

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA LAS P.C.I. - (P.E.P.C.I.) – (Fonoaudiología)

Parra RD, Astuvilca BV, Bravo LD, Briceño MM, Cayllahua FG, Angulo LH

Nombre: _____ Sexo: (M) (F) No. _____
Fecha del examen: ___/___/___ Edad: ___ años y ___ meses FN: ___/___/___
Examinador(a): _____

Madre: _____ Edad: _____ Profesión: _____
Padre: _____ Edad: _____ Profesión: _____
Hermanos : no sí Cuantos: _____ Procedencia: _____
Informante: _____ Telf: _____ e-mail: _____

Motivo principal de consulta: _____

Hipótesis Diagnóstica (tipo de PCI): _____
Diagnóstico de Imágenes: _____
Antecedentes familiares: no sí Cuál: _____
Referido por: _____

DATOS DE LA GESTACIÓN

Gestación: ¿Cómo fue? _____ Ocurrencias: _____
Uso de medicamentos: : no sí Cuál: _____
Parto: Normal Cesárea ¿Por qué? _____

Factores de riesgo prenatales

<input type="checkbox"/> Amenaza de aborto	<input type="checkbox"/> Exposición a radiaciones	<input type="checkbox"/> Ingesta de sustancias tóxicas
<input type="checkbox"/> Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/> Accidente durante el embarazo	<input type="checkbox"/> Incompatibilidad RH
<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Desnutrición materna	<input type="checkbox"/> TORCHS

DATOS DEL NACIMIENTO

Lugar de Nacimiento: _____ Institución: _____
 RNT 37 – 42 semanas RNPT < 37 semanas RNPOT > 42 semanas Apgar: 1' ___ 5' ___
Peso al nacer: _____ Talla: _____ Edad gestacional: _____
Estuvo en incubadora: no sí ¿Por qué? _____

Factores de riesgo perinatales

<input type="checkbox"/> Infección perinatal	<input type="checkbox"/> Uso de fórceps	<input type="checkbox"/> Asfixia durante el parto ¿Porqué? _____
<input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Inducción del parto ¿Porqué? _____

Factores de riesgo posnatales

<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Intoxicaciones	<input type="checkbox"/> TEC	<input type="checkbox"/> ACV	<input type="checkbox"/> Anoxia
<input type="checkbox"/> Enfermedades adquiridas	¿Cuáles? _____			

DATOS DEL DESARROLLO

DPNM

Control Cervical:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> con dificultad	<input type="checkbox"/> ausente	A qué edad: _____
Sentarse con apoyo:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> con dificultad	<input type="checkbox"/> ausente	A qué edad: _____
Sentarse sin apoyo:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> con dificultad	<input type="checkbox"/> ausente	A qué edad: _____
Arrastre:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> con dificultad	<input type="checkbox"/> ausente	A qué edad: _____
Gatear:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> con dificultad	<input type="checkbox"/> ausente	A qué edad: _____
Andar:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> con dificultad	<input type="checkbox"/> ausente	A qué edad: _____

DLH

Balbuceo:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> con dificultad	<input type="checkbox"/> ausente	A qué edad: _____
Primeras palabras:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> con dificultad	<input type="checkbox"/> ausente	A qué edad: _____

Comunicación

Intenta comunicarse:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	¿Cómo? _____
Produce sonidos:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Dificultad en la comprensión:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no sabe
Otros problemas:	_____		

Fonoarticulación

Inteligibilidad:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Ronquera:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Salivación excesiva:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Grita:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Interposición de la lengua:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Afonía:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Disminución de la amplitud del movimiento mandibular:	<input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí		
Hipernasalidad:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Hiponasalidad:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Otros problemas:	_____						

Audición

Oye bien:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Se asusta con el ruido:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Sigue los sonidos:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Dolor de oído:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Se realizó algún examen auditivo:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	¿Cuál? _____	¿Cuándo? _____			
Qué resultado obtuvo:	_____						
Otros problemas:	_____						

Escolaridad

Va al colegio:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> especial	Dificultad de memoria:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Falta de atención/concentración:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí			Dificultad para relacionar:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Dominancia lateral:	<input type="checkbox"/> diestro	<input type="checkbox"/> zurdo	<input type="checkbox"/> ambidiestro				
Otros problemas:	_____						

Hábitos orales

Succión del dedo:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Succión de la lengua:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí		
Bruxismo:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> diurno	<input type="checkbox"/> nocturno	Apretamiento dentario:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Morder mucosa oral:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Morder objetos:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Cual:	
Otros:	_____						

PROBLEMAS DE SALUD:

Crisis convulsivas:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	RGE:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Malformaciones craneofaciales:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Alteraciones cardíacas:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Alteraciones metabólicas:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Alteraciones nutricionales:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Otros:	_____				
Por qué presenta el problema:	_____				
Qué medicamentos usa:	_____				

Condiciones respiratorias

Respiración ruidosa:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Neumonía de repetición:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Episodios de neumonía:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Obstrucción nasal:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Rinitis:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Sinusitis:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Bronquitis:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Adenoides hipertrófica:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Amígdala hipertrófica:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Asma:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
Otras:	_____				
Qué medicamentos usa:	_____				

Sueño

Agitado: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> sí	Ronca: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> sí
Sialorrea: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> sí	Apnea: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> sí
Boca abierta: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> sí	Boca seca: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> sí
Postura: decúbito: <input type="checkbox"/> lateral <input type="checkbox"/> dorsal <input type="checkbox"/> ventral	
Otros problemas:	

