

Práctica Fonoaudiológica en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca.

Autor Principal

Leidy Johanna Rodríguez Riaño

Facultad de Ciencias de la Salud

**Grupo de investigación Desarrollo y
Discapacidad de la Comunicación
Interpersonal – Estudio y Abordaje.**

Coautores

Sahira Gimena Franco Hernández, Mónica

Burgos García, Martha Lucía Hernández

Blanco & María Tatiana Ramírez Lozano



Práctica Fonoaudiológica en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y
Cundinamarca

Speech Pathology Practice in Critical Care Units Bogotá and
Cundinamarca

Leidy Johanna Rodríguez Riaño

Nombre Coautores

Gimena Franco, Mónica Burgos, Martha Hernández & María Tatiana
Ramírez

Nombre Editores

Katherin Rodriguez Romero, Naydu Cecilia Roncancio Toro, Sandra
Milena Zamora Durán, Paula Alejandra Gómez González

Diciembre 18 de 2017

Agradecimientos

Este proyecto surgió de las necesidades sentidas del gremio de fonoaudiólogos en Colombia del reconocimiento de la profesión en escenarios de cuidado crítico. Es pertinente el reconocimiento a agremiaciones como la Asociación Colombiana de Facultades de Fonoaudiología – ASOFON y sus programas agremiados, quienes apoyaron el enlace de investigadores y Programas de Fonoaudiología en la búsqueda de nuevas respuestas al papel del fonoaudiólogo en estas unidades.

Prólogo

La práctica fonoaudiológica en nuestro país desde hace más de 50 años ha establecido retos para los profesionales y los programas de formación de fonoaudiólogos en el país, éstos están directamente relacionados no sólo con los avances científicos y los cambios mundiales respecto a los modelos de atención y rehabilitación, sino que también imponen el desafío de posicionar a los fonoaudiólogos en escenarios y equipos interdisciplinarios.

Indudablemente, la herramienta fundamental frente a estos desafíos ha sido la investigación y la agremiación direccionada desde la academia y las organizaciones definidas para ello, es por ello por lo que éste trabajo representa un referente determinante para el reconocimiento del papel del fonoaudiólogo y la necesidad de posicionamiento dentro de los equipos interdisciplinarios en unidades de cuidado crítico.

La investigación muestra la realidad gremial en uno de los departamentos y la ciudad capital de nuestro país, el aporte de los fonoaudiólogos que se encuentran trabajando en contextos de cuidado crítico y sus resultados son definitivos para identificar las necesidades y proponer líneas de acción académica, profesional y gremial. Sus resultados hacen un llamado a la comunidad profesional y abre nuevos horizontes de investigación interdisciplinaria que se constituyan en evidencia de los aportes del trabajo fonoaudiológico y su impacto en las decisiones clínicas.

Como propuesta general, los hallazgos de este estudio permiten vislumbrar el futuro del fonoaudiólogo en cuidado crítico más allá de la atención a usuarios con deficiencias de deglución y de comunicación; visibilizando la necesidad de procesos de humanización en contextos de cuidado crítico, demandando una visión del fonoaudiólogo líder en humanización a través de la comunicación, como garante en la interacción efectiva entre profesionales, pacientes y familiares que minimice errores y promueva la toma de decisiones conjuntas, claras, eficientes y oportunas.

Adriana Duarte Valderrama

Resumen

Las necesidades de usuarios y sistemas de salud favorecen la incursión del fonoaudiólogo en servicios especializados como unidades de cuidado crítico. En Colombia información respecto a la práctica fonoaudiológica en este contexto es escasa. Esta investigación descriptiva con metodología de tipo mixto y de predominio cuantitativo, permitió obtener un panorama sobre la presencia del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico desde el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS y de las características de la labor del fonoaudiólogo en estas unidades con las respuestas a un autoreporte, de un grupo de profesionales que se desempeñan en estos escenarios en Bogotá y Cundinamarca. El 62% de las instituciones con unidades de cuidado crítico cuentan con la presencia del fonoaudiólogo en Bogotá y 35% en Cundinamarca. Las respuestas del autoreporte mostraron un grupo mayoritario de mujeres entre 31 y 40 años cuyo tiempo de obtención del título de pregrado fue de más de 10 años. Los fonoaudiólogos han cursado programas de posgrado, aunque prevalece capacitación con educación continuada. Realizan principalmente acciones en unidades de cuidado intensivo e intermedio, en adultos y neonatos, orientadas a la rehabilitación de funciones aerodigestivas superiores, con un promedio de atención entre cuatro y seis días a la semana, en jornadas de una a cuatro horas diarias, los principales Interconsultantes del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico son médicos tratantes e intensivistas. Los resultados muestran un panorama en evolución de la labor del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico desde diversos puntos de vista, muestran lo pertinente de la labor del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico, con usuarios, familiares y profesionales, que se relaciona con la evidencia internacional y el papel protagónico del fonoaudiólogo dentro del equipo interdisciplinar en estas unidades. Aún se requiere posicionamiento del profesional dentro de las unidades de cuidado crítico, lo que debe empoderar al fonoaudiólogo desde la formación, liderazgo y humanización en acciones que garanticen canales abiertos para la interacción de todas las personas que participan dentro de los procesos de las unidades de cuidado crítico y en acciones terapéuticas de calidad, basadas en evidencia.

Palabras Clave: Cuidado crítico, fonoaudiología, comunicación, deglución.

Abstract

The needs of users and health systems have expanded spaces where the speech and language pathologist enter, including specialized services such as critical care units, in Colombia information regarding the speech and language pathology practice in this context is scarce. This descriptive research with a mixed type methodology and a quantitative predominance, allowed us to obtain an overview of the presence of the speech and language pathologist in critical care units from the Registro Especial de Prestadores de Salud-REPS and about the characteristics of the speech therapist's work

in these units with the answers to a self-report, from a group of professionals who work in these scenarios in Bogotá and Cundinamarca. 62% of the institutions with critical care units have the presence of the speech therapist in Bogotá and 35% in Cundinamarca. The responses of the self-report showed a majority group of women between 31 and 40 years of age whose time of obtaining the undergraduate degree was more than 10 years. Speech and language pathologists have completed postgraduate programs, although access to continuing education training prevails. In their professional activities they perform actions in intensive and intermediate care units, in adults and neonates, mainly towards the rehabilitation of upper aerodigestive functions, with an average of attention between four and six days a week, in days of one to four hours daily. Professional actions in critical care units are mainly required by treating and intensivist physicians. The results show an evolving panorama of the work of the speech language pathologists in critical care units, from diverse points of view that shows the pertinence of the work in the critical care units, with users, family members and professionals, appreciation that is related to the international evidence and the leading role of the speech and language pathologists within the interdisciplinary team in these units. The professional positioning within the critical care units is still required, which should empower the speech therapist from the training, leadership and humanization in actions that guarantee open channels for the interaction of all the people who participate in the processes of the units of care. critical care and quality therapeutic actions, based on evidence.

Key Words: Critical care, speech, communication, swallowing.

Índice

Introducción.....	9
Capítulo I - Fundamentos Teóricos	11
Capítulo II- Metodología.....	17
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	17
2.2 Entidades Participantes	17
2.3 Dificultades del Estudio	17
2.4 Población Participante	18
2.5 Definición de Variables	18
Capítulo III- Aplicación y Desarrollo (Procedimiento)	20
Capítulo IV- Resultados	22
Capítulo V - Discusión	31
6.1 Cumplimiento de Objetivos específicos y Aportes.....	33
6.2 Líneas Futuras	34
6.3 Producción asociada.....	35
Apéndices	36
Referencias.....	42

Índice de Tablas

Tabla 1. Variables del estudio	18
Tabla 2. Unidades de cuidado crítico vs. instituciones en Bogotá y Cundinamarca.	22
Tabla 3. Instituciones y presencia del fonoaudiólogo en sus unidades de cuidado crítico.....	24
Tabla 4. Producción asociada.....	35

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca.....	23
Gráfico 2. Profesionales con respuesta vs instituciones con presencia del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico.....	24
Gráfico 3. Nivel de estudios posgraduales fonoaudiólogos de unidades de cuidado crítico de Bogotá y Cundinamarca	25
Gráfico 4. Educación continuada de fonoaudiólogos en unidades de ciudad crítico en Bogotá y Cundinamarca.	25
Gráfico 5. Experiencia de fonoaudiólogos en escenario clínico vs. unidades de cuidado crítico.....	26
Gráfico 6. Tipos de unidades de cuidado crítico y presencia de fonoaudiólogo.....	27
Gráfico 7. Intensidad laboral de fonoaudiólogos en unidades crítico	27
Gráfico 8. Profesionales de interconsulta frecuente a fonoaudiólogos en unidades de cuidado crítico.....	28
Gráfico 9. Remuneración económica de los fonoaudiólogos	29

Introducción

Las unidades de cuidado crítico son áreas especializadas en el cuidado de usuarios con alto riesgo de perder la vida por diversas causas, en estos espacios los equipos multidisciplinares son definitivos para asegurar atención de calidad, acorde a las necesidades de los usuarios y a los alcances de los sistemas de salud.

En la actualidad y con los alcances tecnológicos para el mantenimiento y cuidado en unidades de cuidado intensivo neonatales, pediátricas y adultos, se han extendido las expectativas de vida frente a diversos cuadros clínicos, antes destinados al deceso (Gálvez et al., 2011). Sin embargo, la permanencia prolongada en estas unidades, en condiciones de aislamiento puede generar situaciones adversas para procesos motores, cognitivos, sensoriales, comunicativos, sociales, emocionales y psicológicos que permanecen incluso, después del egreso de la unidad (Abizanda et al., 2011).

Dentro de este panorama, la presencia de los profesionales de rehabilitación dentro de las unidades de cuidado intensivo, se ha convertido en un valor agregado para garantizar la calidad de vida, ocupándose de minimizar secuelas y disminuir los periodos de estadía en cuidado crítico (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2007a).

Así mismo, el grupo médico y de enfermería son actores de referencia en las unidades, aunque en las últimas décadas profesiones de rehabilitación incursionaron en estos espacios. Profesiones como fisioterapia y terapia respiratoria son imprescindibles en el día a día de una unidad de cuidado crítico. En contraste, disciplinas como psicología, fonoaudiología y terapia ocupacional buscan posicionamiento en estos escenarios, respondiendo a demandas sobre la dignidad, la autonomía y el respeto por las personas en estados críticos de salud (Maziero, 2013).

La participación del fonoaudiólogo en estas unidades principalmente se asocia al cuidado y mantenimiento de la vida apoyando procesos de alimentación, sin embargo la presencia de este profesional, ha permitido avances en estrategias de comunicación entre pacientes, familiares y miembros del equipo interdisciplinar, que garantice la tranquilidad de todos los involucrados en este contexto y contribuya a tomar decisiones claras, con información completa y oportuna, lo que inevitablemente permitirá la humanización de los escenarios de cuidado crítico.

El trabajo interdisciplinar es fundamental dentro de una unidad de cuidado crítico y el personal de enfermería se convierte en la pieza más importante para transferir procesos de rehabilitación en este espacio, por su contacto permanente con el paciente. El fonoaudiólogo o sus homónimos en escenarios internacionales (Speech and Language Pathologist, Speech and Language Therapist, logopeda), es el especialista en

el manejo de alteraciones de comunicación y deglución, lo cual lo hace un miembro importante del equipo de cuidado crítico, especialmente como facilitador de los procesos asistenciales de enfermería y del equipo de especialistas en unidades de cuidado intensivo (Mathisen, Carey & O'Brien, 2012).

