

Práctica Fonoaudiológica en Unidades de Cuidado Crítico en Colombia.

Autor Principal

Johanna Rodríguez Riaño

Dalia Vanessa Ballesteros Pérez

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



Práctica Fonoaudiológica en Unidades de Cuidado Crítico en Colombia

Speech Pathology Practice in Critical Care Units Colombia

Autor Principal

Johanna Rodríguez Riaño

Dalia Vanessa Ballesteros Pérez

Coautores

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

19 de Diciembre de 2018

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.

Resumen

Objetivo: caracterizar las condiciones de la práctica profesional y las percepciones del actuar profesional de fonoaudiólogos en Unidades de Cuidado Crítico en Colombia, con el fin de identificar fortalezas y necesidades de formación y visibilidad profesional. **Metodología:** Estudio descriptivo observacional de enfoque mixto, desarrollado en 2018 a partir de un autoreporte, validado por 3 expertos externos. Se definieron 52 preguntas relacionadas con las variables: Información demográfica, Formación profesional, desempeño profesional y percepciones del profesional. **Resultados:** El autoreporte lo diligenciaron 91 personas, 80 Mujeres y 11 hombres, 72,5% con edades entre 21 a 40 años, 19,8% entre los 41 a 50 años y 7,7% mayores de 50 años. Un 24,2% eran procedentes de la ciudad de Bogotá. Un 65,9% reportaron tener estudios de maestría en curso o finalizados y un 24,2% reportaron no tener estudios posgraduales. El tiempo de dedicación en actividades de comunicación fue entre el 20% al 50%, mientras que para las de deglución fue del 60% al 80%. El tipo de contratación más frecuente fue Prestación de Servicios con un 58%. Se manifiesta una percepción económica mala o baja en un 79%. **Conclusiones:** Aunque la fonoaudiología ha ganado reconocimiento en la Unidades de Cuidado Crítico, se percibe que hay una baja remuneración a pesar de la experiencia y la formación posgradual. Adicionalmente, se considera que el tiempo de atención en las unidades es muy corto para la complejidad y no existe un fonoaudiólogo de dedicación exclusiva en la Unidades de Cuidado Crítico.

Palabras Clave: Fonoaudiología, cuidado crítico, comunicación, deglución, disfagia.

Abstract

Objective: to characterize the conditions of professional practice and the perceptions of Speech Pathology performance in Critical Care Units in Colombia, in order to identify strengths and needs for training and professional visibility. **Methodology:** Observational descriptive study of mixed approach, developed in 2018 from an self-report, validated by 3 external experts. 52 questions related to the variables were defined: Demographic information, Professional training, professional performance and professional perceptions. **Results:** Self-report was made by 91 people, 80 women and 11 men, 72.5% with ages between 21 to 40 years, 19.8% between 41 to 50 years and 7.7% over 50 years. 24.2% were members of the city of Bogotá. 65.9% reported having completed master's studies and completed and 24.2% reported not having postgraduate studies. The time of dedication in

communication activities was between a 20% and 50%, while for swallowing, it was 60% and 80%. Provision of services with 58%. It manifests itself in a poor or low economic perception in 79%. **Conclusions:** Although Speech Pathology has been recognized in the Critical Care Units, it is perceived that there is low remuneration despite experience and postgraduate training. In addition, it is considered that the time of attention in the units is very short for complexity and there is no full-time speech pathologist in the Critical Care Units.

Key Words: Speech Pathology, critical unit care, communication, swallowing, dysphagia.

Índice

Introducción	8
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.....	18
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	33
6.1 Cumplimiento de Objetivos específicos y Aportes	36
6.2 Líneas Futuras	36
6.3 Producción asociada.....	37
Apéndices	38
Referencias	45

Índice de Tablas

Tabla 1. Variables del estudio	19
Tabla 2. Tipo de profesional que remite a fonoaudiología.....	30
Tabla 3. Razones por las cuales se percibe un bajo salario	31

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Presencia de fonoaudiólogos en UCC	22
Gráfico 2. Año de título como fonoaudiólogo	23
Gráfico 3. Formación posgradual	24
Gráfico 4. Tipo de posgrado	24
Gráfico 5. Servicios de desempeño profesional	27
Gráfico 6. Tipo de unidades de cuidado crítico.....	28
Gráfico 7. Tipo de contrato	29
Gráfico 8. Percepción de reconocimiento.....	32

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 Colombia?

Objetivo General

Caracterizar las condiciones de la práctica profesional y de las percepciones del actuar profesional de fonoaudiólogos en Unidades de Cuidado Crítico en Colombia, 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 Colombia.
- ✓ Describir las condiciones formación de pregrado, posgrado y continuada de los profesionales en fonoaudiología que trabajan en Unidades de Cuidado Crítico en Colombia.
- ✓ Describir las condiciones laborales de los profesionales en fonoaudiología que trabajan en Unidades de Cuidado Crítico en Colombia.
- ✓ Analizar percepciones, necesidades y condiciones del entorno de los profesionales en fonoaudiología que trabajan en Unidades de Cuidado Crítico en Colombia.

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 interdisciplinario 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 dese 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 Colombia 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.

A pesar de ello, la oportunidad de captar la información acerca de los profesionales en fonoaudiología, ya que algunas entidades se negaron a entregar información y, en caso de entregarla, a la hora de hacer contacto con los fonoaudiólogos, no se lograba que respondieran el autoreporte.

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 práctica fonoaudiológica en unidad de cuidado crítico	La percepción que tiene el fonoaudiólogo que se desempeña en unidades de cuidado crítico 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 Colombia (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 habilitación del servicio de fonoaudiología.

