

## **5. Protocolos de avaliação em Motricidade Orofacial**

**ESPECIALIZAÇÃO EM MOTRICIDADE OROFACIAL**  
2020-2021

**PROTOKOLO PARA DETECCI ÓN DE RONCOPATÍ AS Y SAHOS EN PACI ENTES ADULTOS**

Realizado por: ..... Especialidad: ..... Fecha: .....

Datos del paciente:

Nombre del paciente: ..... Edad: .....

Sexo: ..... Peso: ..... Estatura: ..... IMC =  $\frac{\text{masa en kg}}{\text{estatura}^2 \text{ en m}^2}$  Ocupación: .....

Anamnesis:

	Sí	No	No sabe
1. ¿Ronca todas las noches?			
2. ¿El ronquido despierta o molesta a su pareja?			
3. ¿El ronquido obliga a su pareja a cambiar de habitación?			
4. ¿Hace pausas o paradas respiratorias durante el sueño ("ahogos")?			
5. ¿Se siente cansado por la mañana?			
6. ¿Se despierta con dolor de cabeza?			
7. ¿Se adormece con facilidad durante el día o conduciendo?			
8. ¿Se duerme fácilmente viendo la televisión o leyendo?			
9. ¿Se duerme en el cine o el teatro?			
10. ¿Presenta alergia nasal?			
11. ¿Fuma?			
12. ¿Bebe alcohol antes de dormirse?			
13. ¿Utiliza habitualmente medicación para dormir?			
14. ¿Tiene hipertensión?			
15. ¿Presenta falta de concentración?			
16. ¿Presenta pérdida de memoria?			
17. ¿Padece de sudoración nocturna excesiva (diaforesis)?			
18. ¿Orina más de dos veces por la noche (nicturia)?			
19. ¿Realiza movimientos bruscos de extremidades durante el sueño?			

Antecedentes:

a) ¿Le han realizado algún estudio del sueño? Estudio am.....

b) ¿Ha recibido tratamiento por apneas, hipertensión, enfer.....

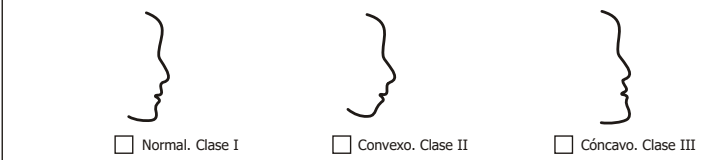
c) Medicación habitual: antihistamínicos  ansiolítico.....

Antecedentes cardiovasculares: .....

Antecedentes respiratorios: .....

Otros: .....

Perfil:

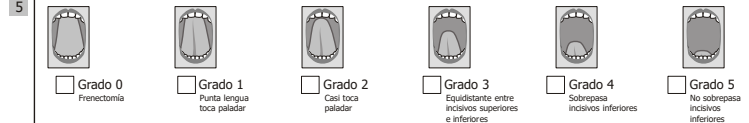


- OTORRINOLARINGOLOGISTAS
- ORTODONTISTAS
- TERAPEUTAS DA FALA
- FISIOTERAPEUTA
- MAXILOFACIAIS

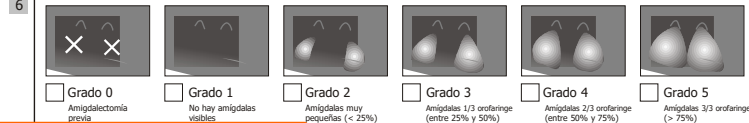
**Valoración del espacio orofaríngeo:**



**Movilidad lingual:**

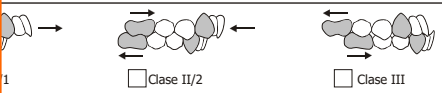


**Amígdalas:**



Endoscopia (Exclusivo ORL)  No obstrucción  
 Tele Rx perfil (Exclusivo ortodoncistas)  Obstrucción parcial  
 Obstrucción severa

Mixta  Or al



11. Resumen de signos y síntomas positivos: .....

Se recomienda valoración por:

