participación en la vida diaria. La intervención está diseñada para:

- Utilizar los puntos fuertes y abordar las debilidades relacionadas con las estructuras y funciones que afectan a las funciones orofaciales.
- Facilitar las actividades y la participación de la persona para desarrollar nuevas habilidades y estrategias.
- Eliminar barreras y potenciar habilidades que aumenten la salud y la efectividad de las funciones orofaciales.

Los objetivos específicos logopédicos se pueden concretar en:

- Sistema respiratorio: adoptar los hábitos que favorecen el correcto funcionamiento del sistema respiratorio
- Funciones de succión, masticación y deglución: adaptar y adecuar los patrones miofuncionales.

Intervenciones preventivas

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir de manera preventiva en los siguientes elementos de las disfunciones orofaciales.

En relación con la función respiratoria, hay que tener en cuenta que la respiración se desarrolla junto con los cambios anatómicos y fisiológicos de todas las estructuras implicadas. Al nacer, el niño presenta un patrón respiratorio correcto, de tipo abdominal con un modo respiratorio predominantemente nasal. Las influencias ambientales y los factores hereditarios son los que hacen que se mantenga o se modifique el modo o el tipo, lo que implica alteraciones en el creci-

miento orofacial. Realizar una prevención para evitar este cambio de modo y tipo respiratorio es un factor importante para la prevención de la salud. Un tipo respiratorio intercostal o abdominal, con un modo respiratorio predominantemente nasal, facilita el desarrollo facial de forma adecuada. El crecimiento maxilar y la postura idónea de la mandíbula, mediante la acción de la musculatura, aporta el contacto correcto entre arcos dentales y favorece la postura correcta en reposo de labios, lengua y mejillas. De esta forma se consigue un desarrollo equilibrado y correcto de la estructura orofacial que facilita la realización de las funciones estomatognáticas.

Por todos estos motivos, es imprescindible realizar un trabajo temprano y adecuado a las características de cada uno de los pacientes para evitar consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo, tanto en las estructuras orales implicadas, como en la vida diaria del paciente.

Podemos afirmar que la succión no nutritiva prolongada (por ejemplo: dedo, chupete u otros objetos) es un factor de riesgo de maloclusión. Los hábitos de succión que persisten durante los años de dentición primaria tienen pocos efectos negativos, si los hay, a largo plazo sobre la dentición y, en general, provocan maloclusión teniendo en cuenta la frecuencia, la intensidad, la predisposición-genética cuando persisten más allá del tiempo en que empiezan a salir los dientes definitivos. Se puede orientar a los padres, madres y cuidadores a ignorar las conductas problemáticas y ofrecer elogios, atención positiva y recompensas cuando el hijo participa en un comportamiento bucal adecuado para ayudar al niño a romper el hábito.

En relación con la alimentación, es clave la introducción de alimentos duros, secos y fibrosos cuando sea el momento oportuno para favorecer el correcto crecimiento orofacial de los niños, así como la maduración adecuada de los movimientos orofaciales relacionados con la masticación y la deglución.

Otros aspectos a tener en cuenta y que son altamente frecuentes son los malos hábitos posturales (mano mandíbula, posición cuando duerme, en el sofá) que pueden afectar negativamente al crecimiento orofacial y que, si el entorno ayuda a limitarlos o eliminarlos, favorecerán el correcto crecimiento orofacial.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios de intervenciones preventivas en las disfunciones orofaciales.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de las disfunciones orofaciales.

Las disfunciones orofaciales y los hábitos lesivos pueden afectar negativamente al proceso de crecimiento y desarrollo de la dentición, sobre todo en las etapas de dentición temporal y mixta. La evidencia recomienda iniciar el tratamiento lo antes posible. El CLC orienta una rehabilitación con frecuencia de entre 2 y 3 sesiones por semana para intervenir de manera intensiva y prevenir una actuación ortodòntica

posterior o potenciar su eficacia, lograr una estabilidad adecuada postratamiento y evitar su recidiva.

Las claves del éxito de la terapia miofuncional las encontramos en una buena evaluación, en la que se establecen correctamente los objetivos de trabajo. También hay que tener en cuenta que es imprescindible la colaboración de la familia y del propio paciente. Además, es necesario un trabajo constante, intenso y prolongado. Por último, el éxito requiere la coordinación de todos los profesionales implicados para poder seguir una planificación precisa del tratamiento logopédico en relación con otros tratamientos.