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

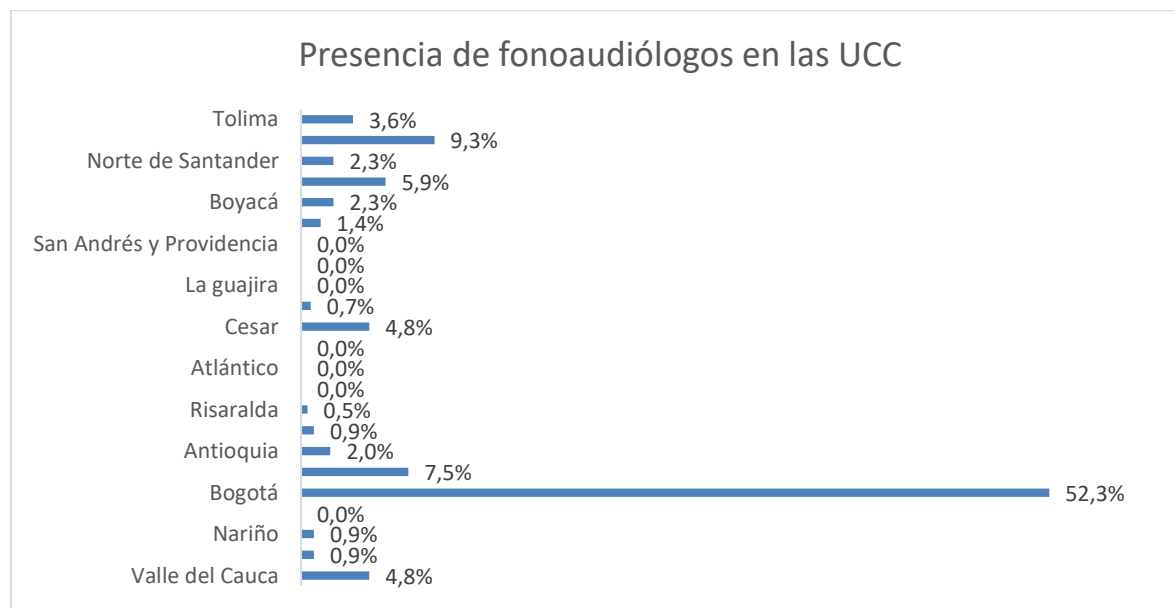
en un link para diligenciamiento on line (Apéndice A). El formulario de auto reporte no solicitaba ningún dato personal obligatorio, sin embargo, se solicitaba voluntariamente el número telefónico de contacto, dato que no supeditaba continuar el diligenciamiento del autoreporte.

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 el registro REPS, se logró obtener información acerca de 1811 Unidades de Cuidado Crítico. Al realizar la depuración por duplicados se obtuvo un total de 1374. En esta investigación se logró identificar la presencia de 440 fonoaudiólogos que trabajan en Unidades de Cuidado Crítico en el país, la mayor concentración se encontró en Bogotá con el 52,3%, seguido de Antioquia con el 7,5% y el Valle del Cauca con el 4,8%.

Gráfico 1. Presencia de fonoaudiólogos en UCC



Datos demográficos

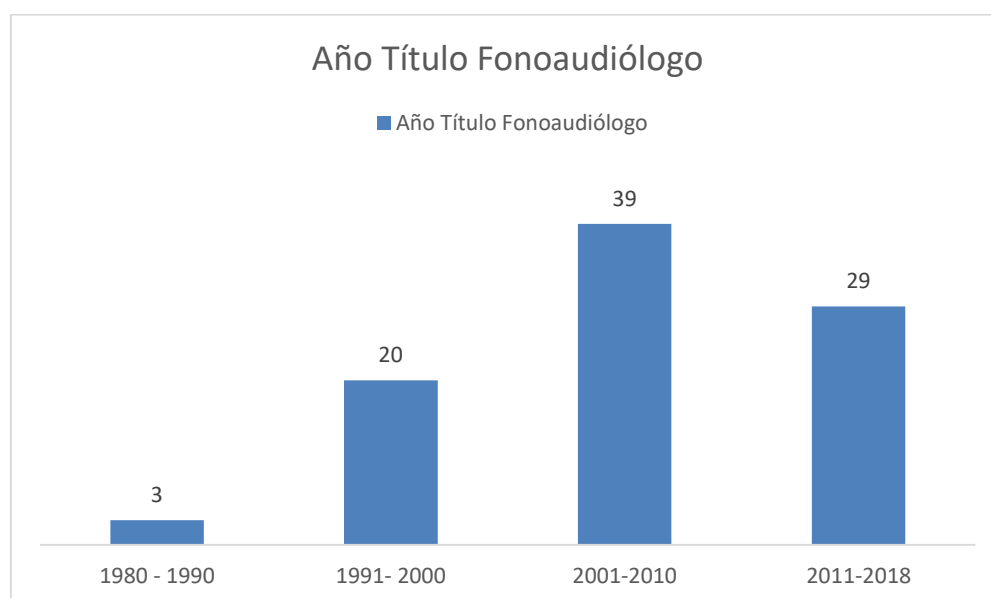
El total de los Fonoaudiólogos que diligenciaron el autorepote fueron 91 que laboraban en ambientes clínicos dentro de Unidades de Cuidado Crítico. El 87,9% son de género, con edades entre los 21 años hasta los 60años, donde el 29,6% se encuentran entre los 21 hasta los 30 años, 42,8% entre los 31 y 40 años, 19,7% entre los 41 y 50 años y 7,6% entre los 51 y 60 años. La región con mayor cantidad de respondientes fue Valle del Cauca con el 26,3%, seguida de Bogotá con 17,5%;

en estas ciudades el 35,2% laboran en Cali y el 24,2% en Bogotá, el restante, laboran en ciudades como Bucaramanga, Medellín, Neiva, Manizales, Barranquilla, Sincelejo, Pasto, Pereira, Buenaventura, Villavicencio, Aguachica, Valledupar, Rionegro, Chía, Cartagena, Yopal, Nariño y Floridablanca.