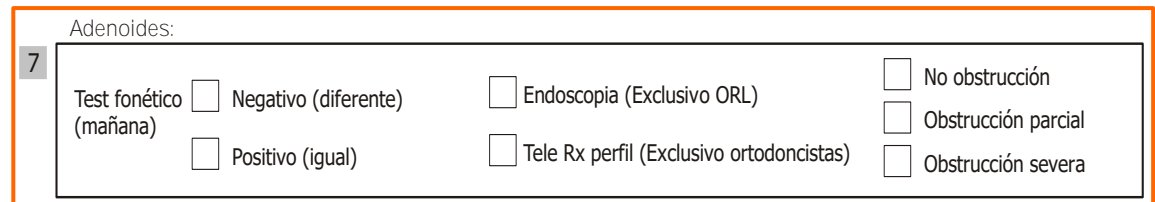
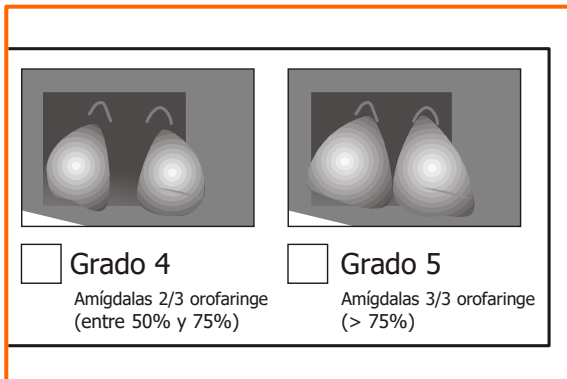
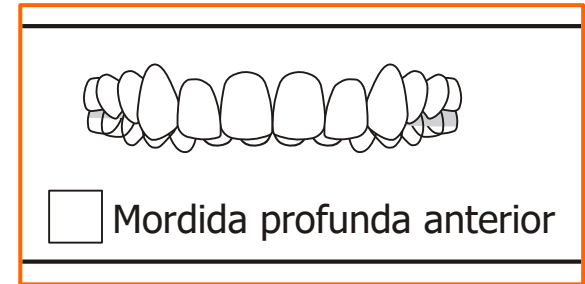
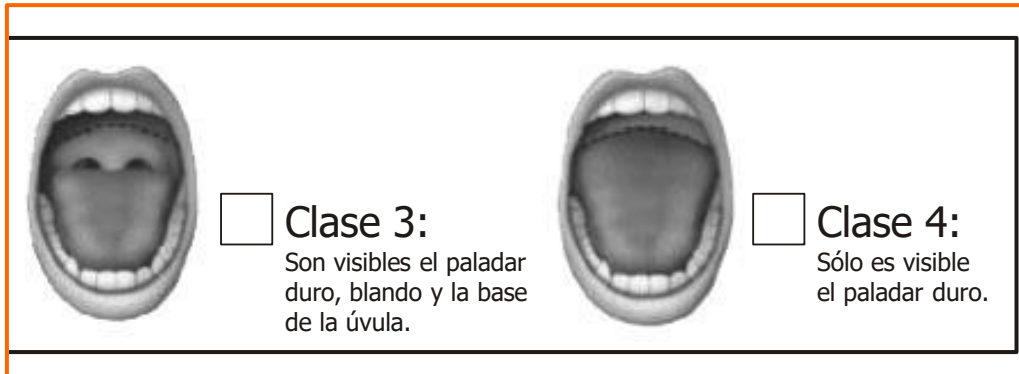
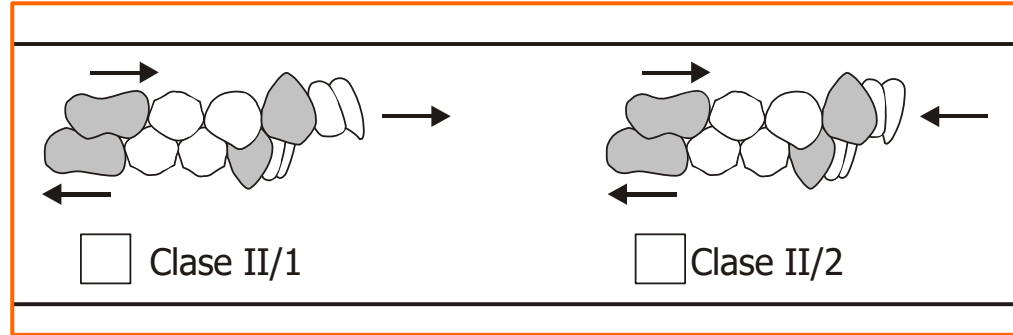
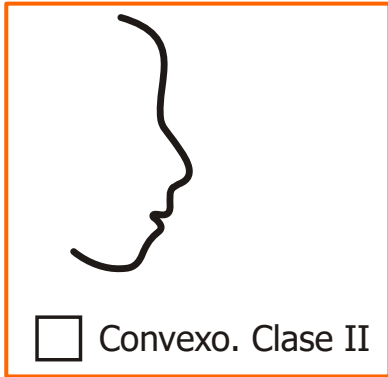
12.  Otorrinolaringólogo  Ortodoncista  Logopeda  Fisioterapeuta  
 Cirujano Mx/Fc  Otros  Varios de ellos

Autores: Elsa Bottini, Jordi Coromina, Pablo Echarri, Andreu Esteve, Francisco Fernández Martín, Manuel Gorina, Diana Grandi, Lyda Lapiz, Joan Pau Marcó, Javier Meraque, Yvette Ventosa, Emma Vila

**Protocolo de detecção de ronco e SAOS em adultos**

**Bottini E., Coromina J., Echarri P., Esteve A., Fernández Martín F., Gorina M., Grandi D., Lapytz L., Marcó J.P., Mareque J., Ventosa Y, y Vila E. (2015)**

# ALERTA:



# AVALIAÇÃO

# AMIOFE

## Validado para o português brasileiro Felício, Ferreira - 2008

Institute/School/College

[Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto](#)

Knowledge Area

[Facial Structure Morphophysiology](#)

Date of Defense

[2010-03-26](#)

Published

Ribeirão Preto, 2010

Supervisor

[Felício, Claudia Maria de \(Catálogo USP\)](#)

Committee

Felício, Claudia Maria de (President)

Genaro, Katia Flores

Lima, Wilma Terezinha Anselmo

Title in Portuguese

Ampliação das escalas numéricas do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial (AMIOFE), validação e confiabilidade

Abstract in Portuguese

Na literatura, há apenas um protocolo de avaliação miofuncional orofacial validado, o Protocolo de avaliação miofuncional orofacial com escores (AMIOFE) (Felício e Ferreira, 2008). Apesar da reconhecida importância da avaliação perceptiva esta apresenta certas limitações devido à sua subjetividade, além disso, a maior precisão nos resultados é obtida com escalas numéricas de avaliação mais amplas. As escalas numéricas e o número de itens a serem avaliados pelo protocolo AMIOFE foram ampliados, visando possibilitar a detecção e registro de pequenas diferenças nas características físicas e nos comportamentos orofaciais entre-sujeitos e variações intra-sujeito ao longo do tempo. Os objetivos deste estudo foram descrever o Protocolo AMIOFE ampliado (AMIOFE-A), analisar a validade, a confiabilidade e a concordância, bem como investigar os valores de

Felício CM, Folha GA, Ferreira CLP, Medeiros APM. Expanded protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores: validity and reliability. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2010;74(11):1230-9.

