

# PEFORP

## PROTOCOLO DE EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE LA RESPIRACIÓN CON PUNTUACIÓN

Franklin Susanibar  
2019

1ª FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2ª FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OTRAS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

### I. ANAMNESIS

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

## HISTORIA ACTUAL

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

Otras dificultades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Otras dificultades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ASPECTOS HABITUALES DIURNOS

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

Otras dificultades: \_\_\_\_\_

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

Otros hábitos: \_\_\_\_\_

### EVALUACIONES Y/O TRATAMIENTOS REALIZADOS ACTUALMENTE

<b>Fonoaudiológica</b>	<input type="checkbox"/> Sí	Quando:	Motivo:	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No
		Tiempo de tratamiento:		Tipo de tratamiento:	
<b>Otorrinolaringológica</b>	<input type="checkbox"/> Sí	Quando:	Motivo:	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No
		Tiempo de tratamiento:		Tipo de tratamiento:	
<b>Alergista</b>	<input type="checkbox"/> Sí	Quando:	Motivo:	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No
		Tiempo de tratamiento:		Tipo de tratamiento:	
<b>Pediatra</b>	<input type="checkbox"/> Sí	Quando:	Motivo:	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> No
		Tiempo de tratamiento:		Tipo de tratamiento:	

Otros:

## II. EXAMEN CLÍNICO

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

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

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

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

\* Observar principalmente el aspecto de las alas de la nariz

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

2.1.4. REGIÓN ORAL (mejor resultado 0, peor 36)										
• LABIOS (mejor resultado 0, peor 23)										
<b>Postura habitual</b>		Ocluidos (0)				Contacto labio-diente (1)				
		A veces abiertos, otras ocluidos (1)		Entreabiertos (2)		Abiertos (3)				
<b>Color</b>		Adecuado (0)				Pálidos (1)				
<b>Labio superior</b>	<b>Bermellón</b>	<b>Espesor</b>	Adecuado (0)		Engrosado (0)		Delgado (1)			
		<b>Aspecto</b>	Adecuado (0)		Reseco (1)		Rajado (2)			
	<b>Cubre los incisivos superiores</b>		Todo (0)		2/3 (1)		Mitad (2)		Nada (3)	
	<b>Tamaño</b>		Adecuado (0)		Corto (1)		Medir en mm			
<b>Labio inferior</b>	<b>Bermellón</b>	<b>Espesor</b>	Adecuado (0)		Engrosado (0)		Delgado (1)			
		<b>Aspecto</b>	Adecuado (0)		Reseco (1)		Rajado (2)			
			Con eversión		Leve (1)	Moderada (2)		Severa (3)		
	<b>Tamaño</b>		Adecuado (0)		Corto (1)		Medir en mm			
<b>Tono postural</b>		Adecuado (0)				Reducido (incompetencia labial) (3)				
• MÚSCULO MENTONIANO (mejor resultado 0, peor 10)										
<b>Funcionalidad</b>	Normofuncionante (0)	Hipofuncionante (1)	Hiperfuncionante (posibles causas)	Incompetencia labial (1)						
				Labio superior no cubre los incisivos superiores (2)						
				Discrepancia maxilo-mandibular (3)						
				Aumento vertical del tercio inferior del rostro (4)						
• MANDÍBULA (mejor resultado 0, peor 3)										
<b>Postura mandibular habitual</b>		Elevada (boca ocluida) (0)			Deprimida (boca abierta) (2)		Desviada (1)		D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
Observaciones:										

2.2. EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL O INTRAORAL (mejor resultado 0, peor 11)										
2.2.1. Escala de Mallampiti modificada por Samsom & Young (mejor resultado 0, peor 3)										
<b>Clase I (0)</b>		<b>Clase II (1)</b>		<b>Clase III (2)</b>		<b>Clase IV (3)</b>				
2.2.2. TONSILAS PALATINAS (mejor resultado 0, peor 5)										
<b>Presencia</b>		<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> No				
<b>Tamaño según Brodsky</b>		Grado 0 (0)		Grado I (1)		Grado II (2)		Grado III (3)		Grado IV (4)
<b>Coloración</b>		Adecuada (0)		Hiperemiadas (rojas) (1)			<input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> I	
2.2.3. PALADAR DURO (mejor resultado 0, peor 3)										
<b>Anchura</b>		Adecuada (0)				Estrecho (1)				
<b>Altura</b>		Adecuada (0)		Alto (1)			Ojival (2)			
Observaciones:										

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

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

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

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

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

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

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

# ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1ª FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2ª FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OTRAS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

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

## CONCLUSIONES Y CONDUCTAS

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

\_\_\_\_\_  
Firma del evaluador