Condiciones de formación profesional

El año de obtención del título como Fonoaudiólogo, del 2001-2010 el 42,9% personas, y del 2011-2018 el 31,9%, en la década de 1980 a 1990 lo obtuvieron el 3,3% y del 1991 al 2000 el 22% personas. La naturaleza de las instituciones de las que recibieron el título, 62,6% personas en institución privada y 36,3% en publica.

Gráfico 2. Año de título como fonoaudiólogo



En cuanto a la formación posgradual el 65,9% respondió que sí tenía posgrados, 65,9% (60 personas) con especialización, 11% (10) con Maestría, 5,5% (5 personas) con Diplomados, 3,3% (3 personas) con Doctorado, 1 persona con Cursos de educación continuada. Por otra parte, se evidenció que el 44% (40) lo terminaron con título, y el 3% (3 personas) lo culminaron, pero aún no tienen el título. El 27,5% (25) de las personas están cursando el postgrado y el 1% (1 persona) lo está convalidando en el exterior.

Gráfico 3. Formación posgradual

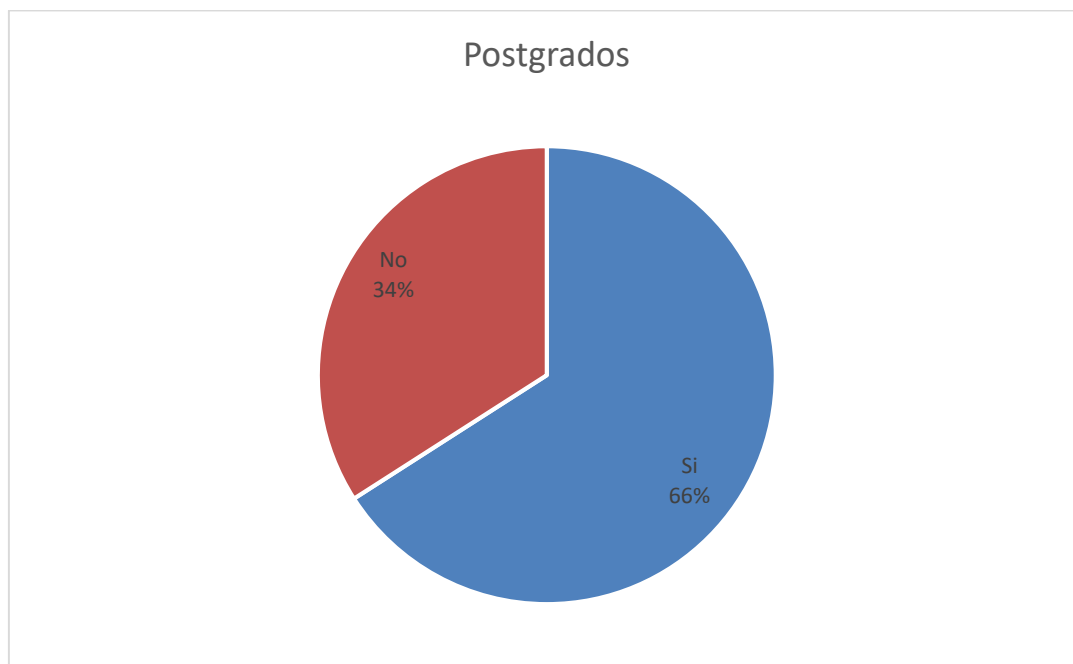


Gráfico 4. Tipo de posgrado



Se identificaron 9 áreas diferentes de postgrado en la que Cuidado Crítico se encuentra en primer lugar con el 13,2% (12 personas), seguido de Disfagia con el 8,8% (8), en tercer lugar, se encuentra el área de Audiología con 6,6% (6),

posteriormente se encuentra Auditoria en Salud con 5,5% (5), seguido está el área de docencia, en sexto lugar se ubican las áreas de Comunicación, Discapacidad, Miofuncional y en el último lugar se encuentra el área de Aprendizaje.

El 19,8% de los que diligenciaron el autoreporte realizaron el postgrado en la Universidad Iberoamericana, Universidad Nacional 5.5% (5), Universidad del Valle 4,4% (4), Universidad María Cano – Universidad Santiago de Cali – Universidad CES constituyen el 3,3% (3), Universidad Manuela Beltrán – Universidad de Brasil – Universidad Militar Nueva Granada con el 2,2% (2) y las universidades Francisco José de Caldas – ISEP – Baja California – Universidad de Antioquia – Universidad del Área Andina – ICESI – Instituto de Motricidad Orofacial – Universidad Metropolitana de Barranquilla – Universidad Católica de Manizales – Universidad de la Sabana – EAN – Universidad Libre Seccional de Cali – Universidad Distrital – Universidad de Argentina – Universidad del Rosario – Universidad del Norte – Universidad de Sucre – Universidad Javeriana – Universidad de Santander – Universidad Autónoma de Bucaramanga – Universidad Internacional de la Rioja con 1,1% cada una.

El número de programas de educación continuada que realizaron en los 2 últimos años se tuvo como resultado que 1 programa con 14 personas, 2 programas con 16 personas, 3 programas con 12 personas, 4 programas con 9 personas, 5 programas con 7 personas, 6 programas con 5 personas, más de 6 con 14 personas y ninguna con 14 personas. Los tipos de educación continuada encontrados fueron Curso hasta 48 horas con 24, Cursos cortos con 36, Diplomados con 17, Seminario y Simposio con 1, ninguno 11. La modalidad de estos fue Presencial con 68, Semipresencial con 3 y Virtual con 7.