### FUNÇÕES

Respiração		Escores
<b>Modo</b>		
Respiração nasal	Normal	(4)
Respiração oronasal	Leve	(3)
	Moderada	(2)

Nome: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Data do exame: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Idade: \_\_\_ anos e \_\_\_ meses DN: \_\_\_ / \_\_\_

**Orofacial myofunctional evaluation – MBGR Protocol**

Katia Flores Genaro <sup>(1)</sup>, Giédre Berretin-Felix <sup>(2)</sup>,  
 Maria Inês Beltrati Cornacchioni Rehder <sup>(3)</sup>, Irene Queiroz Marchesan <sup>(4)</sup>

**1. POSTURA CORPORAL** (Observar o paciente em pé e sem calçado)

**Cabeça** [ ] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 4)  
 [flexão e extensão = sim] [rotação = não] [inclinação = talvez]

<b>Frontal:</b>	(0) normal	(1) rotação D	(1) rotação E	(1) inclinação D	(1) inclinação E
<b>Lateral:</b>	(0) normal	(1) anteriorizada	(1) flexão	(1) extensão	

**Ombros** [ ] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 3)

<b>Frontal:</b>	(0) normal	(1) elevado D	(1) elevado E
<b>Lateral:</b>	(0) normal	(1) rotação anteriorizado	

Observação: \_\_\_\_\_

Rev. CEFAC. 2009 Abr-Jun; 11(2):237-255

**2. MEDIDAS DA FACE, MOVIMENTO MANDIBULAR E OCLUSÃO**

**Face** (manter os lábios em contato, tomar cada medida 3 vezes com paquímetro e calcular a média)

	1ª medida (mm)	2ª medida (mm)	3ª medida (mm)	Média (mm)
terço médio da face (glabella a sub-nasal)				
terço inferior da face (sub-nasal a gnatio)				
altura da face - A (glabella a gnatio) (soma do terço médio com o inferior)				
largura da face - La (proeminências dos arcos zigomáticos)				
canto externo do olho direito à comissura do lábio direita				
canto externo do olho esquerdo à comissura do lábio esquerda				
lábio superior (sub-nasal ao ponto mais inferior do lábio superior)				
lábio inferior (do ponto mais superior do lábio inferior ao gnatio)				

**Movimento Mandibular e Oclusão** (usar paquímetro e lápis cópia, tomar cada medida 3 vezes e calcular a média)

	1ª medida (mm)	2ª medida (mm)	3ª medida (mm)	Média (mm)
trespasse vertical - TV (com os dentes em oclusão, marcar na vestibular dos incisivos inferiores a face incisal dos incisivos superiores e medir a distância dessa marcação até a face incisal dos incisivos inferiores; na mordida aberta medir a distância entre as faces incisais dos dentes incisivos superior e inferior, no plano vertical, e o resultado obtido será negativo)				
trespasse horizontal - TH (medir a distância entre as faces incisais dos incisivos superiores e inferiores, no plano horizontal)				
lateralidade mandibular direita (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandibular para a direita e medir a distância entre a marcação e linha média superior)				
lateralidade mandibular esquerda (marcar a linha média dentária da arcada superior na arcada inferior, levar a mandibular para a esquerda e medir a distância entre a marcação e linha média superior)				
distância interincisal máxima ativa - DIMA (do incisivo central ou lateral superior ao inferior com a máxima abertura da boca)				
abertura da boca (DIMA +TV)				
DIMA com o ápice da língua tocando a papila incisiva (DIMALP)				
calcular: (DIMALP) x 100 DIMA				



## Problemas respiratórios

			Frequência anual	Tratamento	Medicamento
Resfriados frequentes*:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Problemas de garganta:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Amidالية:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Halitose:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Asma:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Bronquite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Pneumonia:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Rinite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Sinusite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Obstrução nasal:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Prurido nasal:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Coriza:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			
Espirros em salva:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim			

\*resfriado frequente (alteração de via aérea superior – viral): crianças até 5 anos acima de 12 episódios/ano

entre 6 e 12 anos acima de 6 episódios/ano

## HISTÓRIA CLÍNICA - MBGR

Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Outros problemas: \_\_\_\_\_

## Sono

Aagitado:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Fragmentado:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ronco:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ressona:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Sialorréia:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Apnéia:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Ingestão de água a noite:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Boca aberta ao dormir:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Boca seca ao acordar:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Dores na face ao acordar:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sim
Postura:	<input type="checkbox"/> decúbito lateral	<input type="checkbox"/> decúbito dorsal	<input type="checkbox"/> decúbito ventral
Mão apoiada sob o rosto:	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes [ ]D [ ]E	<input type="checkbox"/> sim [ ]D [ ]E

Outros problemas: \_\_\_\_\_

# Exame Miofuncional Orofacial - MBGR

Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

## 1. POSTURA CORPORAL (Observar o paciente em pé e sem calçado)

**Cabeça** [ ] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 4)  
[flexão e extensão = sim] [rotação = não] [inclinação = talvez]

<b>Frontal:</b>	(0) normal	(1) rotação D	(1) rotação E	(1) inclinação D	(1) inclinação E
<b>Lateral:</b>	(0) normal	(1) anteriorizada	(1) flexão	(1) extensão	

**Ombros** [ ] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 3)

<b>Frontal:</b>	(0) normal	(1) elevado D	(1) elevado E
<b>Lateral:</b>	(0) normal	(1) rotação anteriorizado	