A pesar de esto, en este escenario aún no está definida claramente la presencia del fonoaudiólogo y la relevancia de sus acciones para la vida, la salud y la calidad de vida del paciente, menos sus aportes dentro del equipo interdisciplinar, para las interacciones entre instituciones, profesionales de la salud, paciente y familiares. Este vacío motivó el planteamiento de esta investigación fundamentada en la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de la práctica profesional fonoaudiológica en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca?

Objetivo General

Caracterizar las condiciones de la práctica profesional y de las percepciones del actuar profesional de fonoaudiólogos en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca, que permitan identificar fortalezas y necesidades de formación, investigación y visibilidad profesional en este escenario.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar las características demográficas de los profesionales en fonoaudiología que trabajan en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca.
- ✓ Describir las condiciones formación de pregrado, posgrado y continuada de los profesionales en fonoaudiología que trabajan en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca.
- ✓ Describir las condiciones laborales de los profesionales en fonoaudiología que trabajan en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca.
- ✓ Analizar percepciones, necesidades y condiciones del entorno de los profesionales en fonoaudiología que trabajan en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca.

Capítulo I - Fundamentos Teóricos

La Organización Mundial de la Salud (1996) define la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Durante las últimas décadas el concepto se ha ampliado hacia componentes que hacen parte de él, como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea.

Más allá del mismo concepto, la calidad de vida se relaciona con los contextos y con la realidad de las personas. En salud el concepto se usa comúnmente para, para referirse a las condiciones de un paciente o usuario dentro de los servicios de salud y/o en usuarios con condiciones de salud particulares (González, y otros, 2001). Urzúa (2010), resalta que la calidad de vida relacionada con salud, se evidencia en la experiencia del paciente en relación a su condición de salud, la experiencia del paciente resultado de los cuidados asistenciales, o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana.

Siempre la calidad de vida es una medición subjetiva, desde la realidad particular de las personas, sus creencias, sus entornos y propósitos de vida. En el caso de usuarios que se encuentra en estados vulnerables, el sistema de salud y las oportunidades de atención influyen significativamente en su calidad de vida.

Estos conceptos de calidad de vida y bienestar se han transformado en los últimos años, más allá de los modelos biológicos, donde la salud equiparaba de alguna manera al bienestar y se consideraba como el elemento principal de la calidad de vida de los seres humanos. La nueva visión ha sido sustentada desde otras ciencias y disciplinas distintas a la salud, como las ciencias humanas y sociales, lo que han permitido comprender que los factores que determinan el bienestar humano y la calidad de vida están estrechamente relacionados con otras condiciones distintas a la integridad física. En la actualidad los servicios de salud y los profesionales que pertenecen a ellos han logrado dimensionar estas premisas, mundialmente se han generado apuestas para ampliar estas miradas inclusivas e integrales que consideran al ser humano y su calidad de vida dentro de un sistema donde se promueven interacciones más allá de lo físico, y donde se consideran otros determinantes de los contextos y particularidades de las personas.

Una de las nuevas visiones o modelos actuales frente a una mirada inclusiva, fue desarrollada por La Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud – CIF (Organización Mundial de la Salud., 2001), que propone un modelo integrador que permite analizar a los seres humanos desde sus estructuras corporales, pero además invita a reconocer la influencia del medio que rodea a la persona con relación a su participación y limitación dentro de un contexto. Las oportunidades y barreras que impone la realidad única y particular de cada persona se convierten en determinantes que promueven o limitan el concepto de calidad de vida de las personas, su participación en actividades laborales y personales y su autonomía.

Quizá el más importante de los determinantes del bienestar humano es la comunicación, se convierte en un aspecto fundamental que permite a las personas ser quienes son en todos los contextos e interactuar para conseguir un propósito, laboral, social, familiar, esto permite hablar de bienestar comunicativo. Cuervo (1999) Menciona que el término bienestar comunicativo como el conjunto de condiciones comunicativas que brindan un equilibrio entre las oportunidades y la satisfacción de las necesidades comunicativas de la persona que le permiten desarrollo de sus capacidades y potencialidades dentro de un contexto que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida.

En todos los momentos y contextos donde el ser humano esté inmerso, la comunicación juega un papel fundamental para su interacción con otros, para ser reconocido y para lograr propósitos particulares. En los servicios de salud la comunicación no sólo media estas cuestiones personales, además, se convierte en la posibilidad de comprender situaciones adversas en contextos hostiles que demandan la toma de decisiones frente a situaciones vulnerables para los usuarios, sus familias y el grupo interdisciplinar (Rodríguez & Duarte, 2017). Los profesionales de la salud y sus acciones diarias, tiene un propósito global, sin el cual sería imposible el trabajo para otros, la calidad de vida, trabajar de manera sistemática con diferentes profesionales requiere generar acciones de impacto orientadas al cuidado de la salud y bienestar integral, no solo físico, que fomenten la calidad de vida y bienestar comunicativo en este entorno, y que asegure la delegación de acciones y funciones a familiares, profesionales y cuidadores, que permitan cumplir los objetivos trazados en la restitución de la salud y el propio bienestar.

Con estas premisas y siendo el fonoaudiólogo el profesional experto en la comunicación humana y sus interacciones, es lógico pensar en la importancia de su rol dentro del equipo interdisciplinar en escenarios de salud, con acciones profesionales orientadas a los usuarios y relacionadas con el abordaje oportuno de las funciones aerodigestivas superiores y comunicación, realizando acciones de evaluación diagnóstica e intervención. El fonoaudiólogo en su atención integral al usuario y su entorno contribuye positivamente a la condición de salud, a la disminución en la estadía hospitalaria y promueve acciones interdisciplinarias.

En consecuencia, el objeto de estudio de la fonoaudiología, la comunicación humana hace que la labor profesional deba enmarcarse en modelos de atención que permeen el escenario del usuario y sus interlocutores, que vaya más allá de lo físico y lo biológico. Es necesario que el usuario que demanda los servicios fonoaudiológicos, en este caso en escenarios de salud, pueda ser visto desde sus propias necesidades, las demandas de sus interlocutores y las oportunidades o limitantes de su entorno. Esta visión permite asumir la responsabilidad de la atención integral profesional de la comunicación humana.

Bernal(2003) propone un modelo sistémico de comunicación que representa esta visión integradora de la comunicación y que se compone de tres dimensiones. La

dimensión intrapersonal, entendida como un conjunto de habilidades, conocimientos, destrezas que caracterizan a un individuo y empleadas por este para relacionarse con el medio físico y social que lo rodea. En esta se incluyen variables biológica, lingüística, psicolingüística y psicológica. La dimensión interpersonal constituida por la intersubjetividad, que se entiende como la negociación de significados en relación con la información del mundo que comparten los interlocutores. Su descripción implica contextos, situaciones, formas de relación comunicativa, interlocutores, tópicos, propósitos y uso del código. Y la dimensión sociocultural, en la que se generan reglas de interacción dadas por la cultura y la sociedad, en ella se encuentran las variables relacionadas con los aspectos educativos legales, políticos, culturales y sociales que convierten en facilitadores o barreras el desarrollo comunicativo en los diferentes roles sociales según el momento del desarrollo.

Una visión humana integral que posibilita al fonoaudiólogo en base a su actuar por medio de un análisis completo de la comunicación real y donde ocurre tangible en la interacción, y favorece la toma decisiones con un juicio clínico bajo un abordaje sistémico que impactará la calidad de vida de los usuarios y de sus familias en escenarios de salud.

Dentro de los escenarios de salud, se encuentran diversos niveles de complejidad, en todos ellos los usuarios se encuentran en situaciones vulnerables y entornos hostiles y desconocidos, donde las dinámicas institucionales y profesionales pueden limitar una visión integradora, y más bien permitir vacíos comunicativos, interacciones fraccionadas, información errada, comprensión limitada de las situaciones. Las unidades de cuidado crítico reflejan un alto nivel de complejidad de salud, las personas que se encuentran allí cruzan por situaciones vulnerables y sus familiares habitualmente deben estar lejos de ellos. En estos espacios la comunicación se hace relevante por la magnitud y las características de la información que se maneja.

El cuidado crítico se relaciona con áreas asistenciales y de conocimiento complejo, donde prima el cuidado a la persona en alta (Castañeda , Orozco, & Rincón, 2015). Esta definición convoca a los profesionales a redimensionar el término cuidado crítico y ampliar los límites más allá de las unidades de cuidado intensivo, ya que también las unidades de cuidado intermedio, básico, crónicos, paliativos e incluso quemados, se encuentran personas en condiciones de alta vulnerabilidad, donde la vida corre riesgos de diversos niveles, pero que también tienen necesidades de atención, rehabilitación y asistencia permanente.

Independiente del nivel de complejidad, estos espacios requieren recursos humanos y físicos especializados, que garanticen monitoreo permanente y fundamente acciones asistenciales oportunas, no sólo orientadas al mantenimiento de la vida, sino a minimizar secuelas y disminuir los periodos de estadía en cuidado crítico (American Speech-Language- Hearing Association ASHA., 2007).

El avance tecnológico ha extendido las expectativas de vida frente a diversos cuadros clínicos, antes destinados al deceso (Galvez, & otros, 2011). La permanencia prolongada

en estas unidades en condiciones usualmente de aislamiento puede generar condiciones adversas para procesos motores, cognitivos, sensoriales, comunicativos, sociales, emocionales y psicológicos que permanecen incluso después del egreso de la unidad (Abizanda, et al. 2011).

De la misma manera los profesionales que conforman los grupos interdisciplinarios están cualificados para la atención de usuarios en situaciones de salud vulnerables, que requieren apoyo para el mantenimiento de la vida o para la finalización de la misma en condiciones dignas y de bienestar. Las profesiones de rehabilitación se han hecho visibles en estos espacios, actualmente fisioterapia y terapia respiratoria son disciplinas indispensables en el equipo interdisciplinario de unidades de cuidado crítico. Otras disciplinas como psicología, fonoaudiología y terapia ocupacional trabajan en el posicionamiento dentro de estos escenarios (Maziero, 2013).

El fonoaudiólogo es el especialista en el manejo de alteraciones de comunicación y deglución, lo cual lo hace un miembro importante del equipo de cuidado crítico, como facilitador de los procesos asistenciales de enfermería y del equipo de especialistas en Unidades de cuidado crítico (Mathisen, Carey, & O'Brien, 2012).

A pesar de esto, en este escenario aún no está definida claramente la presencia del fonoaudiólogo y la relevancia de sus acciones para la vida, la salud y la calidad de vida del paciente. Los fonoaudiólogos son consultados para manejo de desórdenes de deglución y de voz en pacientes post intubados o traqueostomizados en cuidado crítico (Wilches, Lopez y Arango, 2004).

El bajo reconocimiento de la profesión y el alcance de sus acciones se relaciona con la baja experticia y formación de los fonoaudiólogos frente al trabajo en el escenario, la oferta de posgradual y de educación continuada relacionada con este contexto es baja, y muy pocos profesionales acceden a programas que permita perfiles especializados para actuar en cuidado crítico (Limperolopoulos & Majnemer, 2002).

En la población neonatal el fonoaudiólogo se ha hecho visible en el equipo interdisciplinario, situación propiciada por las necesidades de alimentación y estimulación temprana de esta población, como determinantes para el desarrollo motor, cognitivo, comunicativo y deglutorio (Díaz, 2012a; Dewier, 2012).

En pediatría y de adultos la presencia del fonoaudiólogo es más limitada, las razones son variadas, entre ellas las condiciones de entrenamiento del profesional, que resulta ser altamente especializada, requiere alta competencia clínica y actualización permanente en procesos, procedimientos y guías de manejo (Baumgartner, Bewyer, & Bruner, 2004).