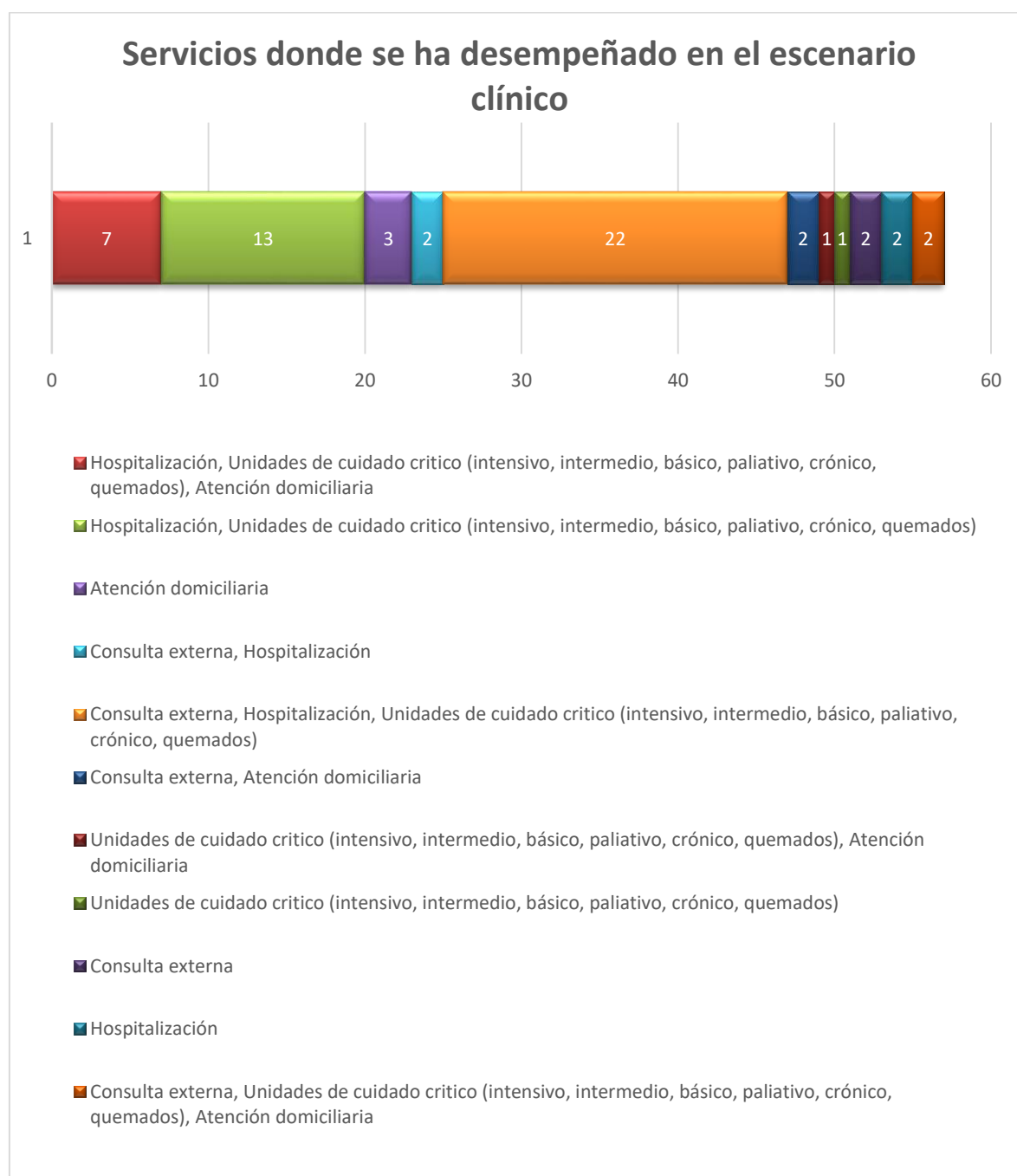
Condición laboral

Con relación a la experiencia laboral de los encuestados, se encontró que el rango reportado fue de entre menos de 1 año hasta 28 años, con una mediana de 11 años. El 65,9% tiene hasta 10 años de experiencia, de 10 a 20 años el 24,2% y más de 20 años el 9,9%. En relación a los servicios de desempeño profesional, se encontró que el 37,3% se desempeña de forma simultánea en consulta externa, hospitalización, unidades de cuidado crítico (intensivo, intermedio, básico, paliativo, crónico, quemados) y atención domiciliaria. El 3,2% se desempeñan de forma exclusiva en atención domiciliaria, el 2,1% se desempeñan exclusivamente en hospitalización, el 2,2% se desempeña en consulta externa exclusivamente y el 1 % se desempeña exclusivamente en Unidades de Cuidado Critico. Finalmente, se

observó que el 51,6% de los que respondieron el autoreporte manifestaron que combinan el ejercicio profesional en los diferentes servicios.

Además, se les pregunto por los años de experiencia que tenían dentro de las áreas de Unidades de Cuidado Crítico y se obtuvo una mediana de 7,5 años de experiencia en esta área. Los días que laboran los profesionales son los 7 días de la semana, particularmente, en unidades de Cuidado Crítico lo realizan entre 3 veces por semana (15,3%), 5 días a la semana (17,5%) y en su mayoría el 30,7% lo realizan 6 veces por semana, el 79,1% desarrolla su trabajo en una sola institución, mientras que el 16,4% se lo realiza en dos instituciones y el 3,2% hasta en 3 instituciones. Los Tipos de Unidades de Cuidado Crítico en los que se desempeñan actualmente son en Cuidado Neonatal (68,1%), Cuidado Pediátrico (57,1%), Cuidado Adultos (82,4%) y Cuidados Paliativos (27,4%).