Observação: \_\_\_\_\_

## 8. FUNÇÕES ORAIS

**Respiração** [ ] Somar todas as pontuações (melhor resultado = 0 e pior = 9)

<b>Tipo:</b>	(0) médio/inferior	(1) médio/superior	(1) outro ( <i>descrever</i> ): _____	
<b>Modo:</b>	(0) nasal	(1) oronasal	(2) oral	
<b>Fluxo nasal</b> ( <i>usar o espelho</i> )	<b>ao chegar:</b>	(0) simétrico	(1) reduzido à direita	(1) reduzido à esquerda
	<b>após limpeza:</b>	(0) simétrico	(1) reduzido à direita	(1) reduzido à esquerda
<b>Possibilidade de uso nasal:</b>	(0) 2 minutos ou mais	(1) entre 1 e 2 minutos	(2) menos que 1 minuto	

Observações: \_\_\_\_\_



# Exame Miofuncional Orofacial - MBGR

Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

## Resumo do Exame Miofuncional Orofacial - MBGR

Marchesan IQ, Berretin-Felix G, Genaro KF, Rehder MI

Nome: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_/\_\_/\_\_

### Diagnóstico fonoaudiológico e condutas

	Escore	Observação
<b>POSTURA CORPORAL</b>		
Cabeça	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 4
Ombros	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 3
<b>EXAME EXTRA-ORAL</b>		
Norma Frontal	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 3
Numérica		
Norma Frontal	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 12
Subjetiva		
Masseter	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 1
Mandíbula	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 2
Lábios	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 19
Norma lateral	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 2
<b>EXAME INTRA-ORAL</b>		
Lábios	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 3
Bochechas	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 10
Língua	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 29
Palato	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 8
Tonsilas Palatinas	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 4
Dentes e oclusão	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 17
<b>MOBILIDADE</b>		
Lábios	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 37
Língua	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 52
Bochechas	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 12
Véu Palatino	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 8
Mandíbula	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 9
<b>TÔNUS</b>	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 8
<b>SENSIBILIDADE</b>		
Dor à palpação	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 10
<b>FUNÇÕES</b>		
Respiração	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 9
Mastigação	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 10
Deglutição: 1ª Prova	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 18
2ª Prova	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 16
3ª Prova	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 16
Fala: 1ª Prova	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 6
2ª Prova	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 6
3ª Prova	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 8
4ª Prova	[ ]	melhor resultado = 0 e pior = 18

Outras alterações: \_\_\_\_\_

Exames solicitados: \_\_\_\_\_

Dados coletados de exames recebidos de outros profissionais:

Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

Hipótese diagnóstica fonoaudiológica \_\_\_\_\_

Prognóstico: \_\_\_\_\_

Plano terapêutico: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

Fonoaudiólogo responsável: \_\_\_\_\_ CRF<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_



**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA  
RESPIRAÇÃO COM PONTUAÇÃO PEFORP  
Franklin Susaníbar – Cynthia Dacillo**

- ANAMNESE
- EXAME CLÍNICO
- ANÁLISE DE RESULTADOS
- CONCLUSÕES E COMPORTAMENTOS

# ANAMNESE

- QUALIDADE DE SONO
- SAÚDE RESPIRATÓRIA
- ASPECTOS HABITUAIS DIÁRIOS
- HÁBITOS ORAIS
- AVALIAÇÕES E TRATAMENTOS REALIZADOS

# EXAME CLÍNICO

- **POSTURA CORPORAL**
- **AVALIAÇÃO MORFOLÓGICA OROFACIAL**
  - **EXTRAORAL:** tipologia facial (padrão vertical e sagital); região orbital (olhar, olheiras); região nasal (tamanho, aparência e septo nasal; simetria e aparência das narinas; ângulo nasolabial); região oral (postura usual dos lábios, cor, espessura, tamanho, tonicidade); funcionalidade do músculo do queixo; postura usual da mandíbula)
  - **INTRAORAL:** Escala de Mallampati modificada por Samsom & Young; Amígdalas palatinas (presença, grau, coloração); palato duro (largura, altura: adequado, alto, pontiagudo)

## **AValiação Funcional:**

- **Avaliação Modo respiratório** (nasal / oronasal / oral) e **qualidade audível** (silencioso / ruidoso)
- **Teste de patência nasal expiratória:** placa oronasal adaptada por Susaníbar (POAS)
  - ✓ Sem higienizar o nariz e sem ocluir a cavidade oral (linha azul cont.)
  - ✓ Sem higienizar o nariz e ocluir a cavidade oral (linha azul quebrada)
  - ✓ Higienizando o nariz e sem ocluir a cavidade oral (linha vermelha cont.)
  - ✓ Higienizar o nariz e ocluir a cavidade oral (linha pontilhada vermelha)
- **Tipo respiratório**
- **Voz** (ressonância adequada, hipernasal, hiponasal)

## **ANÁLISE DE RESULTADOS CONCLUSÕES e CONDUTA**

**1. A pontuação obtida nas diferentes secções indica a categoria:**

- Adequada, leve alteração, moderada, grave
- Respiração Nasal, Oronasal Leve, Oronasal Moderada, Oral.

**2. Orientação ao paciente e pais sobre a alteração, prognóstico, encaminhamentos adequados, abordagem terapêutica**

### ANAMNESIS MIOFUNCIONAL<sup>1</sup>

Nombre y Apellidos: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad: .....

Domicilio: ..... T el: .....

Derivado por: .....

Motivo de consulta: .....

Fecha: ..... / ..... / .....

Antecedentes hereditarios o congénitos:

Antecedentes personales:

\*Embarazo: ..... \*Parto: .....

Pautas madurativas:

\*Caminó: ..... \*Habló: ..... \*Control de esfínteres: .....

Alimentación:

\*Alimentación natural: hasta ..... \*Alimentación artificial: hasta .....

\*Dificultad ante el cambio de alimentación: No  Si

\*Uso del chupete: No  Si  hasta : .....

Enfermedades:

- Alergias
- Sinusitis
- Adenoiditis
- Amigdalitis
- Resfriados frecuentes
- Otitis o patologías de oído
- Otras: .....