Estas particularidades se motivan en las demandas que implica desarrollar acciones terapéuticas en estos escenarios, donde las condiciones críticas representan alto riesgo para la comunicación y la deglución, y sus orígenes respiratorios, fisiológicos o anatómicos son delicados. En los adultos las características de estas condiciones

generan limitaciones para expresarse, comunicar sus intenciones y decisiones. En población pediátrica ocasionan desfases en el desarrollo cognitivo, motor y comunicativo que repercuten a largo plazo en la vida de los pacientes y sus familias (Fox, 2014).

Internacionalmente se reconoce la necesidad de formación profesional posgradual del fonoaudiólogo que trabaja en cuidado crítico, explícitamente se relaciona con el desarrollo de áreas especializadas de capacitación y cualificación profesional, junto con experiencia en área clínica y el manejo de aditamentos y tecnologías en comunicación y de habilidades interpersonales, que aseguren a esta población altamente vulnerable, un manejo ético, seguro y de calidad (Radtke, Brooke, Bauman, Garret, & Happ, 2011).

Díaz, (2012b) afirma que la población de las unidades es considerada población de alto riesgo y por lo mismo es indispensable que el entrenamiento académico, científico y clínico del fonoaudiólogo sea de alto nivel y calidad, este rol debe ser asumido bajo parámetros de responsabilidad ética y profesional.

Agremiaciones profesionales en Norteamérica y Europa respaldan la importancia de la presencia del fonoaudiólogo calificado y entrenado en procesos de rehabilitación en cuidado crítico (American Speech-Language-Hearing Association ASHA, 2004). Además, exaltan el papel de rehabilitador de la comunicación y la deglución dentro del grupo interdisciplinar, con familias y cuidadores.

El objetivo debe ser la calidad de vida de todos los actores, determinando la mejor vía de alimentación, apoyando procesos respiratorios y aportando a mantener y estimular la comunicación en estos contextos incluso, al final de la vida de las personas (ASHA, 2013).

Pollens (2004) incluye al fonoaudiólogo en la atención de pacientes en cuidado crítico y paliativo, que, al ofrecer apoyo en procesos de comunicación, cognición y deglución, aportan a la toma de decisiones del paciente y su familia. Las interacciones comunicativas positivas y efectivas con diferentes pares e interlocutores, apoyan el cumplimiento de los propósitos al final de la vida a través de la información precisa y efectiva, sin lugar a duda, culpas o decisiones sesgadas o unilaterales.

Estas interacciones se extienden a otros profesionales de la salud, buscando garantizar comodidad, satisfacción y fomentar la comunicación abierta sobre el estado general del paciente, los procesos asistenciales y las metas de atención.

Wallace(2013) define al fonoaudiólogo como un miembro central del equipo que apoya y restaura procesos del habla, lenguaje, cognición y deglución. Se enfatiza en la necesidad de la presencia de profesionales con formación académica especializada, que permita la integración del fonoaudiólogo en equipos interdisciplinarios con diferentes procesos y poblaciones (Cremer, Leclerc, Lacroix, & Ploin, 2009).

La evidencia muestra claramente el papel protagónico del fonoaudiólogo dentro del equipo interdisciplinar en cuidado crítico, desarrollando acciones no solo encaminadas a procesos de rehabilitación de la deglución y la comunicación con los pacientes; sino además aportando a la interacción, acciones que influyan directamente en el bienestar de todos los miembros en cuidado crítico. Como experto en comunicación, el fonoaudiólogo, debe establecer mecanismos para fomentar dentro y fuera del equipo dinámicas de comunicación claras entre pacientes, familiares, cuidadores y personal asistencial.

Más allá de los beneficios físicos y emocionales de la comunicación efectiva del paciente en cuidado crítico con sus interlocutores, se encuentra el beneficio de aportar información valiosa para orientar las acciones asistenciales del equipo profesional. Un paciente podría dar información acerca de la localización de la traqueostomía, del dolor específico o de la sensación frente a un medicamento, detalles que a la hora de la toma de decisiones puede aportar significativamente al cambio.

Restablecer canales de comunicación con familiares genera beneficios emocionales, psicológicos y sociales, haciendo más amable la estadía en los contextos de cuidado crítico y mitigando factores de riesgo frente a su recuperación y óptimo desarrollo en el caso de población infantil.

Capítulo II- Metodología

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

Se realizó una investigación descriptiva de diseño mixto con un enfoque dominante cuantitativo (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). El enfoque predominante en esta investigación se justifica que la información cualitativa complementa la información cuantitativa, la última tiene mayor peso en cuanto cumple con alcance el objetivo del proyecto.

La necesidad de caracterizar la población pero además explorar y describir las percepciones frente al trabajo que realizan y las limitantes y facilitadores del mismo en las unidades de cuidado crítico del país, hace que se plantee una metodología de investigación mixta, que permitió complementar los resultados para obtener las características demográficas de los profesionales, y generar información complementaria que permite direccionar propuestas basadas en las opiniones de los participantes, sus necesidades y su experiencias particulares.

2.2 Entidades Participantes

Este proyecto ha sido desarrollado en alianza con cuatro Programas de Fonoaudiología de diferentes universidades y agremiados en la Asociación Colombiana de Facultades de Fonoaudiología – ASOFON. Hace parte de un macroproyecto a nivel nacional que ha sido planeado por regiones, las instituciones de educación superior con quienes se adelanta la investigación son: Universidad Santiago de Cali, Universidad de Sucre, Universidad de Santander, Fundación Universitaria María Cano, Corporación Universitaria Iberoamericana.

En esta lógica la Corporación Universitaria es la entidad investigadora principal, las demás instituciones participan en esta investigación como coinvestigadoras, responsables de la información de sus regiones.

2.3 Dificultades del Estudio

El proyecto inicialmente se planteó desde la identificación de grupos poblacionales en cooperación con instituciones universitarias, sin embargo, al concretar cuatro aliados, surge la necesidad de ampliar el alcance del estudio, descentralizando la información y obteniéndola por regiones.

Para esta primera fase las dificultades se han relacionado con el acceso a la población de fonoaudiólogos de Bogotá y Cundinamarca y la obtención de el único dato de contacto requerido, correo electrónico, a través de las instituciones. Esta limitante se manejó con otras estrategias de convocatorias de los profesionales como referidos entre los mismos fonoaudiólogos, agremiaciones y el uso de redes interactivas.

2.4 Población Participante

La población objetivo de esta investigación fueron fonoaudiólogos profesionales que se encontraran trabajando en unidades de cuidado crítico (intensivo, intermedio, básico, crónico, quemados y paliativo) y que adelanten procedimientos fonoaudiológicos a personas en estas unidades.

La muestra se orientó basada en el Reporte Especial de Prestadores de Salud – REPS del Ministerio de Salud y la información sobre Unidades de Cuidado Crítico.

En un primer momento se hizo un acercamiento a las instituciones para indagar sobre la presencia o no del fonoaudiólogo en sus unidades de cuidado crítico, con este primer filtro se planeó la búsqueda de información particularmente correos electrónicos de los fonoaudiólogos. No se incluyeron en el estudio, fonoaudiólogos no graduados, que no estuvieran trabajado actualmente en estos escenarios, aunque lo hubieran hecho anteriormente, o profesionales que trabajen en una institución donde exista algún tipo de unidad de cuidado crítico, pero no se desempeñe por lo menos ocasionalmente en este espacio.

2.5 Definición de Variables

Basado en los antecedentes de estudios sobre el desempeño de profesionales de la salud en escenarios clínicos, se definieron cuatro variables fundamentales, que permitirían esclarecer la pregunta problema y cumplir con el objetivo del estudio: Información demográfica, formación profesional, realidad laboral, precepción de la práctica profesional. Las variables de análisis orientaron el diseño del instrumento de recolección de información.

Tabla 1. Variables del estudio

Variable	Definición	Dimensiones
Información demográfica	Proporciona datos estadísticos sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo.	Edad Género. Datos de contacto Ciudad de nacimiento Lugar de ejercicio profesional

Formación Profesional	Indica datos sobre la formación profesional desde pregrado y posgrado, así como educación continuada.	Formación pregrado Formación Posgrado Educación continuada
Realidad laboral	Se refiere información respecto al ejercicio profesional actual, dedicación horaria, diaria, remuneración	Experiencia laboral Escenario laboral actual
Percepción de la practica fonoaudiológica en unidad de cuidado critico	La percepción que tiene el fonoaudiólogo que se desempeña en unidades de cuidado critico respecto a: Escenario laboral, las necesidades para trabajar en unidades de cuidado crítico, las habilidades del fonoaudiólogo para trabajar en unidades de cuidado crítico.	Percepción del escenario laboral en UCC Necesidades del fono en UCC Requerimientos del Fonoaudiólogo para desempeñarse en UCC

Capítulo III- Aplicación y Desarrollo (Procedimiento)

Esta investigación se ha desarrollado en cinco fases en las que se han explorado diferentes alcances teóricos y prácticos:

Fase 1: Se realizó una revisión de literatura para identificar antecedentes de estudios relacionados con el quehacer del fonoaudiólogo en Unidades de Cuidado Crítico, se incluyeron publicaciones que dieran cuenta acciones en estos contextos, mediadas o lideradas por profesionales en fonoaudiología; la revisión bibliográfica permitió abarcar conceptos de humanización, trabajo interdisciplinar, requerimientos para prestar un servicio de calidad dentro de las unidades de cuidado crítico, así como la necesidad de un fonoaudiólogo en estas unidades priorizando la comunicación y los servicios asistenciales dentro de un trabajo colaborativo y oportuno.

Fase 2: Con base en la información recolectada e identificando las necesidades de indagar de acuerdo con la pregunta problema y los objetivos planteados, se definieron las variables de medición, definiendo cuatro. Se diseñó el instrumento de autoreporte, el cual fue validado en su contenido por tres pares expertos, con perfiles de experiencia en área de práctica clínica en este escenario y/o experiencia en medición de la investigación. Se ajustó el instrumento y se editó en sistema online para su diligenciamiento.

Fase 3: Con una búsqueda en el Registro de Prestadores de Salud – REPS del Ministerio de Salud, se construyó una matriz de datos sobre Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca (intensivo, intermedio, básico, crónico, paliativos y quemados), esta información se clasificó de acuerdo con la búsqueda de información en instituciones y unidades que contaban o no con la presencia del fonoaudiólogo en cuidado crítico. Después del análisis la información permitió determinar 3 categorías: instituciones con fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico, instituciones sin fonoaudiólogo en cuidado crítico e instituciones sin datos o información. Además de registrar como dato prioritario, en los casos donde el fonoaudiólogo cumpliera con criterios, el correo electrónico.

Fase 4: Para la recolección de la información el formulario de autoreporte se diseñó con 52 preguntas que indagaban datos no personales, relacionados con información

demográfica: formación académica, escenario laboral y percepción de los profesionales y su trabajo en unidades de cuidado crítico. Este auto reporte fue enviado a tres pares expertos fonoaudiólogos con experiencia en trabajo asistencial y/o en medición de investigación, quienes realizaron validez de contenido, después de la valoración de pares expertos, el formulario de autoreporte se ajustó y se editó en un link para diligenciamiento on line (Apéndice A). El formulario de auto reporte no solicitaba ningún dato personal obligatorio, sin embargo, se solicitaba voluntariamente el número telefónico de contacto, dato que no supeditaba continuar el diligenciamiento del autoreporte.

Fase 5: Se obtuvo con los resultados del formulario de autoreporte la base de datos de información, que permitió el análisis y codificación de la información obtenida para realizar un análisis estadístico descriptivo a través de distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. Para los datos cualitativos sobre percepciones, necesidades y condiciones del entorno de cuidado crítico de los fonoaudiólogos se identificarán las categorías de formación específica en el área, percepción del equipo interdisciplinar, condiciones laborales y profesionales y las necesidades relacionadas con su quehacer profesional y laboral.