Gráfico 5. Servicios de desempeño profesional

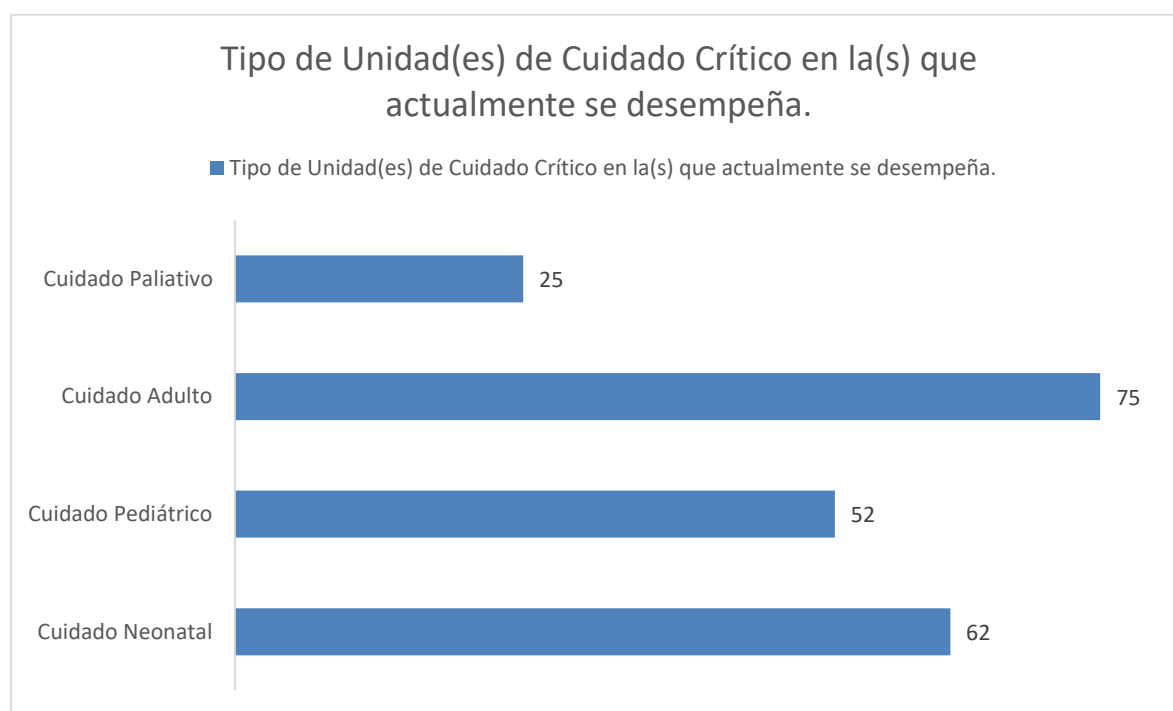


Además, se les pregunto el tiempo que disponen para trabajar con los diferentes grupos poblacionales a lo que se encontró que con población Neonatal el 24,1% no trabajan con ellos. El 37,4% disponen de menos del 10% de su tiempo con esta población, mientras que el 46,2% trabajan entre el 20% al 50%, el 8,8% emplean el 60% al 80% del tiempo y ninguno más del 90% del tiempo en atención de neonatos.

En cuanto al trabajo con población Pediátrica el 32,9% (30 personas) no trabajan con ellos, mientras que el 54,9% trabajan menos del 10% de su tiempo, el 35,2% dedica entre el 20% al 50%, el 5,5% dedica entre el 60% al 80% del tiempo y solo el 3,3% dedica más del 90% del tiempo en trabajo en Unidades de Cuidado Critico pediátrico.

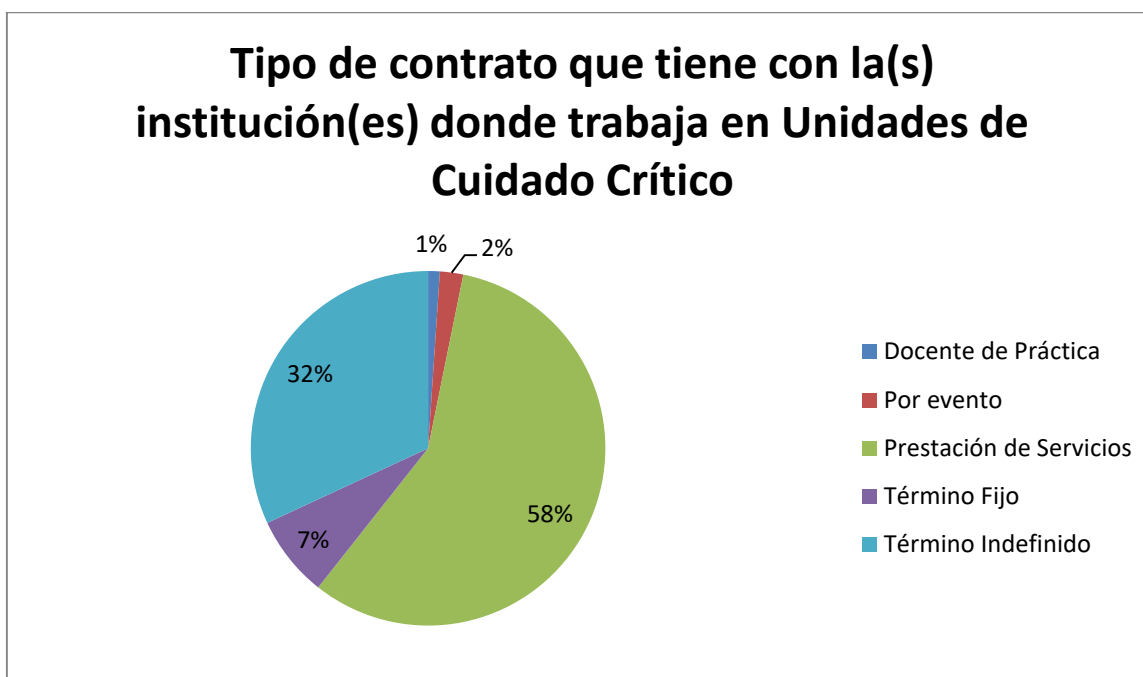
Finalmente, en relación al trabajo en Unidades de Cuidado Critico adulta, el 9,1% manifestaron que no trabajan con esta población, mientras que el 19,8% manifiesta que trabaja menos del 10% con esta población, el 41,8% dedica entre el 20% al 50% del tiempo, el 15,4% entre el 60% al 80% y el 22% dedica más del 90%.