Estudios ORL: .....

Otros estudios: .....

<sup>1</sup> Anamnesis citada en "Terapia Miofuncional. Diagnóstico y tratamiento" – Grandi, D. y Donato G., Editorial Lebón, Barcelona (2006)

Estuvo al cuidado de: Madre - Otro Familiar - Guardería - Otros  
Desde ..... hasta .....

Parafunciones o hábitos lesivos:

- Succión digital
- Succión o mordisqueo labial
- Succión o mordisqueo lingual
- Succión de carrillos
- Succión de objetos
- Onicofagia
- Bruxismo
- Enuresis
- Ronquido y/o babeo nocturno
- Dificultad en el sueño
- Otras: .....

Tratamientos realizados o en curso:

- \* Ortodóncico
- \* Logopédico
- \* Otros

Situación actual:

\* Dinámica familiar:

\* Escolaridad:

\* Hábitos de alimentación:

Tipo de alimentos que prefiere:	Duros	Blandos	
Trozos de alimentos:	Pequeños	Grandes	
Forma de masticación con boca:	Cerrada	Abierta	
Modo de masticación:	Normal	Lento	Rápido
Saca la lengua al recibir el alimento:	No	Si	
Bebe demasiado líquido durante las comidas:	No	Si	
Saca la lengua al recibir el vaso:	No	Si	
Derrama líquido al beber:	No	Si	
Hace buches antes de tragar:	No	Si	
Le cuesta tomar comprimidos:	No	Si	

Otras observaciones de la madre (hace ruido al tragar, hace muecas o movimientos agregados, etc.): .....

\* Respiración:

Modo:	Nasal	Oral	Mixto
Respiración bucal:	Nocturna	Diurna	
	Ocasional	Permanente	
Babeo:	Nocturno	Diurno	
Ronquido:	No	Si	
Boca seca:	No	Si	
Halitosis:	No	Si	
Resfriados frecuentes:	No	Si	
Otitis:	No	Si	
Practica algún deporte:	No	Si	
Se cansa al correr:	No	Si	

Actitud postural espontánea: .....

Pie plano, uso de plantillas: .....

Otros: .....

Operaciones pendientes: .....

\* Lenguaje, Habla y Voz:

Dislalias:  
Disfonía:  
Otras alteraciones:

\* Dentición:

Temporaria: ..... Mixta: ..... Permanente: .....

Tuvo algún traumatismo en el órgano bucal:

Hábitos de higiene bucal:

Realiza controles odontológicos:

Conclusiones:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Observaciones: Se consignan en color los datos clínicamente significativos, que deberán ser tenidos en cuenta con mayor atención.



# FICHA DE EVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL

## Donato G., Grandi D.

**FICHA de EVALUACIÓN MIOFUNCIONAL**

*Graciela Donato- Fonoaudióloga  
Diana Grandi - Licenciada en Fonoaudiología*

Nombre y Apellidos: .....  
 Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad: .....  
 Domicilio: ..... Tel: .....  
 Derivado por: .....  
 Fecha del examen: ..... / ..... / .....  
 Centro Educativo: ..... Curso: .....

*Diagnóstico Miofuncional:*

*Diagnóstico Ortodóncico:*

**Examen muscular:** Escala de Cahuepé. Puntuación: 5 (contra resistencia); 4 (sin oponer resistencia); 3 (no es capaz de realizar el movimiento)

1- Musculatura peribucal

- Orbiculares .....
- Buccinadores .....

2- Musculatura Lingual

- Elevación .....
- Descenso .....
- Protrusión .....
- Retrusión .....

3- Musculatura masticatoria

- Apertura .....
- Cierre .....
- Protrusión .....
- Diducción .....

**Examen Exobucal:**

- Facie: Normal  
Adenoidea (\*) (\*\*)  
Otras características .....
- Patrón de crecimiento  
Tendencia Mesofacial  
Tendencia Dólícofacial (\*\*\*)  
Tendencia Braquifacial
- Labios en reposo: Competentes  
Incompetentes (\*)

1

Labio superior: Corto Hipotónico Normal Normal Largo Hipertónico

Labio inferior: Corto Hipotónico Evertido Normal Normal Largo Hipertónico

- Frenillos labiales: Normal Alterado (\*\*\*)  
Superior    
Inferior
- Movilidad labial: fruncir, estirar, elevar, descender, lateralizar  
Normal  Alterada  (\*)
- Contracción de musculatura perioral :  
NO  SI  (\*)
- Nariz:  
Narinas: Grandes  Pequeñas  Colapsadas  uni / bilateral (\*\*)  
Otras características.....
- ATM:  
Apertura: .....mm (Con Pie de Rey) Normal  Con laterodesviación   
Cierre: Normal  Con laterodesviación   
Refiere Bruxismo  Briquismo o Tensión mandibular  (\*\*\*)

Observaciones: .....

**Examen Endobucal:**

- Lengua:  
Tamaño  
Movilidad  
Frenillo  
Posición en Reposo
- Movilidad lingual (afinar, retruir, descender la base lingual) :  
Normal  Alterada  (\*)
- Paladar óseo:  
Conformación: Normal  Ojival  (\*\*\*)  
Rugas: Indefinidas  Definidas  (\*)
- Paladar blando y úvula:  
Conformación: Normal  Bífida   
Otras características.....