La terapia miofuncional ha demostrado que mejora las alteraciones de la masticación, deglución, respiración y los hábitos orales lesivos mediante el uso de ejercicios isotónicos e isométricos en las estructuras orofaríngeas. La terapia miofuncional se puede usar sola o con otras terapias como el tratamiento ortodóntico con aparatos fijos o amovibles.

Los ejercicios motores orales incluyen la estimulación sensorial, los movimientos repetitivos (a veces contra resistencia) dirigidos a la musculatura orofaríngea como los labios, la lengua, la mandíbula, el paladar blando y la faringe, con el objetivo de mejorar sus movimientos y su fuerza.

A continuación, se destacan algunas de las estrategias terapéuticas indicadas para el tratamiento de las disfunciones orofaciales.

- Ejercicios de resistencia muscular labiolinguofaríngea: los ejercicios para mejorar la diferenciación de la lengua, los labios y la mandíbula incluyen la estimulación táctil oral y los movimientos de la lengua sin ayuda de la mandíbula, como la punta de la lengua en la cresta alveolar o los clics de la lengua contra el paladar. Los ejercicios isotónicos e isométricos se dirigen a los labios y la lengua, con el fin de enseñar la postura de reposo de la boca cerrada y la respiración nasal.
- Postura de descanso oral: lograr una postura de reposo con los labios juntos es otro objetivo de la terapia miofuncional orofacial. La terapia para lograr la competencia labial ayuda a estabilizar la posición de reposo vertical de los dientes y los maxilares, y también puede influir positivamente en la postura de reposo de la lengua. Los ejercicios para mejorar el cierre de los labios pueden incluir la sujeción de un depresor de la lengua entre los labios, el uso de un manómetro labial, sonreír ampliamente y después redondear los labios alternativamente y actividades de resistencia en los labios.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en las disfunciones orofaciales.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Entendemos que la alimentación cotidiana adecuada (dura, seca y fibrosa) ejerce la función de mantenimiento de los progresos alcanza-

dos en el tratamiento logopédico. En el mismo sentido, la respiración adecuada también es un elemento clave en el mantenimiento de los progresos alcanzados. Sin embargo, es necesario animar al paciente y a su entorno a estar atentos a la evolución de los síntomas para recuperar, si fuera necesario, algunos de los ejercicios que el logopeda recomienda y realizar una actividad sistemática para evitar la reaparición de las disfunciones orofaciales.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención de mantenimiento en las disfunciones orofaciales.

Intervenciones en el entorno

La familia puede desempeñar un papel decisivo en los modelos adecuados y en la modificación de los hábitos lesivos del SE. Las orientaciones a los padres para buscar fórmulas no punitivas para la adquisición de nuevos hábitos y el abandono de los hábitos lesivos debe ser una de las funciones del logopeda en la intervención en las disfunciones orofaciales.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno de los pacientes con disfunciones orofaciales.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica.

Equipamiento

Para la intervención logopédica en alteraciones de las funciones orofaciales, el equipamiento necesario es el habitual en un servicio de logopedia infantil o de adultos. Se necesitan mesas y sillas adaptadas a la edad de los pacientes, espejos de cuerpo y pequeños, depresores o guía lenguas, guantes estériles para las acciones intraorales... También puede ser adecuado disponer de otros equipos como aparatos de electroestimulación, vibradores, bolsas de calor y frío, crema, entre otros.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- La respiración nasal está correctamente establecida.
- La succión, deglución y masticación son funciones que se ejecutan adecuadamente de forma espontánea.
- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras ni empeoramientos.
- Si hay alteración en el habla causada por una disfunción oral y su inteligibilidad no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud, seguridad ni independencia de la persona.
- La producción del habla de la persona es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Orientaciones para después del alta