Gráfico 6. Tipo de unidades de cuidado critico



El tipo de contrato que tienen con las Instituciones donde desempeñan en las Unidades de Cuidado Crítico es con mayor frecuencia el de prestación de servicios 59,3%, el siguiente es el contrato a término indefinido con un 32,9%. Los tipos de contrato menos frecuentes fueron el de termino fijo, por evento y docente.

Gráfico 7. Tipo de contrato



Finalmente, se indagó acerca del tiempo de dedicación en las áreas de la comunicación humana (habla, lenguaje, cognición y audición) y se encontró que el 56% dedicaban entre el 20% al 50% del tiempo en estas actividades, mientras que el 28,6% dedica menos del 10% del tiempo en la Unidades de Cuidado Crítico. Por otra parte, el porcentaje de tiempo que le dedican al área de Funciones Aerodigestivas Superiores (miofuncional, deglución, apoyo respiratorio) con mayor frecuencia fue entre el 60% al 80%, un 31,9% dijo dedicar entre el 20% al 25%. Las interconsultas para el tratamiento por fonoaudiología provienen de otros médicos tratantes (63,7%), Intensivistas (56%), y otros profesionales de rehabilitación (30.7%), el 1% lo refieren por indicación del fonoaudiólogo, 21% por protocolo y 27,4% por enfermería,

Tabla 2. Tipo de profesional que remite a fonoaudiología

Frecuencia	Lema
51	intensivista
28	rehabilitación
25	enfermería
20	protocolo
1	criterio
1	psiquiatría
1	neuropediatría

En relación al salario devengado, el rango salarial estaba entre un salario mínimo legal vigente (SMMLV) para el año 2018 en Colombia, hasta 4 salarios. El 41,8% perciben de 2 a 3 SMMLV, el 23,1% entre 1 a 2 SMMLV y el 20,9% de 3 a 4 SMMLV Y 14,3% ganan 4 SMMLV.

Percepciones y necesidades

La última parte del autoreporte indagaba acerca de las percepciones y necesidades de los profesionales en fonoaudiología en relación a las condiciones laborales y las necesidades de formación. Para esto, se realizó un análisis categorial y de frecuencias con el fin de determinar la cantidad de respuestas más frecuentes y determinar una tendencia de respuestas.

Se indagó acerca de la percepción sobre la remuneración económica encontrando como categorías principales de respuesta, que la remuneración es “Buena” o “Baja o mala”. El 79% de las respuestas estaba relacionada con una percepción “Baja o mala”, dando como razones principales relacionadas con el nivel de cualificación profesional, que hace referencia a aspectos como la experiencia profesional y el grado de complejidad de las tareas en la Unidades de Cuidado Crítico. La siguiente categoría, está relacionada con las funciones profesionales, pues la percepción de la mala remuneración se comparaba con las funciones de otros profesionales en la misma área. La siguiente categoría se refería a la cantidad de tiempo y actividades que se realizaban y el pago no se percibe como proporcional a ello. Otra categoría para destacar está relacionada con entidad en la que laboran, particularmente la calidad de la EPS. Otra categoría importante es la visibilidad de la profesión, pues consideran que en ocasiones no se reconoce el trabajo del fonoaudiólogo y finalmente está la relacionada con el desempeño en diferentes trabajos fuera de las Unidades de Cuidado Crítico.

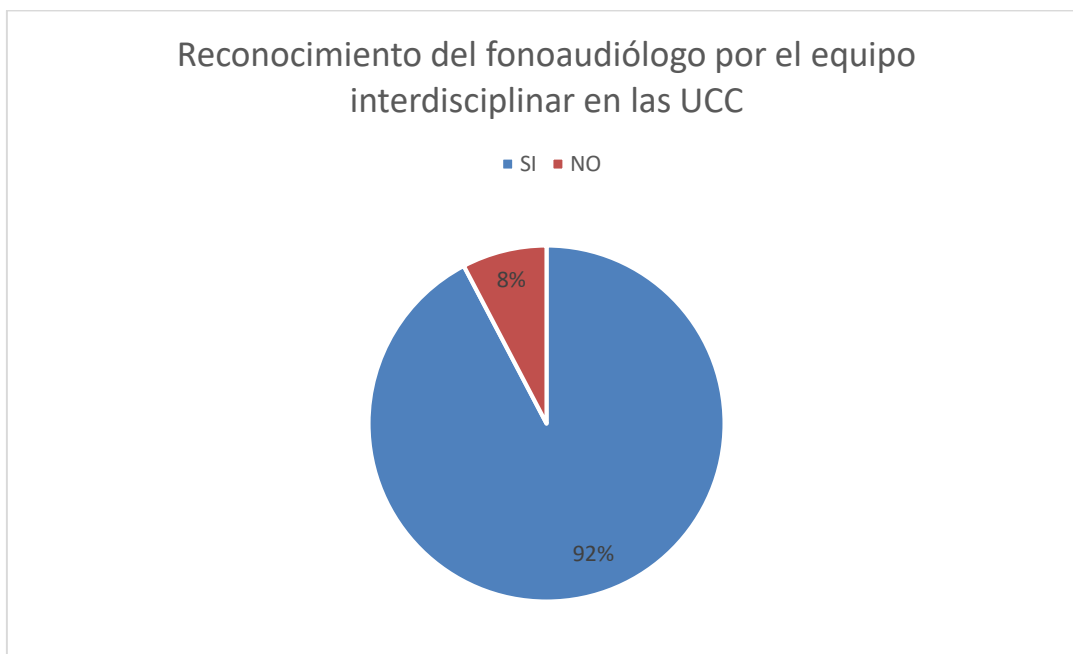
Tabla 3. Razones por las cuales se percibe un bajo salario