2

- Encías Normales  Inflamadas  Sangrantes  (\*\*\*)
- Dentición: Temporaria  Mixta  Permanente
- Arcadas dentarias: (\*\*\*)  
Relación antero-posterior: Clase I (Normoclusión)   
Clase II (Distoclusión)   
Clase III (Mesioclusión)
- Relación vertical: Normal   
Mordida Abierta Anterior  Lateral  Posterior   
Sobremordida  Mordida Cubierta
- Relación transversal: Normal   
Mordida Cruzada Unilateral  Bilateral   
Laterodesviación mandibular
- Piezas dentarias:  
Características normales  Macrodoncia  Microdoncia   
Diastemas   
Otras características: .....
- Aparatología Ortodóncica Fija  Removible
- Prótesis Fija  Removible

3

**Funciones Orofaciales:**

**1- RESPIRACIÓN**

- Tipo respiratorio: Costal Superior  (\*)  
Costo-diafragmático   
Abdominal   
Mixto
- Modo respiratorio: Nasal  Mixto  Oral  (\*\*)
- Prueba de Rosenthal  
ambas narinas Sin Dificultad Con Dificultad  
narina derecha .....  
narina izquierda .....
- Espejo de Glatzer (permeabilidad nasal)  
Simétrico  Asimétrico
- Reflejo narinario de Godin (conformación de narinas)  
Se dilatan una  las dos   
No se dilatan una  las dos
- Escape Nasal: NO  SI  Unilateral  Bilateral

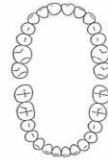
**2- DEGLUCIÓN: (\*)**

Deglución de:	líquidos	sólidos	saliva
Normal	.....	.....	.....
Interposición labial	.....	.....	.....
Interposición lingual	.....	.....	.....
Empuje lingual superior	.....	.....	.....
Empuje lingual inferior	.....	.....	.....
Empuje lingual lateral	.....	.....	.....
Contracción peribucal	.....	.....	.....
-puntillado mentoniano	.....	.....	.....
-contracción comisural	.....	.....	.....
- ambas	.....	.....	.....

**Técnica de Payne:**

Ubicación de la lengua durante la deglución:

4



Deglución normal  Interposición lingual  Interposición labial

Ambas  Otras  .....

**3- MASTICACIÓN: (\*) (\*\*\*)**

- Maseterina (normal)  Temporal (alterada)
- Bilateral  Unilateral
- Eficiente  Ineficiente

**4- ACTITUD POSTURAL: (\*)**

- Normal
- Alterada  .....

**5- FONOARTICULACIÓN: (\*)**

Dislalias: S R RR Otras: .....  
Articulaciones de compensación: P B M T L N D Ñ LL CH Y

**Voz: (\*)**

- Normal
- Disfónica
- Coordinación Fonorespiratoria

**6- PRESENCIA de HÁBITOS LESIVOS: (\*)**

NO  SI   
Cuáles: .....

¿Han intentado corregirlos?

5

NO  SI   
Cómo: .....

Evaluación realizada por: .....

**Observaciones:**

- 1- Los ítems señalados en color se consideran clínicamente significativos y por lo tanto requerirán la intervención logopédica (\*), la derivación al ORL (\*\*) y/o la derivación al ortodoncista (\*\*\*).
- 2- Si se observaran características llamativas en cualquiera de los aspectos relativos a Labios y Lengua o se requiriera realizar una evaluación más metódica de los mismos, se sugiere ampliar el examen utilizando la *Guía de Valoración Funcional de Donato-Grandi* y la *Ficha de Evaluación del Frenillo Lingual, de Ventosa*.

(Última revisión realizada por las autoras: Enero 2011)

# Lei de Proteção de Dados

\* Regulamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, relativo à proteção de pessoas físicas em relação aos dados pessoais.

**NÃO É PERMITIDO FOTOGRAFAR E/OU FILMAR OS SLIDES**  
Obrigada.

\* Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.



**TODOS OS DIREITOS RESERVADOS**

**NÃO É PERMITIDO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL.**

**Propriedade Intelectual de Diana Grandi (exceto onde indicado em contrário).**

## EXAME EXOBUCAL

### FACIES:

\* NORMAL

\* **ADENOIDEA**

\* OUTRAS CARACTERÍSTICAS

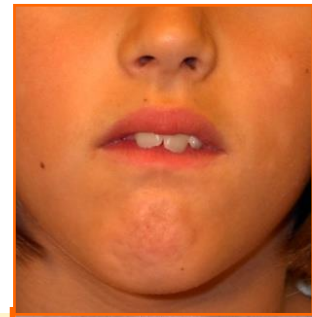
# TIPOLOGIA FACIAL

## PADRÃO DE CRESCIMENTO

- Análise de terços
  - **DÓLICOFACIAL**
  - BRAQUIFACIAL
  - MESOFACIAL

## PERFIL FACIAL

- 3 tipos:
  - ORTOGNÁTICO
  - **RETROGNÁTICO**
  - **PROGNÁTICO**



# LÁBIOS EM REPOUSO

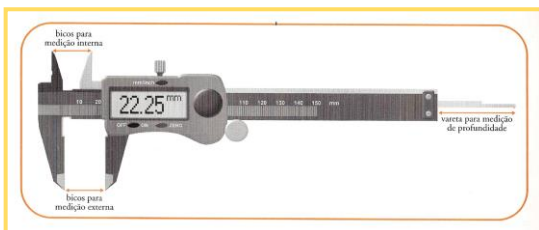


- RELACIONAMENTO INTERLABIAL
- COMPETENTE ou INCOMPETENTE
- SECO, RACHADO (COM FISSURAS)

Relación normal  $\left[ \frac{\text{Superior}}{\text{Inferior}} = \frac{1/3}{2/3} \right]$

Labio superior incompetente en reposo

Labios secos o agrietados



Diferença entre boca aberta / entreaberta

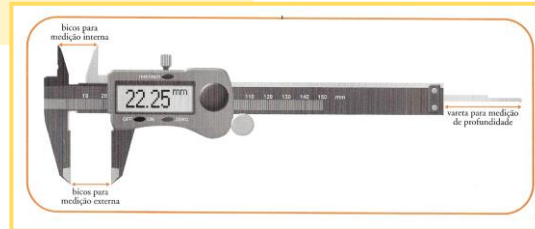


# FREIO DO LÁBIO



- NORMAL
- ALTERADO
- OUTRAS CARACTERÍSTICAS

# LÁBIO



COMPETENTE?  
INCOMPETENTE?  
LÁBIO CURTO?...