Capítulo IV- Resultados

En este estudio se obtuvieron dos resultados principales, por un lado, se identificó en Bogotá y Cundinamarca de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, el número de instituciones y unidades de cuidado crítico que existen y su correlación con la presencia del fonoaudiólogo en estos escenarios.

En segunda instancia se recogió información sobre el instrumento de autoreporte diligenciado por los fonoaudiólogos que se desempeñan en este escenario en Bogotá y Cundinamarca, que suministró datos epidemiológicos, de formación profesional, de escenario laboral y de percepciones de los profesionales frente a su trabajo en unidades de cuidado crítico.

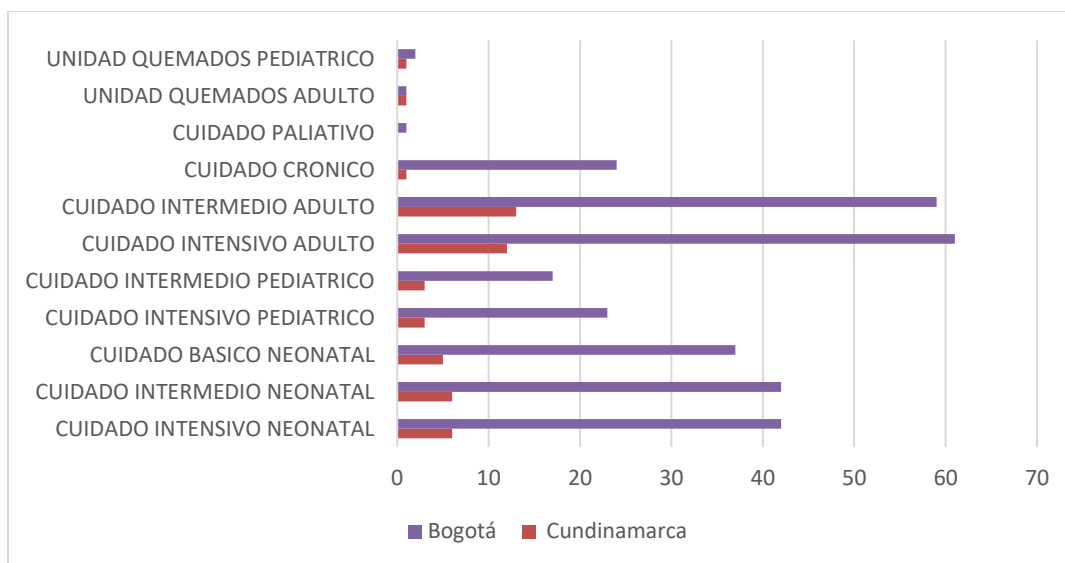
De acuerdo con el REPS en total se registraron en Bogotá y Cundinamarca 109 instituciones de diferente nivel, habilitadas para la prestación de servicios con diversa población en 205 unidades de cuidado crítico (intensivo, intermedio, básico, crónico, paliativos y quemados), categorías acordes con el objetivo de este estudio y las definiciones de cuidado crítico, se incluyen en esta categoría. (Tabla 2)

Tabla 2. Unidades de cuidado crítico vs. instituciones en Bogotá y Cundinamarca.

	Instituciones	Unidades de cuidado critico
Bogotá	308	95
Cundinamarca	51	14
Total	359	109

Tanto en Bogotá y Cundinamarca predomina en número las instituciones con unidades de cuidado intensivo e intermedio adulto, seguidas de intensivo e intermedio neonatal y con una mínima presencia de unidades de cuidados paliativos y quemados. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca



En la búsqueda preliminar de información se obtuvieron datos relacionados con la presencia de fonoaudiólogos en las instituciones que contaban con Unidades de Cuidado Crítico. El 59% de las instituciones manifestaron contar con un fonoaudiólogo profesional que prestaba sus servicios itinerante o permanentemente en algunas o todas las unidades de cuidado crítico. El 29% de las instituciones no contaban con la figura del fonoaudiólogo dentro de su equipo interdisciplinar o el profesional no ingresaba a las unidades de cuidado crítico. Dentro de la base de datos recolectada del REPS no se logró obtener información de 13 instituciones por diversos motivos relacionados con desaparición del servicio, negación de información o traslado/alianza con otra IPS (12%). En Bogotá 59 instituciones contaban con fonoaudiólogo en sus unidades de cuidado crítico, en Cundinamarca cinco de ellas registraron la presencia del profesional en estos escenarios. (Tabla 3)

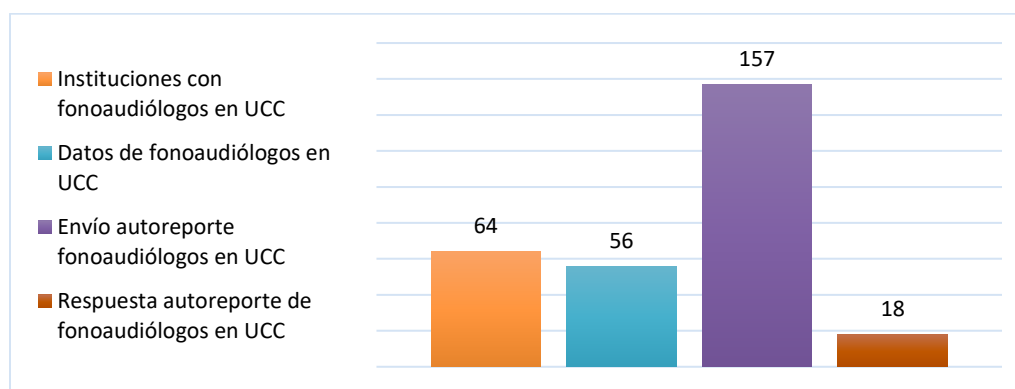
Tabla 3. Instituciones y presencia del fonoaudiólogo en sus unidades de cuidado crítico.

	SI fonoaudiólogo en UCC		NO fonoaudiólogo en UCC		Sin información		Total
Bogotá	59	62,11%	25	26,32%	11	11,58%	95
Cundinamarca	5	35,71%	7	50%	2	14,29%	14
Total	64	59%	32	29%	13	12%	109

Para la segunda etapa del estudio se solicitó información a las instituciones del o los profesionales fonoaudiólogos que se desempeñaban allí. Además de los datos obtenidos, se recurrió referencias entre los mismos profesionales y a medios de comunicación para convocar profesionales fonoaudiólogos que se desempeñarán en unidades de cuidado crítico. Se logró recolectar como dato fundamental el correo electrónico de profesionales asociados instituciones con unidades de cuidado crítico en Bogotá y Cundinamarca, que contaban con unidades de cuidado crítico.

Con estos datos y otros referidos por el mismo grupo de fonoaudiólogos se enviaron en total 157 correos electrónicos con invitación anónima y el link del autoreporte para diligenciar, se aclaró además en el comunicado los fines exclusivamente investigativos y académicos del estudio y de los datos recolectados y el carácter anónimo de las respuestas. Este autoreporte fue diligenciado por 18 fonoaudiólogos que se desempeñan actualmente en unidades de cuidado crítico dentro de instituciones de salud reportadas en el REPS. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Profesionales con respuesta vs instituciones con presencia del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico.



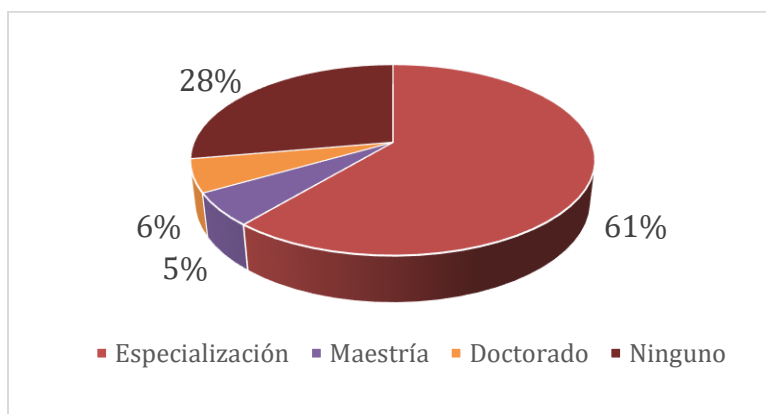
El análisis se realiza con el sesgo natural que representa no poder determinar cuántos fonoaudiólogos se desempeñan por institución. Si se analiza desde el número de instituciones que reportaron fonoaudiólogos en sus unidades de cuidado crítico, 28% de fonoaudiólogos de estas instituciones respondieron el autoreporte. Ahora bien, si se

analiza desde el número de envíos del autoreporte a profesionales convocados, se evidencia que 11% de fonoaudiólogos del total de envíos respondió el autoreporte. En cualquier caso, la respuesta al formulario pese a la convocatoria masiva al grupo de fonoaudiólogos que se identificó como población objetivo, fue baja en comparación con los datos iniciales que reportaron las instituciones.

El grupo de profesionales correspondía en su mayoría a mujeres (89%) y el rango de edad del grupo se encontraba en su mayoría entre 31 y 40 años (39%) y el 61% de los profesionales nacidos en la ciudad capital. El 94% del grupo se desempeña en unidades de cuidado crítico de Bogotá y sólo el 6% de quienes respondieron el autoreporte se en municipios o ciudades de Cundinamarca.

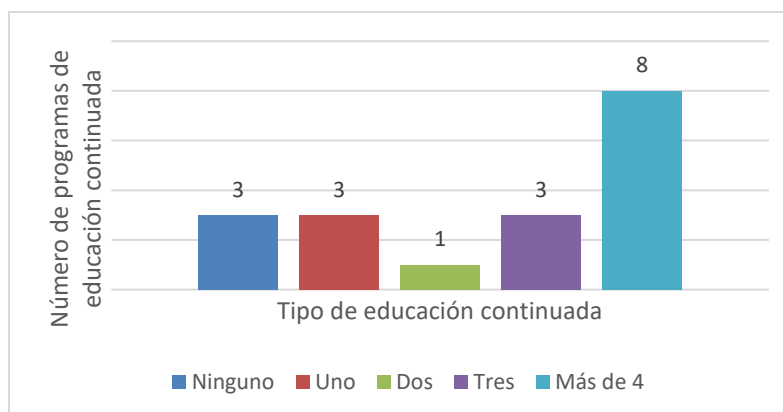
Los profesionales reportaron haber obtenido su título profesional con una antigüedad de entre 5 y 10 años (39%) y con más de 10 años (61%). El 28% de los profesionales no han cursado ningún estudio posgradual y entre quienes sí lo han hecho, la mayoría ha cursado más de un programa de posgrado. Los profesionales tienen títulos de nivel de especialización en un 61%, en nivel maestría y/o doctorado (6%). (Gráfico 3)

Gráfico 3. Nivel de estudios posgraduales fonoaudiólogos de unidades de cuidado crítico de Bogotá y Cundinamarca



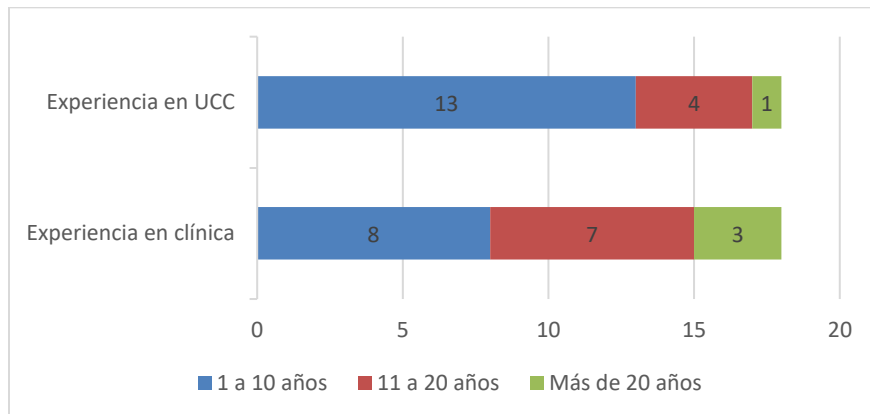
En contraste con este panorama, los fonoaudiólogos que se desempeñan en unidad de cuidado crítico se actualizan frecuentemente con programas de educación continuada, el 44% de los profesionales han cursado más de cuatro de estos programas en los últimos dos años, habitualmente este tipo de formación se realiza en instituciones de educación no formal (71%) y en modalidad presencial (72%). (Gráfico 4)

Gráfico 4. Educación continuada de fonoaudiólogos en unidades de cuidado crítico en Bogotá y Cundinamarca.