Frecuencia	Lema
16	cualificacion
14	función
6	cantidad
4	entidad
3	visibilidad
1	trabajosv

Por otro lado, se preguntó por la percepción acerca del tiempo que dedica a las UCC, encontrando que en un 54% es adecuado, en un 39% poco y en un 7% extenso.

Aunque la percepción de remuneración es baja, hay una alta percepción de reconocimiento por parte del equipo interdisciplinar, con un 92% de las respuestas positivas. Las razones que manifiestan están relacionadas con el reconocimiento de las funciones y el quehacer del fonoaudiólogo, además, del reconocimiento del valor de la intervención en la calidad de vida y bienestar de los usuarios. El 8% respondió que no era reconocido y las razones estaban relacionadas con el hecho de que los demás profesionales no conocían las funciones del fonoaudiólogo o consideraban que la profesión no es de nivel superior.

Gráfico 8. Percepción de reconocimiento



Dentro de lo que se indagó, se preguntó cuál sería el contexto ideal de trabajo para los fonoaudiólogos, dentro de las respuestas más relevantes se encontró que la presencia del fonoaudiólogo de forma permanente con el fin de favorecer los procesos comunicativos del usuario con su familia y personal de salud, y favorecer los procesos de alimentación. De igual forma, se considera importante la presencia de un Fonoaudiólogo por unidad, que sea tenido en cuenta en cada decisión, con protocolos de intervención bien definidos y que realmente estén entrenadas en cuidado crítico. Otros aspectos importantes, son que las interconsultas lleguen directamente al fonoaudiólogo o que él mismo la genere para iniciar atención temprana y mejorar el avance terapéutico.

Con relación al tipo de formación que requiere un fonoaudiólogo para ejercer en las Unidades de Cuidado Crítico, se encontró que es importante tener conocimientos específicos en deglución, cuidado crítico y motricidad orofacial, además de ventilación mecánica y manejo de válvulas. Aunque no se menciona de forma muy frecuente, se resalta la necesidad de formación a través de diplomados, especializaciones e incluso maestrías en ésta área.

Capítulo V - Discusión

De acuerdo con la revisión realizada se evidencia la ausencia de Fonoaudiólogos para el desarrollo de acciones de Atención Primaria en diferentes escenarios clínicos dentro de las áreas de UCI. Se encontró que los Fonoaudiólogos se dedican principalmente al rol asistencial con acciones de Evaluación/Diagnóstico e Intervención en el área de deglución, miofuncional y habla. Las características de la práctica se enfocaron en población de recién nacidos, neonatos, prematuros y adultos.

Por su parte Jackie McRae, (2018) menciona que La guía establecida por el Royal College of Speech and Language Therapists (2014) identificó al Fonoaudiólogo como parte integral del entorno multidisciplinario de cuidados intensivos e involucrados en el proceso de destete de traqueostomía y ventilación mecánica, además de la rehabilitación de dificultades de deglución y comunicación. Estos hallazgos concuerdan con el presente estudio, en el que se reconoce al fonoaudiólogo como parte de los equipos interdisciplinarios, sin embargo, en Colombia no se encuentra una normativa que obligue a las instituciones a contratar fonoaudiólogos en las Unidades de Cuidado Crítico.

Por otra parte, en una auditoría nacional en Londres, acerca de la atención de traqueotomía (National Confidential Enquiry Into Patient Outcome And Death, 2014) encontró retrasos en la remisión pacientes con traqueostomía y la falta de acceso a los procedimientos de FEES para apoyar la toma de decisiones clínicas”. El autor refiere la importancia que tiene el Fonoaudiólogo dentro de esta área debido a las particularidades que presentan los pacientes en las cuales solo el Fonoaudiólogo puede intervenir. En el contexto Colombiano, también se identifica la falta de acceso a los procedimientos para el diagnóstico instrumental de la disfagia como el FEES, la video cinedeglución y adicionalmente los retrasos que se presentan en la remisión de los pacientes al servicio de Fonoaudiología. Esta situación pone en riesgo la seguridad de los pacientes, por ejemplo, Fumelli, Serrano, Marconi y Pereira en el (2013) afirman en su estudio que “la mayoría de los recién nacidos reciben alimentación oral sin una evaluación previa por parte de un logopeda, lo que puede generar situaciones de riesgo con respecto a una alimentación segura y eficiente”.

En este trabajo se encontró que el trabajo por parte del profesional en Fonoaudiología en ocasiones es reconocido dentro de las áreas clínicas, pero aún

depende de las remisiones del profesional en medicina, según Ayala y Marin (2015), en las instituciones de salud que evaluó su estudio, el Fonoaudiólogo no es considerado como miembro del equipo interdisciplinar, y es contratado de acuerdo a circunstancias que se presenten y en ocasiones es suplido por auxiliares de enfermería y fisioterapeutas realizando procedimientos que colocan en riesgo la vida de los pacientes.