Tratamientos

Fonoaudiológico: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> realizado <input type="checkbox"/> sí	Médico: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> realizado <input type="checkbox"/> sí
Psicológico: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> realizado <input type="checkbox"/> sí	Fisioterapia: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> realizado <input type="checkbox"/> sí
Odontológico: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> realizado <input type="checkbox"/> sí	Quirúrgico: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> realizado <input type="checkbox"/> sí
Otros problemas:	

HISTORIA ALIMENTICIA

Reflejos

Succión: <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> ausente
Seguimiento: <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> ausente
Mordida: <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> ausente
Náusea: <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> ausente
Tos y expectorar: <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> ausente

Lactancia

Pecho: <input type="checkbox"/> sí	Hasta cuándo: _____	<input type="checkbox"/> no
Uso del biberón: <input type="checkbox"/> sí	Hasta cuándo: _____	<input type="checkbox"/> no
Uso de la tetina: <input type="checkbox"/> Común	<input type="checkbox"/> Ortodónico:	<input type="checkbox"/> N° 1 <input type="checkbox"/> N°2
Orificio de la tetina: <input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Inadecuado	
Tipo de alimento que le da en el biberón: _____ ¿Quién le da el alimento?: _____		
Postura corporal durante la lactancia: _____		

Alimentación actual

Se alimenta por: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Gastrostomía <input type="checkbox"/> Mixta
Consistencia: <input type="checkbox"/> líquidos <input type="checkbox"/> pastosos <input type="checkbox"/> sólidos <input type="checkbox"/> mixta
Horario: _____
Se atora: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> no ¿Con cuáles consistencias?: _____
Utensilios que usa: _____
Dieta: <input type="checkbox"/> frutas <input type="checkbox"/> verduras <input type="checkbox"/> legumbres <input type="checkbox"/> cereales <input type="checkbox"/> granos <input type="checkbox"/> carnes <input type="checkbox"/> leche y derivados <input type="checkbox"/> azúcares otros: _____
Dónde lo alimenta la mayoría de veces: _____
Velocidad de alimentación: <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> rápido <input type="checkbox"/> lento
Posición cefálica: <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> flexión <input type="checkbox"/> extensión <input type="checkbox"/> inclinación <input type="checkbox"/> rotación () D () I
Postura del niño durante la alimentación: <input type="checkbox"/> sentada (ángulo de 90 grados) <input type="checkbox"/> inclinada (ángulo mayor de 90 grados) <input type="checkbox"/> echada
Rechaza los alimentos con temperatura: <input type="checkbox"/> helada <input type="checkbox"/> fría <input type="checkbox"/> tibia <input type="checkbox"/> caliente
Durante o después de comer presenta: <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> somnolencia <input type="checkbox"/> sudoración <input type="checkbox"/> cianosis de extremidades y labios

Masticación

Lado:	<input type="checkbox"/> bilateral	<input type="checkbox"/> unilateral ()D ()I	Labios:	<input type="checkbox"/> cerrados	<input type="checkbox"/> entreabiertos	<input type="checkbox"/> abiertos	
Ruido:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Toma líquidos durante la alimentación:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Dolor o incomodidad durante la masticación:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí				
Ruido articular:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces ()D ()I	<input type="checkbox"/> sí ()D ()I				
Dificultad masticatoria:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	Escape de alimentos en masticación:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí		
Mastica los alimentos:	<input type="checkbox"/> adecuadamente	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> mucho				
Velocidad de masticación:	<input type="checkbox"/> adecuado	<input type="checkbox"/> rápido	<input type="checkbox"/> lento				
Otros problemas:	_____						

DEGLUCIÓN:

Propiocepción

Sensibilidad intraoral:	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Hipersensibilidad	<input type="checkbox"/> Hiposensibilidad
-------------------------	-----------------------------------	--	---

Fases de la deglución:

Oral

Entrada del bolo (semi sólido y pastoso):
<input type="checkbox"/> Eficiente (captura toda la cuchara de comida)
<input type="checkbox"/> Ineficiente (captura parcial de la comida)
<input type="checkbox"/> Ausente (la comida permanece en la boca del niño)
Sellado labial (pastoso, semi sólido y sólido):
<input type="checkbox"/> Eficiente (sellado labial que mantiene el alimento en la boca)
<input type="checkbox"/> Ineficiente (escape parcial de la comida, teniendo fallas en el sellado labial)
<input type="checkbox"/> Ausente (no hay cierre labial, sale la comida de la boca distorsionando la postura del niño)
Preparación del bolo:
<input type="checkbox"/> Eficiente (trituration con dientes, pueden tener o no movimientos verticales de la mandíbula, ni presencia de residuos en el cavidad oral y presencia de sellado labial)
<input type="checkbox"/> Ineficiente (movimiento posteroanterior de la lengua, residuos en la cavidad oral, no tiene sellado labial)
<input type="checkbox"/> Ausente (no come sólidos)

Faríngea

Control cervical:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Control de tronco:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
Movimientos laríngeos:							
<input type="checkbox"/> Eficiente (se eleva durante la deglución sin dificultad y de manera simétrica)							
<input type="checkbox"/> Ineficiente (se eleva durante la deglución con dificultad y de manera asimétrica)							
<input type="checkbox"/> Ausente (sin elevación laríngea)							
Dificultad:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Ruido:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Atoros:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Odinofagia:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Reflujo nasal:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	Escape nasal:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí
Carraspeo:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	() durante	() después		
Tos:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	() durante	() después		
Asfixia:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	() durante	() después		
Respir.ruidosa: :	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí	() durante	() después		
Residuos después de la deglución:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> sí				
Auscultación cervical:							
<input type="checkbox"/> Adecuado (se puede oír la respiración-deglución-respiración)							
<input type="checkbox"/> Alterado (se puede oír ruidos durante y después de la deglución)							