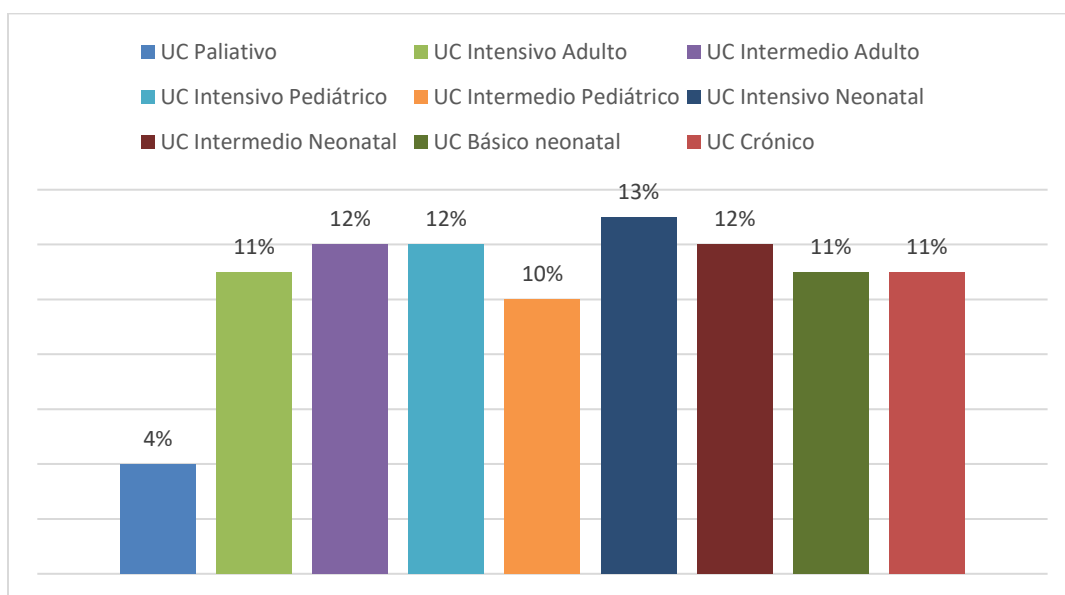
Respecto a las características del entorno laboral donde se desempeñan los fonoaudiólogos en unidades de cuidado crítico, los datos obtenidos mostraron que el 44% de los fonoaudiólogos que trabajan en UCC tiene un tiempo de experiencia profesional en clínica de al menos 10 años, sin que esto signifique que poseen el mismo tiempo de experiencia en unidades de cuidado crítico. Algunos iniciaron sus acciones clínicas en servicios de consulta externa y/o hospitalización y después incursionaron en escenarios de cuidado crítico. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Experiencia de fonoaudiólogos en escenario clínico vs. unidades de cuidado crítico.



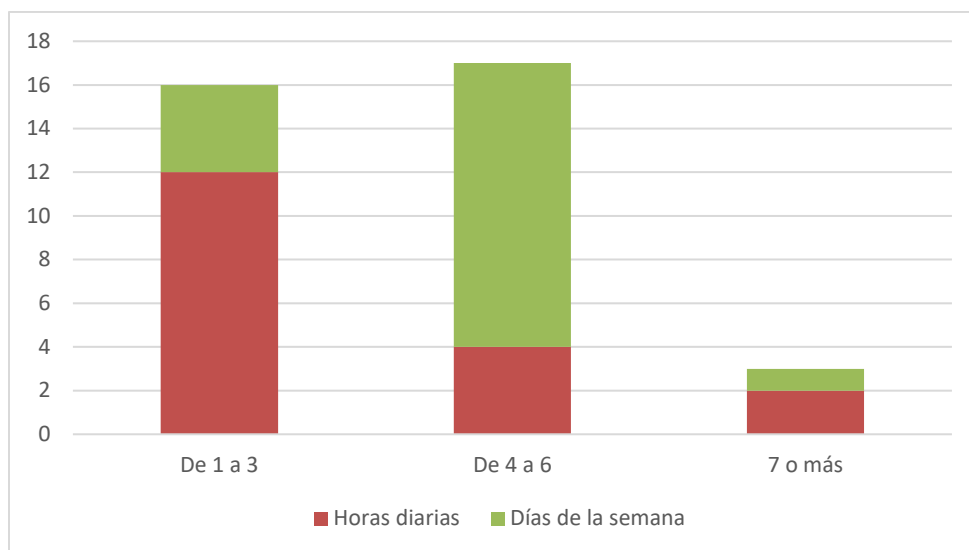
Los fonoaudiólogos dentro de las instituciones no se desempeñan exclusivamente en unidades de cuidado crítico, el 72% se desempeña en más de tres servicios de la institución donde trabajan (hospitalización, unidades de cuidado intensivo y consulta externa). En unidades de cuidado crítico sus acciones se enfocan principalmente en unidades neonatales (intensivo 13% - intermedio 12%), seguido de unidades adultos (intensivo 11% - intermedio 12%) y pediátricas (intensivo 12% - intermedio 10%). Del grupo de participantes solo 4% trabaja en unidades de cuidado paliativo. Cabe mencionar que un fonoaudiólogo pudo haber reportado ingreso y desempeño en varias unidades de cuidado crítico dentro de su institución de trabajo. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Tipos de unidades de cuidado crítico y presencia de fonoaudiólogo.



La intensidad laboral diaria de los fonoaudiólogos en unidades de cuidado crítico se relaciona con un promedio entre 4 y 6 días a la semana de acuerdo con el 72% de profesionales, entre 1 a 4 horas cada día. El 56% de los fonoaudiólogos cuentan con por lo menos 5 años de vinculación laboral en la institución donde trabaja. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Intensidad laboral de fonoaudiólogos en unidades crítico

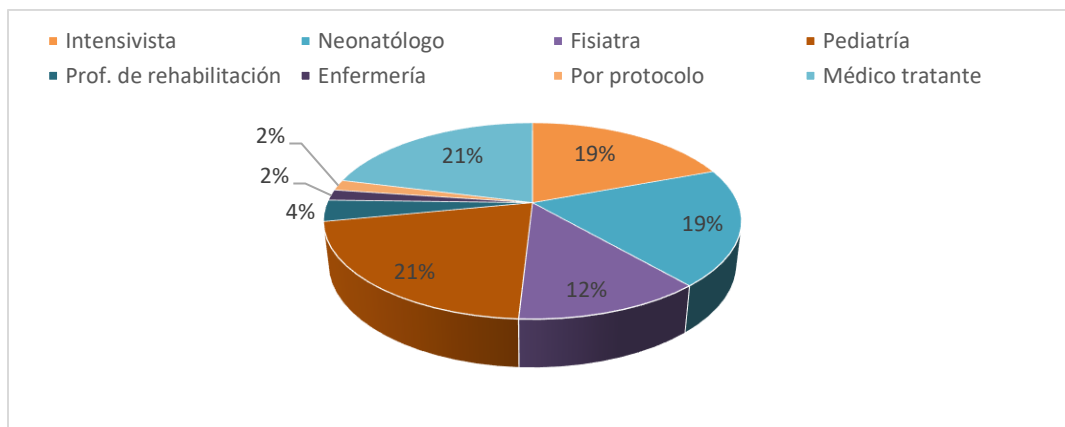


Las acciones en las que se concentra su quehacer profesional están dirigidas al área de funciones aerodigestivas superiores con un 78% y en ese orden con el área de comunicación interpersonal (22%).

En unidades de cuidado crítico los profesionales que interconsultan con mayor frecuencia al servicio de fonoaudiología son los especialistas tratantes como: neurólogos, neumólogos, ortopedistas y reumatólogos, con 21%, con igual porcentaje se encuentran los pediatras, seguido de los neonatólogos y los médicos intensivistas con 19%, en algunos casos se referenció el llamado del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico por parte de enfermería. (Gráfico 8) .

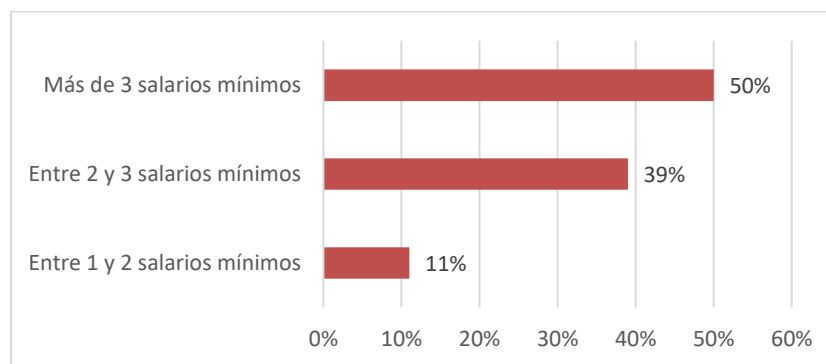
Los fonoaudiólogos participan en equipos interdisciplinarios conformados por profesionales en su mayoría por enfermería (13%) y terapeutas respiratorios (13%), seguido de fisioterapeutas (12%) y médicos intensivistas (11%). Ocasionalmente se referencia la presencia de otros especialistas (neurólogos, neumólogos, gastroenterólogos, ortopedistas, cirujanos de cabeza y cuello etc.) y el nutricionista.

Gráfico 8. Profesionales de interconsulta frecuente a fonoaudiólogos en unidades de cuidado crítico.



La vinculación laboral de los fonoaudiólogos con el 50% como prestadores de servicios independientes, el 44% con contratos a término indefinido y el 6% con otro tipo de contratación. La remuneración laboral se estima en su mayoría por encima de tres salarios mínimos. (Gráfico 9)

Gráfico 9. Remuneración económica de los fonoaudiólogos



El apartado de percepciones del formulario de autoreporte indagaba acerca de opiniones de los fonoaudiólogos sobre su ejercicio laboral en unidades cuidado crítico, los encuestados podían reportar en sus respuestas, percepciones variadas frente a su remuneración salarial, al quehacer fonoaudiológico, el tiempo laboral en las unidades de cuidado crítico y el reconocimiento de su labor por parte del equipo interdisciplinar. El análisis de las respuestas de los participantes se definió delimitando las categorías recurrentes en las respuestas y los argumentos presentados.

Frente a la percepción sobre la remuneración salarial el reporte más común es la categoría *baja* con relación a la carga laboral y el nivel de conocimiento que debe demostrar el profesional. Los argumentos que asocian los profesionales tienen que ver con la alta competencia, el esfuerzo, tiempo y dedicación que se ponen en juego en las acciones asistenciales de este escenario. Por otro lado, los profesionales consideran que el tiempo de permanencia en las unidades de cuidado crítico *no es suficiente*. Las

necesidades de usuarios y familias en las unidades de cuidado crítico y el aumento en la demanda de servicios de rehabilitación son el argumento para considerar que el fonoaudiólogo debería hacer presencia permanentemente en estos escenarios.