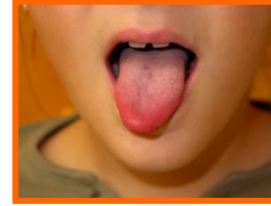
# MOBILIDADE LABIAL

- NORMAL
- ALTERADA

- Palato duro e mole, úvula
- Conformação do palato
- Rugas palatinas
- Gengivas, dentição e oclusão
- Tonsilas





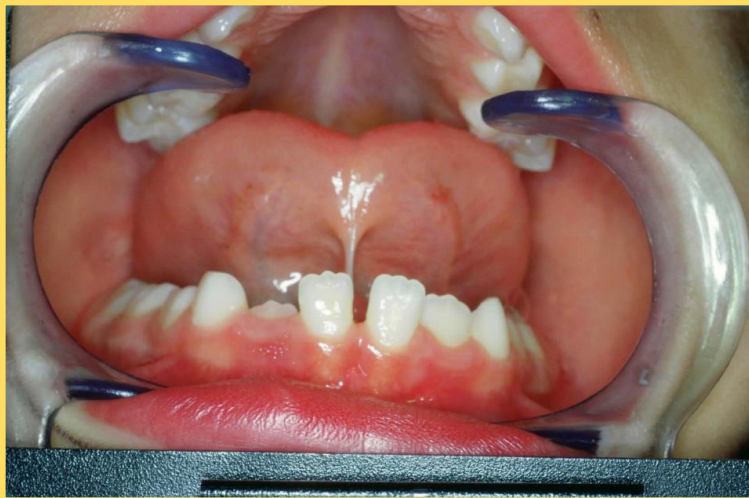


## POSTURA LINGUAL HABITUAL



- Elemento essencial da combinação
- Funciona em torno de 20h / dia
- Postura usual + Volume + Forma = **verdadeiro elemento MORFOGENÉTICO**

# FRENULUM?

- **MARCHESAN (Protocolo de Avaliação de Frênulo)**
- **MARTINELLI – MARCHESAN (Teste da Lingüinha)**
- **VENTOSA (PEDIFL)**



# Protocolo de Avaliação de Frênulo Marchesan

	<b>PROTOKOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA</b>	
	<b>CEFAC Pos-Graduación en Salud y Educación</b>	
	<b>Irene Queiroz Marchesan</b>	
Traducción y adaptado al español por: Eliana Rivera (Colombia) y Franklin Susanibar (Perú)		

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo F ( ) M ( )  
 Fecha Del examen: DD / MM / AAAA Edad: \_\_\_ años y \_\_\_ meses FN: DD / MM / AAAA  
 Informante: \_\_\_\_\_ Grado de parentesco: \_\_\_\_\_

Estudia:  sí  no En qué año o semestre está?: \_\_\_\_\_ Hasta que nivel estudió: \_\_\_\_\_  
 Trabaja:  sí  no En que: \_\_\_\_\_  
 Ya trabajó:  no  sí En que: \_\_\_\_\_  
 Actividad física:  no  sí Cuánt: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_ Ciudad/Dpto.: \_\_\_\_\_ SEGURO: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
 Hermanos: no   sí cuántos: \_\_\_\_\_

¿Quién sugirió la evaluación fonosaudiológica? (Nombre, especialidad y teléfono): \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el motivo de la derivación?: \_\_\_\_\_

Queja principal (motivo de consulta): \_\_\_\_\_

**Otros motivos relacionados a la consulta:**  
 no  sí (1) a veces (2) sí  
 labios ( lengua ( succión ( masticación ( deglución  
 respiración ( habla ( frenillo lingual ( voz ( asfíjias  
 aprendizaje ( estética facial ( postura ( oclusión ( cefaleas frecuente  
 ruido en la ATM ( dolor en ATM ( dolor en el cuello ( dolor en los hombros  
 dificultad al abrir la boca ( dificultad al mover la mandíbula hacia los lados ( Otras

**Antecedentes Familiares – investigar si existen casos en la familia con alteración de frenillo de lengua**  
 no  sí ¿Quién y cuál es el problema? \_\_\_\_\_

**Problemas de Salud**  
 no  sí Cuáles: \_\_\_\_\_

**Problemas respiratorios**  
 no  sí Cuáles: \_\_\_\_\_

**Lactancia**  
 Materna:  sí hasta cuándo: \_\_\_\_\_  no  
 Biberón:  sí hasta cuándo: \_\_\_\_\_  no  
 ¿El niño tuvo dificultad para lactar del pecho?  no  sí Si es así ¿Qué dificultad(es) tuvo? \_\_\_\_\_