Normalmente, las mejoras logradas en el tratamiento se mantendrán si la actividad comunicativa, el modo respiratorio adecuado y la alimentación se mantienen. A pesar de ello, puede ser conveniente que el paciente conozca algunas actividades de mantenimiento muscular, establecimiento de hábitos orales saludables y adecuados para favorecer el mantenimiento de las competencias adquiridas en el trabajo logopédico. En el momento de dar el alta, hay que tener en cuenta que una parte importante de estas alteraciones tienen como causa hábitos incorrectos, por lo que habrá que realizar un seguimiento espaciado en el tiempo para asegurar la estabilidad del caso.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b126 Funciones de temperamento y personalidad
b2 Funciones sensoriales y dolor	b230 Funciones auditivas b265 Funciones táctiles b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos
b3 Funciones de la voz y el habla	b310 Funciones de la voz b320 Funciones de la articulación
b4 Funciones del sistema respiratorio	b440 Funciones respiratorias b450 Funciones respiratorias adicionales
b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	b510 Funciones relacionadas con la ingesta
b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular b735 Funciones relacionadas con el tono muscular b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular b760 Control de las funciones relacionadas con los movimientos voluntarios b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios
b8 Funciones de la piel y estructuras relacionadas	b820 Funciones reparadoras de la piel b840 Sensaciones relacionadas con la piel

326

Disfunciones orofaciales

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d115 Escuchar d120 Otras experiencias sensoriales intencionadas d130 Copiar d133 Adquirir el lenguaje d160 Centrar la atención
d2 Tareas y demandas generales	d240 Manejo del estrés y otras demandas
d3 Comunicación	d330 Hablar d350 Conversar d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
d5 Autocuidado	d550 Comer d560 Bever
d6 Vida doméstica	d660 Ayudar a los otros
d7 Interacciones y relaciones interpersonales	d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas d729 Interacciones interpersonales generales, otras especificadas y no especificadas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d760 Relaciones familiares
d8 Áreas principales de la vida	d810-d839 Educación d810 Educación no reglada d815 Educación preescolar d820 Educación escolar d830 Educación superior
d9 Vida comunitaria, social y cívica	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio

FACTORES AMBIENTALES

e1 Productos y tecnología	e115	Productos y tecnología para el uso personal en la vida diaria
	e125	Productos y tecnología para la comunicación
	e130	Productos y tecnología para la educación
e3 Apoyo y relaciones	e310	Familiares cercanos
	e315	Otros familiares
	e320	Amigos
	e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e345	Extraños
	e355	Profesionales de la salud
e4 Actitudes	e360	Otros profesionales
	e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercanos
	e415	Actitudes individuales de otros miembros de la familia
	e420	Actitudes individuales de amigos
	e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	e445	Actitudes individuales de desconocidos
	e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud
	e455	Actitudes individuales de profesionales relacionados con la salud
	e460	Actitudes sociales
e5 Servicios, sistemas y políticas	e465	Normas, costumbres e ideologías sociales
	e555	Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización
	e560	Servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación
	e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social
	e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general
	e580	Servicios, sistemas y políticas de salud
	e585	Servicios, sistemas y políticas de educación y formación

Bibliografía

- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. Clinical Practice Guidelines. 2014;37(6): 253-265. Recuperado de http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_developdentition.pdf
- Fonseca Fernández Y, Fernández Pérez E, Cruañas AM. Mordida abierta anterior. Revisión bibliográfica. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014;13(4): 509-515.
- Franco Varas V, Gorritxo Gil B, García Izquierdo F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. Pediatría Atención Primaria. 2012;14(53): 13-20.
- Hollie-Ann L. Orofacial Myofunctional Therapy and Myofunctional Devices Used in Pathology Treatment: A Systematic Quantitative Review of the Literature. American Journal of Speech-Language Pathology. 2021;30(1). https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00245
- Kilinc DD, Mansiz D. Myofunctional orofacial examination tests: a literature review. BMC Oral Health. 2023;23(1): 350.
- Mason RM, Franklin H. Position statement of the International Association of Orofacial Myology regarding: Appliance use for oral habit patterns. The International Journal of Orofacial Myology: Official Publication of the International Association of Orofacial Myology. 2009;35: 74-76. Recuperado de http://www.suburbanmft.com/_pdf/Position%20on%20Oral%20Habit%20Appliances.pdf
- Ray J. Orofacial myofunctional deficits in elderly individuals. International Journal of Orofacial Myology. 2006;32: 22-31.
- Thijs Z, Bruneel L, De Pauw G, Van Lierde KM. Oral Myofunctional and Articulation Disorders in Children with Malocclusions: A Systematic Review. Folia Phoniatrica et Logopaedica. 2022;74(1): 1-16.
- Ventosa Y. Protocolo de exploración dinàmica interdisciplinar del frenillo lingual. 2015.