Los profesionales se identifican dentro de equipos interdisciplinarios y además reconocen su labor con familiares y cuidadores, reportan acciones orientadas a la humanización de los servicios a través de la promoción de procesos comunicativos y el uso de estrategias comunicativas con profesionales de la salud.

Frente a la idea de escenario ideal, los fonoaudiólogos visualizan la *presencia permanente* del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico lo que aportaría al reconocimiento dentro del grupo interdisciplinario y a la evidencia de avances en los procesos de intervención. El escenario ideal incluye procesos de cualificación profesional y actualizaciones científico-tecnológicas que garanticen práctica profesional de calidad, que contribuyan a evitar errores profesionales, delimitar la práctica profesional, minimizar secuelas y disminuir cifras de mortalidad. Los logros de la presencia del fonoaudiólogo en el escenario ideal se traducen a garantizar calidad de vida a usuarios y familiares, reconocimiento y trabajo en equipo interdisciplinario, crecimiento profesional y personal.

Los fonoaudiólogos mencionan como habilidades necesarias para el desempeño en este escenario, habilidades del saber, del hacer y del ser. Recalcan la importancia de contar con formación académica en estudios posgraduales y de educación continua y actualizaciones que aporten al bienestar y calidad de vida de los usuarios. Otro tipo de habilidades son las personales, a las que se refieren como las actitudes y aptitudes frente al trabajo en equipo, la responsabilidad, el liderazgo y la humanidad y que apoyan acciones terapéuticas y posicionan al fonoaudiólogo en el equipo interdisciplinario.

La trayectoria y experiencia es primordial para garantizar un desempeño profesional de calidad de acuerdo con lo reportado por los profesionales. El indicador más referido es un tiempo de experiencia entre tres y cinco años en escenarios de salud, el argumento es la relación a mayor tiempo mayor práctica, más conocimiento del entorno, experticia y mejor desempeño.

Capítulo V - Discusión

Los resultados de esta investigación muestran un panorama en evolución de la labor del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico, desde diversos puntos de vista que muestra lo pertinente de la labor en las unidades de cuidado crítico, con usuarios, familiares y profesionales. Esto se relaciona con la evidencia internacional que muestra el papel protagónico del fonoaudiólogo dentro del equipo interdisciplinar en la unidad de cuidado intensivo (ASHA, 2004; Royal College of Speech and Language Therapists [RCSLT], 2014).

Las acciones profesionales están encaminadas a procesos de rehabilitación de las funciones aerodigestivas superiores y comunicación con usuarios (Wilches, López & Arango, 2004; Wallace, 2013) y como líder en la interacción comunicativa con acciones que influyen en el bienestar de todos los miembros en las unidades, como experto en

comunicación, el fonoaudiólogo desarrolla mecanismos para fomentar con todos los interlocutores dinámicas de comunicación clara, efectivas y oportunas (Pollens, 2004; Sturdivant, 2013; Carnes, 2012). Los profesionales de unidades de cuidado crítico presentan demandas altas en la rehabilitación de usuarios en funciones aerodigestivas superiores y ocasionalmente en procesos comunicativos relacionados con procesos y aditamentos respiratorios como traqueostomías y ventilación mecánica. Las acciones del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico rara vez se relacionan con procesos de comunicación efectiva, como gremio estamos en deuda con las estrategias de interacción del usuario con su entorno.

La implementación de estas estrategias requiere el desarrollo de capacidades para identificar los canales de comunicación paciente – familiar – personal asistencial, que aseguren la participación de todos los actores del proceso en cuidado crítico. Aunque la prioridad en unidades de cuidado crítico es asegurar la vida, con acciones en pro de la vía respiratoria, deglución y/o alimentación y el fonoaudiólogo trabaja prioritariamente en ello, la evidencia resalta la importancia de promover la comunicación y su positiva influencia en procesos de recuperación en unidades de cuidado crítico.

Los fonoaudiólogos consideran necesario actualizar sus conocimientos, sin embargo, la escasa oferta posgradual nacional e internacional, las limitantes de las instituciones de salud frente a tiempos para cursarlos y su remuneración no diferenciada, limita las iniciativas de adelantar estudios de posgrado. Esta perspectiva obliga a los profesionales a capacitarse en la educación no formal (cursos, diplomados y seminarios). Radtke, Brooke, Baumann, Garrett y Happ (2011) reconocen la necesidad de formación profesional posgradual del fonoaudiólogo que trabaja en unidades de cuidado crítico, en áreas especializadas de capacitación y cualificación profesional, junto con experiencia en área clínica y el manejo de aditamentos y tecnologías en comunicación y de habilidades interpersonales, que aseguren un manejo ético, seguro y de calidad. La población de las unidades de cuidado crítico es considerada población de alto riesgo y por lo mismo es indispensable que el entrenamiento académico, científico y clínico del fonoaudiólogo sea de alto nivel y calidad, este rol debe ser asumido bajo parámetros de responsabilidad ética y profesional (Díaz, 2012b).

Las unidades de cuidado crítico requieren recursos físicos y humanos especializados (ASHA, 2007b) y requiere la presencia de profesionales que permita la integración de equipos interdisciplinarios con diferentes procesos y poblaciones (Cremer, Leclerc, Lacroix y Ploin, 2009; Salinas, Núñez, Milagros y Escobar, 2012). Wallace (2013) define al fonoaudiólogo o speech language pathologist como un miembro central del equipo que apoya y restaura procesos del habla, lenguaje, cognición y deglución. De esta manera el fonoaudiólogo aportará de manera significativa al bienestar y calidad de vida

de los usuarios, además de generar posicionamiento en las unidades y continuar siendo indispensables como integrante del grupo interdisciplinar práctico.

Aunque los fonoaudiólogos de unidades de cuidado crítico de Bogotá y Cundinamarca se reconocen dentro de equipos interdisciplinarios, algunos consideran que el tiempo de trabajo dentro de las unidades de cuidado crítico es escaso teniendo en cuenta la alta demanda de servicios de rehabilitación y proponen que debería ser mayor, incluso, que las acciones fonoaudiológicas deberían estar cubiertas 24 horas al día, el factor de frecuencia de acciones del fonoaudiólogo podría evidenciar impactos positivos en el usuario y evidenciar la necesidad del fonoaudiólogo de forma continua en las unidades.

Capítulo VI - Conclusiones

6.1 Cumplimiento de Objetivos específicos y Aportes

Este estudio resalta la importancia que, para los fonoaudiólogos de unidades de cuidado crítico de Bogotá y Cundinamarca, representan sus acciones profesionales dentro del equipo especializado de estas unidades. Aunque sus acciones sean diseminadas y esporádicas dentro de estos escenarios, los profesionales reconocen que contribuyen a la calidad de vida de los pacientes y de sus familias desde sus acciones de rehabilitación de la comunicación y la deglución. Permite recopilar información acerca del trabajo fonoaudiológico en estas unidades, sus necesidades respecto a mejoras en su contratación, tiempos de asignación en unidades de cuidado crítico, de formación y remuneración diferenciada. Además, genera nuevas perspectivas y objetivos de la labor

fonoaudiológica como la humanización y la comunicación efectiva con acciones interdisciplinarias tanto para pacientes como para familiares.

La respuesta escasa de fonoaudiólogos a pesar de la convocatoria en el diligenciamiento del autoreporte, muestra la baja apropiación gremial de los profesionales en Bogotá y Cundinamarca, esto se convierte en un obstáculo para conocer desde un grupo significativo las características de la práctica fonoaudiológica en unidades de cuidado crítico.

Se resalta la importancia de la formación posgradual y/o especializada, que permita asegurar protocolos de atención, experticia, uso de la evidencia científica, así como el desarrollo de habilidades personales y profesionales para fomentar acciones profesionales y praxis mediadas por ética profesional y asertividad en procesos de diagnóstico, evaluación y tratamiento del paciente.

6.2 Líneas Futuras

Es determinante que el fonoaudiólogo genere y establezca estrategias de comunicación efectivas dentro de los planes de manejo de los profesionales, que contribuyan a la manifestación de necesidades básicas e inmediatas, para llegar a esta meta no es suficiente posicionar a fonoaudiólogos dentro de los equipos interdisciplinarios en unidades de cuidado crítico, se debe generar evidencia de resultados frente a condiciones de comunicación y deglución en diferentes poblaciones y diversas patologías.

La investigación requiere estudios que midan claramente efectos de la comunicación efectiva del paciente en cuidado crítico, en su sensación de bienestar no solo físico si no emocional, incluso en la duración, éxito o fracaso del destete ventilatorio y de su estancia en cuidado crítico y de procesos de decanulación, extubación, inicio y tipo de vía oral en consenso interdisciplinar, donde el fonoaudiólogo puede aportar conocimientos y estrategias fundamentales que repercutan positivamente en las decisiones médicas y en las condiciones respiratorias, cognitivas, psicológicas y nutricionales.

De aquí que el futuro del fonoaudiólogo en unidades de cuidado crítico, vaya más allá de la atención exclusiva a pacientes con alteraciones de deglución y de comunicación, los nuevos modelos de atención hacen un llamado a la humanización de estos espacios, aspecto donde la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares es protagonista y allí el experto fonoaudiólogo debe actuar para garantizar canales abiertos para la interacción de todas las personas que participan dentro de los procesos asistenciales.

6.3 Producción asociada

Durante el desarrollo de esta investigación se generaron productos de diferente tipo, algunos fueron socializados y publicados durante el 2017, otros se postularán para su publicación y/o aprobación en 2018. (Tabla 4)

Tabla 4. Producción asociada

Producto	Referencia
Póster: Fonoaudiología/logopedia en cuidado crítico: más allá de la deglución, rescatando la comunicación.	III Jornadas de Humanización en Cuidados Intensivos – HUCI. Granada, España. 18 y 19 de mayo de 2017
Ponencia oral: Fonoaudiología en cuidado crítico: el valor de la comunicación”	XXII Encuentro Nacional de estudiantes de fonoaudiología. Universidad Manuela Beltrán, Universidad de Pamplona, Universidad Metropolitana, Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia. 2,3 y 4 de noviembre 2017
Artículo: Fonoaudiología/logopedia en cuidado intensivo: el valor de la comunicación, más allá de las alteraciones de deglución Speech and Language therapy in intensive care: the value of communication after swallowing impairment	Publicación Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología (Q3) DOI: 10.1016/j.rlfa.2017.08.002
Artículo: Práctica fonoaudiológica en unidades crítico en Bogotá y Cundinamarca.	Postulación Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia (Q3) Acta Colombiana de Cuidado Intensivo
Ponencia: Fonoaudiología en unidades crítico en Bogotá y Cundinamarca.	Postulación 2do Congreso Intermedio de Rehabilitación y Terapia en cuidado crítico. Mayo 24 al 26 del 2018. Cartagena, Colombia. Postulación VII Encuentro nacional y iv encuentro internacional de investigación en fonoaudiología. Reconocimiento científico de la fonoaudiología: avances y Retos. Mayo 2018.

Apéndices

Apéndice A. Formulario de Autoreporte.

