



Test Nórdico Orofacial - Screening

NOT-S



NOT-S ha sido desarrollado por Merete Bakke, Copenhague; Birgitta Bergendal, Jönköping; Anita McAllister, Linköping, Lotta Sjögren, Gotemburgo, y Pamela Åsten, Oslo, con el apoyo de Nordisk förening för Funktionshinder och oral Hälsa (Asociación Nórdica para Discapacidad y Salud Oral), NFH.

**Este formulario de evaluación puede descargar en www.mun-h-center.se.
Debe usarse con el manual ilustrado, que puede encargarse a través de la tienda online de Mun-H-Center o por el teléfono +46 31 750 92 00.**

NOT-S entrevista

I	<i>Función sensorial</i>	<p>A. ¿Cuando te cepillas los dientes te produce náuseas? ¿Te ocurre casi cada vez? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: Malestares manifiestos como náuseas, vómitos o negarse a hacerlo (aumento de sensibilidad).</i></p> <p>B. ¿Introduces tanta comida en la boca que te cuesta masticar? ¿Ocurre todos los días? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: No nota cuando la boca está llena (disminución de sensibilidad).</i></p>	<input type="checkbox"/>
II	<i>Respiración</i>	<p>A. ¿Usas algún tipo de apoyo para la respiración? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: CPAP, respirador, oxígeno u otros.</i></p> <p>B. ¿Roncas mucho cuando duermes? ¿Ocurre casi cada noche? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: Ronquidos o apnea. No se aplica en caso de asma o alergia.</i></p>	<input type="checkbox"/>
III	<i>Hábitos</i>	<p>A. ¿Te muerdes las uñas o te chupas los dedos o algún objeto todos los días? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: Chuparse los dedos o un chupete no se evalúa en caso de menores de cinco años.</i></p> <p>B. ¿Te chupas o muerdes los labios, la lengua o las mejillas cada día? <input type="checkbox"/></p> <p>C. ¿Muerdes con fuerza o te rechinan los dientes durante el día? <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
IV	<i>Masticación y acción de tragar</i>	<p>A. No come con la boca (<i>sonda nasogástrica, gastrostomía u otra razón</i>). Elimina las cuestiones B-E. <input type="checkbox"/></p> <p>B. ¿Tienes dificultades para comer comidas con cierto tipo de consistencia? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: Excluye alergias y dietas especiales como vegetarianas, vegana y sin gluten, etc.</i></p> <p>C. ¿Tardas más de 30 minutos en comer una comida principal? <input type="checkbox"/></p> <p>D. ¿Tragas trozos grandes de comida sin masticar? <input type="checkbox"/></p> <p>E. ¿Toses a menudo durante las comidas? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: Ocurre casi en cada comida.</i></p>	<input type="checkbox"/>
V	<i>Baba</i>	<p>A. ¿Tienes saliva en las comisuras de los labios o en la barbilla casi cada día? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: Necesita secarse alrededor de la boca. No se aplica si ocurre mientras duerme.</i></p>	<input type="checkbox"/>
VI	<i>Sequedad en la boca</i>	<p>A. ¿Tienes que beber para poder comer, por ejemplo, una galleta? <input type="checkbox"/></p> <p>B. ¿Tienes escozor en las membranas mucosas de la boca o en la lengua? <input type="checkbox"/></p> <p><i>Descripción: Frecuente escozor o sensación de ardor por lo menos una vez a la semana. No se aplica en caso de dolor de muelas o ampollas en la boca.</i></p>	<input type="checkbox"/>
Nombre/Número de identidad:		NOT-S entrevista	Suma <input type="checkbox"/>

NOT-S examen

1	Rostro en descanso Imagen 1	Mirar la imagen durante un minuto. Empezamos ahora. <i>Observación durante un minuto. Puntúa A-D.</i>	
	Descripción:	A. Asimetría <i>Tanto del esqueleto como de las partes blandas.</i>	<input type="checkbox"/>
	Descripción:	B. Posición desviada de los labios <i>Boca abierta u otro tipo de anomalía más de 2/3 del tiempo.</i>	<input type="checkbox"/>
	Descripción:	C. Posición desviada de la lengua <i>Boca abierta u otro tipo de anomalía más de 2/3 del tiempo.</i>	<input type="checkbox"/>
	Descripción:	D. Movimientos involuntarios <i>Repetidos movimientos involuntarios en el rostro.</i>	<input type="checkbox"/>
2	Respiración por la nariz Imagen 2	A. Cierra la boca y aspira profundamente por la nariz cinco veces (huele). <i>No logra aspirar por la nariz cinco veces seguidas.</i> <i>Si no puede cerrar la boca, el paciente o el examinador pueden juntar los labios manualmente.</i> <i>No se puntúa si el paciente está resfriado.</i>	<input type="checkbox"/>
3	Mímica Imagen 3	A. Cierra bien los ojos. <i>No produce una activación simétrica fuerte de los músculos del rostro.</i>	<input type="checkbox"/>
	Imagen 4	B. Muestra los dientes. <i>Los labios y los músculos del rostro no son activados simétricamente de forma que los dientes sean bien visibles.</i>	<input type="checkbox"/>
	Imagen 5	C. Intenta silbar (soplar). <i>No puede poner morros y redondear los labios simétricamente.</i>	<input type="checkbox"/>
4	Función de los músculos de masticación y de la mandíbula Imagen 6	A. Muerde con fuerza con los dientes de detrás. <i>No se registra ninguna clara actividad simétrica cuando se colocan los dedos en ambos lados de los músculos de la mandíbula (músculos maseteros en ambos lados).</i>	<input type="checkbox"/>
	Imagen 7	B. Abre la boca todo lo que puedas. <i>No puede abrir la boca con una apertura equivalente al ancho de los dedos índice y corazón de la mano izquierda del/de la paciente. Si faltan los dientes incisivos, se mide con el ancho de tres dedos (índice, corazón y anular).</i>	<input type="checkbox"/>
5	Motricidad oral Imagen 8	A. Saca la lengua todo lo que puedas. <i>No puede llegar con la punta de la lengua afuera de la parte roja de los labios</i>	<input type="checkbox"/>
	Imagen 9	B. Pasa la lengua (lame) alrededor de la boca. <i>No puede pasar la punta de la lengua a lo largo de los labios y no llega a la comisura de los labios.</i>	<input type="checkbox"/>
	Imagen 10	C. Hinchas las mejillas y mantenlas hinchadas por lo menos tres segundos. <i>No puede hinchar las mejillas sin perder aire o sin producir algún sonido.</i>	<input type="checkbox"/>
	Imagen 11	D. Abre bien la boca y di ah-ah-ah [a]! <i>No se puede observar una elevación clara de la bóveda del paladar y del paladar blando.</i>	<input type="checkbox"/>
6	Habla Imagen 12	A. No habla. <i>Elimina las tareas B-C.</i>	<input type="checkbox"/>
	Imagen 13	B. Cuenta en voz alta hasta 10. <i>El habla es poco clara con uno o varios sonidos impuros o un sonido nasal anómalo. Para menores de cinco años se excluyen para el examen los sonidos R y S.</i>	<input type="checkbox"/>
		C. Di pataka, pataka, pataka. <i>No se evalúa a menores de cinco años.</i>	<input type="checkbox"/>
Nombre/ Número de identidad		Examen NOT-S	Suma <input type="checkbox"/>