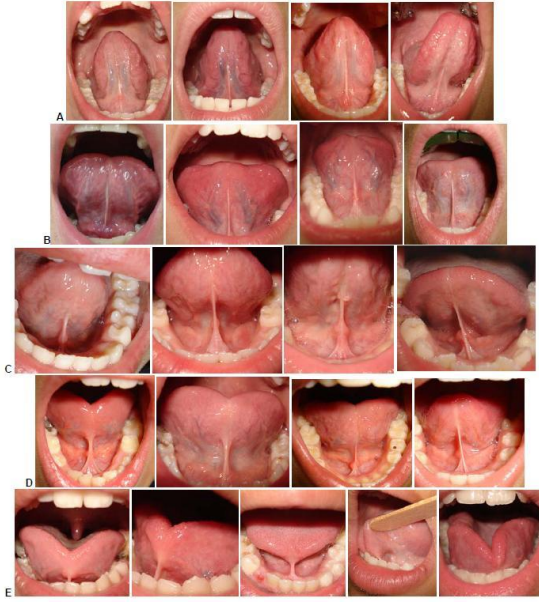
**Alimentación – dificultades con la masticación**  
 no  sí ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**Alimentación – dificultades con la deglución**  
 no  sí ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**Hábitos Orales:**  
 no  sí ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**Presenta alteración del habla**  
 no  sí ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Ejemplos de diferentes tipos de frenillo	
Tipo	Descripción
<b>A – Normal</b>	Fijación en medio de la cara inferior de la lengua y, en el piso de la boca, generalmente el frenillo es visible a partir de las carúnculas sublinguales.
<b>B – Anteriorizado</b>	Cuando, en la cara inferior de la lengua, la fijación se encuentre por encima de la mitad.
<b>C – Corto</b>	La fijación en el medio de la cara inferior de la lengua es como la del frenillo normal, sin embargo, es de menor tamaño. Generalmente la fijación en el piso de la boca, es visible a partir de la cresta alveolar y casi siempre están visibles las tres puntas de la fijación del frenillo en esta cresta.
<b>D – Corto y anteriorizado</b>	Presenta una combinación de las características del frenillo corto y del anteriorizado.
<b>E – Anquiloglosia</b>	Lengua totalmente fijada al piso de la boca.



# Protocolo de avaliação do freio da língua em bebês com pontuação Martinelli e colaboradores - 2012



## PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS

Martinelli y col, 2012

Traducido al español por: Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú)

### HISTORIA CLÍNICA

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de examen: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: M ( ) F ( )

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado: \_\_\_\_\_ Seguro Med.: \_\_\_\_\_

Teléfonos: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Casa Trabajo Celular

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares (Investigar si existen casos en la familia con alteración del frenillo de la lengua) ( ) No (0) / ( ) Si (1)

¿Quién y que dificultad presenta? \_\_\_\_\_

Problemas de salud: ( ) No ( ) Si

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Lactancia materna:

- ¿Cuál es el tiempo entre tomas? ( ) 3h (0) ( ) 2h (0) ( ) 1h o menos (2)
- ¿Presenta cansancio al lactar? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Lacta un poco y se duerme? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Va soltando el pezón? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Muerde el pezón? ( ) No (0) ( ) Si (2)

Puntuación total de la historia clínica: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 8

## EXAMEN CLÍNICO (se sugiere filmar para realizar un análisis posterior)

### PARTE I – EVALUACIÓN ANATOMOFUNCIONAL

#### 1. Postura habitual de labios



#### 2. Tendencia de la posición de la lengua durante el llanto



#### 3. Forma de la lengua cuando se eleva durante el llanto

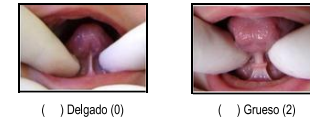


#### 4. Frenillo de la lengua



EN CASO DE NO SER OBSERVADO, PROSEGUIR CON LA SEGUNDA PARTE (Evaluación de las funciones orofaciales)

#### 4.1 Espesor del frenillo



#### 4.2 Fijación del frenillo en la cara sublingual (ventral) de la lengua



#### 4.3 Fijación del frenillo en el piso de la boca

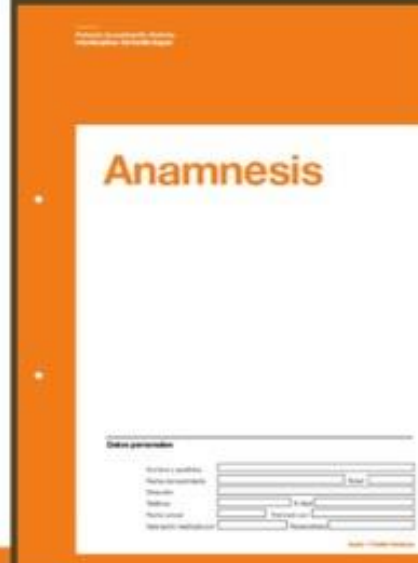


\* Maniobra de elevación y posteriorización de la lengua.

Si no se observa, acompañar el caso.

Puntuación total de la evaluación anatomofuncional: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 12

# PEDIFL – Yvette Ventosa, 2014



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INTERDISCIPLINAR...  
Para unificar criterios de evaluación e intervención

## **OUTROS SINAIS DE AVISO:**

- **Configuração das arcadas dentárias**
- **Profundidade da abóbada palatina**
- **Posição dentária**



# **GENGIVA, DENTIÇÃO E OCLUSÃO**

# MALOCCLUSÕES NOS 3 PLANOS DA BOCA

## PLANO ANTERO POSTERIOR

- CLASSE I DE ANGLE (NORMOCLUSÃO)
- **CLASSE II DE ANGLE (DISTOCLUSÃO) 1ª e 2ª divisão**
- **CLASSE III DE ANGLE (MESIOCLUSÃO)**

## PLANO VERTICAL

- **OPENBITE**
- MORDIDA COBERTA
- **OVERBITE**

## PLANO TRANSVERSO

- **CROSS BITES - ESTREITO**
- **DESVIOS LATERAIS MANDIBULARES**



## As **alterações ortodónticas** mais frequentemente observadas em pacientes com **RESPIRAÇÃO ORAL**:

- Mordida cruzada
- Palato alto e estreito
- Protrusão maxilar
- Retrusão mandibular
- Altura facial inferior aumentada



The influence of oral breathing on dental occlusion: a literature overview. ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia - Vol. 26 (3: 151-154, 2008)