NUMERO DE ITEMS	
TOTAL	52
DEMOGRAFICA	6
FORMACION PROFESIONAL	14
DESEMPEÑO PROFESIONAL	17
Percepción de la presencia y situación del Fonoaudiólogo en UCC	15

	PREGUNTAS	RESPUESTAS
Información demográfica	1 Escriba en números su edad actual	número - Espacio corto
	2 Seleccione el género con el que se identifica:	1. Femenino 2. Masculino 3. Otro
	3 1. Número de teléfono móvil 2. Correo electrónico 3. Número de teléfono fijo(Si lo considera)	Espacio corto
	4 Elija el departamento de nacimiento Escriba la ciudad, municipio o corregimiento de nacimiento	Departamento - Menú desplegable Ciudad - Espacio Corto
	5 Seleccione el departamento donde se desempeña como fonoaudiólogo	Departamento - Menú desplegable
	6 Escriba la ciudad o municipio donde se desempeña como fonoaudiólogo	Ciudad - Espacio corto
Formación Profesional	7 Escriba el año de obtención del título de fonoaudiólogo	Número - texto corto
	8 Seleccione el nombre de la institución donde obtuvo el título de fonoaudiólogo	1. Universidad Nacional de Colombia 2. Corporación Universitaria Iberoamericana 3. Escuela Colombiana de Rehabilitación 4. Universidad del Rosario 5. Universidad Manuela Beltrán (Bogotá) 7. Universidad del Cauca 8. Universidad del Valle 9. Universidad Católica de Manizales 10. Universidad Manuela Beltrán (Bucaramanga) 11. Universidad de Santander 12. Universidad Santiago de Cali 13. Universidad de Sucre 14. Universidad Metropolitana de Barranquilla 15. Universidad de San Buenaventura (Cartagena) 16. Fundación Universitaria María Cano 17. Otro Menú desplegable

9	Marque el tipo IES donde obtuvo su título profesional	Pública Privada Mixta Extranjero
10	Seleccione el número de posgrados que ha cursado o está cursando.	0 1 2 3
11	Seleccione el o los nivel(es) de programa(s) de posgrado que ha cursado o está cursando	Especialización Maestría Doctorado Posdoctorado
12	Seleccione el estado del último programa de posgrado que cursó o está cursando	En curso Terminada sin título Terminada con título En proceso de convalidación de título del exterior
13	Escriba el nombre del o de los programas de posgrados cursados y/o en curso	texto corto
14	Escriba el nombre de la(s) institución(es) donde obtuvo su(s) títulos de posgrado	texto corto
15	Escriba el año de obtención de su(s) título(s) de posgrado	texto corto
16	Seleccione el número de programas de educación continuada (cursos, capacitaciones, diplomados) en los que participó en los últimos 2 años	0 1 2 3 4 5 6
17	Seleccione el tipo de programas de educación continuada que ha realizado (Selección Múltiple)	1. Cursos cortos 2. Curso (más 48 horas) 2. Diplomados (hasta 120 horas)
18	Escriba el nombre del último programa de educación continuada que realizó	texto corto
19	Escriba el nombre de la institución donde realizó el último programa de educación continuada	texto corto
20	Seleccione en la modalidad en que cursó el último programa de educación continuada	1. Virtual 2. Presencial 3. Semipresencial 4. Nacional 5. Internacional

Realidad Laboral	21	Escriba en años su experiencia profesional en escenario clínico - salud	número
	22	Seleccione los servicios de atención en los que se ha desempeñado dentro del escenario clínico - salud (múltiple respuesta)	Consulta externa Hospitalización Unidades de Cuidado Crítico Atención domiciliaria
	23	Escriba en años su experiencia profesional en Unidades de Cuidado Crítico	número
	24	Marque la(s) Unidad(es) de Cuidado Crítico en la(s) que actualmente se desempeña.	1. Cuidado intensivo neonatal 2. Cuidado intermedio neonatal 3. Cuidado básico neonatal 4. Cuidado intensivo pediátrico 5. Cuidado intermedio pediátrico 6. Cuidado intensivo adulto 7. Cuidado intermedio adulto 8. Cuidado crónico 9. Cuidado paliativo 10. Unidad quemados pediátrico 11. Unidad quemados adultos
	25	En promedio cuántas horas de su jornada laboral DIARIA se desempeña en Unidades de Cuidado Crítico	1 2 3 4 5 6 7 8 más de 8
	26	Escriba cuántos días a la semana realiza atención en UCC	1 2 3 4 5 6 7
	27	Escriba el nombre de la(s) institución(es) donde se desempeña	texto corto
	28	Seleccione el número de instituciones donde se desempeña actualmente en Unidades de Cuidado Crítico	1 2 3 4
	29	Escriba en años hace cuánto trabaja en esta(s) institución(es), en Unidades de Cuidado Crítico.	número

30	Asigne un porcentaje de su trabajo profesional a las poblaciones con las que desempeña en Unidades de Cuidado Crítico hasta completar el 100% de su tiempo laboral.	Adultos: _____ Pediatria: _____ Neonatos: _____
31	Seleccione el número de Unidades de Cuidado Crítico en las que actualmente se desempeña.	número
32	Seleccione el tipo de contrato que tiene con la(s) institución(es) donde trabaja en Unidades de Cuidado Crítico	Prestación de servicios Término fijo a 11 meses Término fijo menor a 11 meses Término Indefinido Otro: ---- Cuál: _____
33	Seleccione las acciones que realiza actualmente en Unidades de Cuidado Crítico	1. Asistencial con pacientes 2. Asesoría con profesionales 3. Consejería con familiares y cuidadores 4. Investigación disciplinar 5. Investigación interdisciplinar 6. Docencia 7. Promoción y prevención 8. Administrativas
34	Asigne un porcentaje para las áreas de comunicación y funciones aerodigestivas superiores de acuerdo con su dedicación en Unidades de Cuidado Crítico.	1. Comunicación (lenguaje, habla, audición, cognición) 2. Funciones aerodigestivas superiores (miofuncional, deglución, apoyo respiratorio)
35	Seleccione el origen de las interconsultas a fonoaudiología en Unidades de Cuidado Crítico	1. Por médico intensivista 2. Por médico fisiatra. 3. Por otro médico tratante (neurólogo, neumólogo, ortopedista, gastroenterólogo, etc.) 4. Por enfermería 5. Por otros profesionales de rehabilitación (fisioterapeuta, terapeuta respiratorio, terapeuta ocupacional) 6. Por protocolo (a todos o algún grupo de usuarios) 7. Otro
36	Seleccione los profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinar en la(s) Unidad(es) de Cuidado Crítico donde se desempeña.	1. Médicos intensivistas 2. Otros médicos especialistas (neurólogos, neumólogos, gastroenterólogos, ortopedistas, cirujanos de cabeza y cuello etc.) 3. Terapeutas Respiratorios 4. Fisioterapeutas.

Percepción de la presencia y situación del Fonoaudiólogo en UCC

		5. Enfermería 6. Auxiliares de Enfermería 7. Nutricionistas 8. Psicólogos 9. Trabajadores sociales
37	Seleccione el rango de su asignación salarial mensual por su trabajo en escenario clínico salud, incluyendo atención en Unidades de Cuidado Crítico.	1. Entre \$738.000 y \$1.476.000 (1SMLV y 2SMLV) 2. Entre \$1.477.000 y \$2.214.000 (2SMLV y 3SMLV) 3. Entre \$2.215.000 y \$2.952.000 (3SMLV y 4SMLV) 4. Más de \$2.953.000 (4 SMLV)
38	¿Cuál es su percepción frente a la remuneración económica que recibe por sus acciones en Unidades de Cuidado Crítico ?	Texto Corto
39	¿Cuál es su percepción respecto al tiempo de su jornada laboral, que dedica a sus funciones en la Unidades de Cuidado Crítico ?	Texto Corto
40	¿Qué determina la asignación de tiempo de su trabajo en Unidades de Cuidado Crítico ?	Texto Corto
41	¿Su trabajo como fonoaudiólogo (roles y funciones) es reconocido por los profesionales del grupo interdisciplinar de las Unidades de Cuidado Crítico ? ¿por qué?	Texto Corto
42	¿Cree que sus decisiones y sugerencias profesionales en las Unidades de Cuidado Crítico son tomadas en cuenta? ¿por qué?	Texto Corto
43	¿Considera que sus acciones en las Unidades de Cuidado Crítico deben incluir otros actores además de los usuarios? ¿quiénes y por qué?	Texto Corto
44	¿Qué importancia tienen para usted, las acciones de investigación en Unidades de Cuidado Crítico , en su práctica profesional? ¿por qué?	Texto Corto
45	¿Cree que su trabajo contribuye a la humanización en la Unidades de Cuidado Crítico ? ¿por qué?	Texto Corto
46	Describa cómo el escenario laboral ideal del fonoaudiólogo en Unidades de Cuidado Crítico	Texto Corto

47	¿Considera que el ambiente de las Unidades de Cuidado Crítico donde trabaja aporta a su crecimiento profesional y personal? ¿por qué?	Texto Corto
48	¿El escenario de Unidades de Cuidado Crítico le brinda herramientas (procesos, protocolos, interdisciplinariedad, autonomía y otros) que benefician su labor como fonoaudiólogo? ¿por qué?	Texto Corto
49	¿De acuerdo con su experiencia qué habilidades procedimentales necesita el fonoaudiólogo para desempeñarse en Unidades de Cuidado Crítico ?	Texto Corto
50	¿Según su criterio que tipo de formación académica serían necesarios para el desempeño del fonoaudiólogo en Unidades de Cuidado Crítico ?	Texto Corto
51	De acuerdo con su experiencia, qué tipo y tiempo de experiencia son necesarios para el desempeño del fonoaudiólogo en Unidades de Cuidado Crítico	Texto Corto
52	De acuerdo con su experiencia, que cualidades personales (dotación interna) debería tener el fonoaudiólogo para desempeñarse en Unidades de Cuidado Crítico	Texto Corto

Link de auto reporte: <https://goo.gl/forms/h4G9T9Ly7X8lqM5k2>

Referencias

Abizanda, R., Altaba, S., Belenguer, A., Más Font, S., Ferrándiz, A., Mateu, L., y De León, J. (2011). Estudio de la mortalidad post-UCI durante 4 años (2006-2009). Análisis de factores en relación con el fallecimiento en planta tras el alta de UCI. *Medicina Intensiva*, 35,150-156. doi: 10.1016/j.medin.2010.12.012.

American Speech-Language-Hearing Association ASHA. (2007a). *Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing services to infants and families in the NICU environment*. Recuperado de: <http://www.asha.org/policy/KS2004-00080/>

American Speech-Language-Hearing Association ASHA. (2013). Speech-Language Pathology: Enhancing Quality of Life for Individuals Approaching Death. *SIG 15 Perspectives on Gerontology*, 18,112-120.

American Speech-Language-Hearing Association ASHA. (2004). *Roles of speech-language pathologists in the neonatal intensive care unit: position statement*. Recuperado de: <http://www.asha.org/policy/PS2004-00111/>

American Speech-Language-Hearing Association ASHA. (2007b). *Scope of Practice in* (Gonzalez , y otros, 2001) *Speech-Language Pathology*. Recuperado de: <http://www.asha.org/policy/SP2016-00343/>

Atmaca, S., Bayraktar, C., Asihoglu, N., Kalkan, G., y Ozsoy, Z. (2011). Pediatric tracheotomy: 3-year experience at a tertiary care center with 54 children. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 53,537-541.

Batty, S. (2009). Communication, swallowing and feeding in intensive care unit patient. *Nursing in Critical Care*, 14(4), 175 – 179. doi: 10.1111/j.1478-5153.2009.00332.x

Baumgartner, C., Bewyer, E., y Bruner, D. (2004). Management of communication and swallowing in intensive care: The role of the speech pathologist. *AACN Advanced Critical Care*, 19(4),433-443. doi: 10.1097/01.AACN.0000340724.80280.31.

Bellido, M., Carretero, D., y Espíldora, M. (2009). La comunicación con pacientes pediátricos en la unidad de cuidados intensivos. *Cultura de los Cuidados*, 25(1), 21-28.

Bernal S. (2003) Modelo sistémico de la comunicación interpersonal. *Documento de trabajo*. Corporación Universitaria Iberoamericana. Programa de Fonoaudiología.

Borthwick, S. (2012). Communication impairment in patients following stroke. *Nursing Standard*, 26(19), 35-41.

Broyles, L., Tate, J., y Happ, M. (2012). Use of Augmentative and Alternative Communication Strategies by Family Members in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 21(2), e21-e32. doi: 10.4037/ajcc2012752.

Burkhead, L. (2011). Swallowing Evaluation and Ventilator Dependency Considerations and Contemporary Approaches. *SIG 13 Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 20, 18-22. doi: 10.1044/sasd20.1.18

Carnes, B. M. (2012). *Benefits of Early Intervention and Family-Centered Practices for Children with Communication Disorders*. (Research Papers). Southern Illinois

University Carbondale. Recuperado de:
http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1348&context=gs_rp

Colonel, P., Houzé, M. H., Vert, H., Mateo, J., Mégarbane, B., Goldgrand-Tolédano, D., Yelnik, A. P. (2008). Swallowing Disorders as a Predictor of Unsuccessful Extubation: A Clinical Evaluation. *American Journal of Critical Care*, 17,504-510.

Costello, J., Patak, L., y Pritchard, J. (2010). Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 3(4), 289-301. doi: 10.3233/PRM-2010-0140.

Cremer, R., Leclerc, F., Lacroix, J., y Ploin, D. (2009). Children with chronic conditions in pediatric intensive care units located in predominantly French-speaking regions: Prevalence and implications on rehabilitation care need and utilization. *Critical Care Medicine*, 37(4), 1456-62. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819cef0c.

Dewier, J. (2012). *The speech-language pathologist's role in the neonatal intensive care unit*. (Research Papers). Southern Illinois University Carbondale. Recuperado de: http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1277&context=gs_rp

Díaz, R. (2012a). *El Patólogo del Habla-Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos: Lactancia materna en el bebé prematuro hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Recuperado de: <http://disfagiaaldia.com/wp-content/uploads/2012/09/Lactancia-Materna-en-el-Bebe-Prematuro-Hospitalizado-en-la-Unidad-de-Cuidados-Intensivos-Neonatales.pdf>

Díaz, R. (2012b). *El Patólogo del Habla-Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Recuperado de: <http://disfagiaaldia.com/wp-content/uploads/2012/09/El-Fonoaudiologo-en-la-Unidad-de-Cuidados-Intensivos-Neonatales.pdf>

Downey, D. y Happ, M. (2013). The Need for Nurse Training to Promote Improved Patient-Provider Communication for Patients with Complex Communication Needs. *SIG 12 Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 22,112-119.

Fox, M. (2014). Improving Communication with Patients and Families in the Intensive Care Unit: Palliative Care Strategies for the Intensive Care Unit Nurse. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(2),93-98.

Freeman, A., Togher, A., Phipps, P. y Elkins, M. (2011). A clinical audit of the management of patients with a tracheostomy in an Australian tertiary hospital intensive care unit: Focus on speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6),518-25. doi: 10.3109/17549507.2011.582520.

Frost, M. (2001). The role of physical, occupational and speech therapy in hospice:

patient empowerment. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 6,397-401. doi: 10.1177/104990910101800609.

Gálvez, M., Ríos, F., Fernández, L., Del Águila, B., Muñumel, G., y Fernández, C. (2011). El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 22,13-21. doi:10.1016/j.enfi.2010.11.003.

Grossbach, I., Stranberg, S., y Chlan, L. (2010). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3),46 -61. doi: 10.4037/ccn2010728.

Happ, M. B., Garret, K. L., Tate, J. A., DiVirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., ... Sereika, S.M. (2014). Care of the Critical Ill Adult: Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*, 43:89-98. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.11.010.

Happ, M. B., Baumann, B. M., Sawicki, J., Tate, J. A., George, E. L., y Barnato, A. E. (2010). SPEACS-2: Intensive Care Unit "Communication Rounds" with Speech Language Pathology. *Geriatric Nursing*, 31(3),170-177. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.03.004.

Haranath, P. (2009). Patient communication (SMS) in ICU. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 13(4),224-225. doi: 10.4103/0972-5229.60178.

Ho Hwang, C., Hyo Choi, K., Suk KO, Y., y Man Leem, Ch. (2007). Pre-emptive swallowing stimulation in long-term intubated patient. *Clinical Rehabilitation*, 21, 41-46.

Hunt, K. (2011). *The NICU: Environmental Effects of the Neonatal Intensive Care Unit on Infants and Caregivers*. (Research Papers). Southern Illinois University Carbondale. Recuperado de: http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1068&context=gs_rp.

Limperolopoulos, C. y Majnemer, A. (2002). The Role of Rehabilitation Specialists in Canadian NICUs: A National Survey. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 22, 57-72.

Macht, M., Wimbish, T., Bodine, C., y Moss, M. (2013). ICU-Acquired Swallowing Disorders. *Critical Care Medicine*, 41(10),2396-2405. doi: 10.1097/CCM.0b013e31829caf33.

Massanet, P., Louart, B., Petit, L., Corne, P., Richard, C., y Preiser, J. (2015). Nutrition Rehabilitation in the Intensive Care Unit. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 39(4),391-400. doi: 10.1177/0148607114567901

- Mathisen, B., Carey, L., y O'Brien, A. (2012). Incorporating speech-language pathology within Australian neonatal intensive care units. *Journal of Pediatrics & Child Health*, 48(9),823-827. doi: 10.1111/j.1440-1754.2012.02549.x.
- Maziero, V. (2013). Teamwork in the Neonatal Intensive Care Unit. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 33(1),5-26. doi: 10.3109/01942638.2012.729556.
- Mestral, C., Iqbal, S., Fong, N., LeBlanc, J., Fata, P., Razek, T., y Khwaja, K. (2011). Impact of specialized multidisciplinary tracheostomy team on tracheostomy care in critically ill patients. *Canadian Journal of Surgery*, 54(3),167-173. doi: 10.1503/cjs.043209.
- Morris, L., Bedon, A., McIntosh, E., y Whitmer, A. (2015). Restoring Speech to Tracheostomy Patients. *Critical Care Nurse*, 35(6),3-28. doi: 10.4037/ccn2015401.
- Muthuswamy, M. B., Thomas, B. N., Williams, D., y Dingley, J. (2014). Utility of optical facial feature and arm movement tracking systems to enable text communication in critically ill patients who cannot otherwise communicate. *Burns*, 40(6),1189-93. doi: 10.1016/j.burns.2013.12.012.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud, 385-387. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y la Salud. Madrid, España : WHO Library Cataloguing in Publication.
- Padovani, A. R., Moraes, D. P., Sassi, F. C., y Andrade, C. R. (2013). Clinical swallowing assessment in Intensive Care Unit. *Codas*, 25(1),1-7.
- Patak, L., Wilson-Stronks, A., Costello, J., Kleinpell, R., Henneman, E., Person, C., y Happ, M. (2009). Improving Patient-Provider Communication: A Call to Action. *The Journal of Nursing Administration*, 39(9),372-376. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181b414ca.
- Pollens, R. (2004). Role of the speech-language pathologist in palliative hospice care. *Journal of Palliative Medicine*, 7(5), 694-702. doi: 10.1089/jpm.2004.7.694. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15588361>
- Radtke, J. V., Brooke, M. B., Baumann, M. S., Garrett, K. L., y Happ, M. B. (2011). Listening to the voiceless patient: case reports in assisted communication in the intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6),791-795. doi: 10.1089/jpm.2010.0313.
- Rodríguez-Riaño L.J y Duarte-Valderrama A. (2017) Fonoaudiología/logopedia en cuidado intensivo: el valor de la comunicación, más allá de las alteraciones de deglución.

Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología, 37(4) en prensa. doi: 10.1016/j.rlfa.2017.08.002

Rodríguez-Riaño, L.J. y Montenegro, A. (2010). Manejo orofaríngeo durante la Intubación orotraqueal. *Revista Areté*, 10:4-7.

Roquette, E., Marconi, M., Correa, M., y Barros, A. (2012). The role of Speech-Language Pathology in bottle feeding infants discharged from intensive care unit. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(3),327-32.

Royal College of Speech and Language Therapists RCSLT. (2014). *Speech and Language Therapy in Adult Critical Care. Position Statement*. Recuperado de: https://www.rcslt.org/members/publications/publications2/criticalcare_positionpaper_060114

Salinas, L., Núñez, A., Milagros, A., y Escobar, A. (2010). Caracterización clínica y evolución tras la intervención terapéutica de trastornos de deglución en pacientes pediátricos hospitalizados. *Revista de Neurología*, 50(3),139-144

Sheppard. J. J. y Arvedson, J. C. (2002). Evidence-Based Practice in the NICU. *SIG 13 Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 11,12-15. doi:10.1044/sasd11.2.12.

Silbergleit, A. K. y Basha, M. A. (2007). Speech Language Pathologist in the Intensive Care. En A. Jhonson & B. Jacobson (Eds.), *Medical Speech Language Pathology, A practitioner's guide* (pp.65-94). New York:Thiem.

Srinivasan, P., Jain, P., Melkonian, A., y Dimattia, M. (2011). Utilization of Speech and Language Pathologists (SLP) Services and Feeding Therapy Interventions in Late Preterm Infants (LPI). *Pediatric Research*, 70:836-836. doi:10.1038/pr.2011.1061.

Stelfox, H. T., Crimi, C., Berra, L., Noto, A., Schmidt, U., Bigatello, L. M., y Hess, D. (2008). Determinants of tracheostomy decannulation: an international survey. *Critical Care*, 12(1), R26. doi: 10.1186/cc6802.

Strasheim, E., Kritzinger, A., y Louw, B. (2011). The development of a neonatal communication intervention tool. *The South African Journal of Communication Disorders*, 58,13-18.

Sturdivant, C. (2013). A Collaborative Approach to Defining Neonatal Therapy. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1),23-26. doi: 10.1053/j.nainr.2012.12.010

Sutt, A., Cornwell, P., Mullany, D., Kinneally, T., y Fraser, J. (2013). The use of tracheostomy speaking valves in mechanically ventilated patients results in improved

communication and does not prolong ventilation time in cardiothoracic intensive care unit patients. *Journal of Critical Care*, 30(3),491-494. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.12.017.

Terk, A. R., Leder, S. B., y Burrell, M. I. (2007), Hyoid bone and laryngeal movement dependent upon presence of a tracheostomy tube. *Dysphagia*, 22,89-93.

Tippett, D. C. y Siebens, A. A. (2005). Preserving oral communication in individual with tracheostomy and ventilator dependency. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 4(2),56-57. doi:10.1044/1058-0360.0402.55.

Tobin, A. y Santamaria, J. (2008). An intensivist-led tracheostomy review team is associated with shorter decannulation time and length of stay: a prospective cohort study. *Critical Care*, 12(2),48. doi: 10.1186/cc6864.

Tracy, M. y Chlan, L. (2011). Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3),19-28. doi: 10.4037/ccn2011653.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138, 35-365.

Wallace, G. (2013). Speech-Language Pathology: Enhancing Quality of Life for Individuals Approaching Death. *SIG 15 Perspectives on Gerontology*, 18,112-120. doi: 10.1044/gero18.3.112.

Ward, E., Morgan, T., McGowan, S., Spurgin, A., y Solley, M. (2012). Preparation, clinical support, and confidence of speech-language therapists managing clients with a tracheostomy in the UK. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(3),322-332. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00103.x.

Wilches, E. C., López, M. E., y Arango, G. P. (2004). Rehabilitación funcional del paciente neurológico en la UCI. *Guía Neurológica. - Asociación Colombiana de Neurología*. 119-41. Recuperado de: <http://www.acnweb.org/guia/g6cap7.pdf>