Capítulo VI - Conclusiones

La fonoaudiología la ejercen en su mayoría personas de género femenino, las personas respondientes en el autoreporte en su mayoría están en edades entre los 30 a 50 años con 6 años de experiencia en Unidades de Cuidado Crítico como mediana. Las ciudades que se reportan en el presente estudio son de las ciudades de Cali y Bogotá, lo que permite inferir que los servicios de fonoaudiología se concentran en las regiones urbanas del país y principalmente en las ciudades principales. Respecto a los años de experiencia, el fonoaudiólogo ha iniciado una incursión en las Unidades de Cuidado Crítico hace aproximadamente 10 años, en donde la acción profesional ha ganado un paulatino reconocimiento por parte de los profesionales de la salud en beneficio de los usuarios.

Sin embargo, son muy pocos los fonoaudiólogos que se desempeñan de forma exclusiva en las Unidades de Cuidado Crítico, en el autoreporte se encontró que, en la mayoría de los casos, los profesionales se desempeñan de forma simultánea en consulta externa, hospitalización, atención domiciliaria y unidades de cuidado crítico. Debido a esto, la dedicación de horas en esta área es poca, con mayor dedicación a las Unidades de Cuidado Intensivo Adulta y Neonatal, con mayor dedicación a ejercer funciones asistenciales y relacionadas con mayor frecuencia a las Funciones de las Vías Aerodigestivas superiores, en las cuales el fonoaudiólogo es más reconocido particularmente en el ambiente clínico.

Aunque el reconocimiento del profesional en fonoaudiología ha aumentado por parte de los equipos interdisciplinarios, no se ve reflejado en la remuneración económica, pues los profesionales consideran que ésta es baja en relación a las funciones y la cantidad de trabajo que deben ejecutar. Se observa que el rango salarial está entre un salario mínimo hasta 4 salarios mínimos mensuales legales vigentes. El aumento del salario puede estar relacionado con el nivel de formación y el tiempo de experiencia profesional, sin embargo, en comparación con otras profesiones de la salud, sigue siendo bajo.

Finalmente, se resalta la necesidad de la presencia permanente del fonoaudiólogo en la Unidades de Cuidado Crítico con el fin de favorecer los procesos de comunicación del usuario con su familia y profesionales, además de la vigilancia del estado de alimentación, a partir de protocolos bien definidos y la autonomía

profesional. También, se considera importante la formación especializada en ésta área a partir de diplomados, especializaciones y maestrías.

6.1 Cumplimiento de Objetivos específicos y Aportes

Esta investigación exploratoria permitió establecer la importancia del rol de fonoaudiólogo en la Unidades de Cuidado Crítico, sin embargo, se observó que no hay profesionales dedicados exclusivamente a ésta área de desempeño clínico, debido a que el fonoaudiólogo aún está en proceso de ganar mayor visibilidad y reconocimiento.

De igual manera, se logró establecer que el rango salarial de los fonoaudiólogos esta entre el salario mínimo hasta 4 salarios mínimos, muchos fonoaudiólogos pueden trabajar hasta en tres instituciones a la vez debido a la necesidad de obtener mayores ingresos. En muchos casos, se percibe que la remuneración es baja en comparación con la cantidad de trabajo y responsabilidades que soporta.

Finalmente, se logró establecer la cantidad de fonoaudiólogos que laboran en Unidades de Cuidado Crítico en el país lo que permitirá generar espacios de formación e investigación en ésta área.

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

Artículo para sometimiento "*Condiciones de la Práctica y Percepciones del Actuar Fonoaudiológico en Unidades de Cuidado Crítico en Colombia 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
Form	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
1 Seleccione el número de posgrados que ha cursado o está cursando.	0 1 2 3
1 Seleccione el o los nivel(es) de programa(s) de posgrado que ha cursado o está cursando	Especialización Maestría Doctorado Posdoctorado
1 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

	1 3	Escriba el nombre del o de los programas de posgrados cursados y/o en curso	texto corto
	1 4	Escriba el nombre de la(s) institución(es) donde obtuvo su(s) títulos de posgrado	texto corto
	1 5	Escriba el año de obtención de su(s) título(s) de posgrado	texto corto
	1 6	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
	1 7	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)
	1 8	Escriba el nombre del último programa de educación continuada que realizó	texto corto
	1 9	Escriba el nombre de la institución donde realizó el último programa de educación continuada	texto corto
	2 0	Seleccione en la modalidad en que cursó el último programa de educación continuada	1. Virtual 2. Presencial 3. Semipresencial 4. Nacional 5. Internacional
	2 1	Escriba en años su experiencia profesional en escenario clínico - salud	número
	2 2	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
Realidad Laboral	2 3	Escriba en años su experiencia profesional en Unidades de Cuidado Crítico	número
	2 4	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
2	En promedio cuántas horas de su	1
5	jornada laboral DIARIA se	2
	desempeña en Unidades de	3
	Cuidado Crítico	4
		5
		6
		7
		8
		más de 8
2	Escriba cuántos días a la semana	1
6	realiza atención en UCC	2
		3
		4
		5
		6
		7
2	Escriba el nombre de la(s)	texto corto
7	institución(es) donde se desempeña	
2	Seleccione el número de	1
8	instituciones donde se desempeña	2
	actualmente en Unidades de	3
	Cuidado Crítico	4
2	Escriba en años hace cuánto	número
9	trabaja en esta(s) institución(es), en	
	Unidades de Cuidado Crítico.	
3	Asigne un porcentaje de su trabajo	Adultos: _____
0	profesional a las poblaciones con	Pediatría: _____
	las que desempeña en Unidades de	Neonatos: _____
	Cuidado Crítico hasta completar el	
	100% de su tiempo laboral.	
3	Seleccione el número de Unidades	número
1	de Cuidado Crítico en las que	
	actualmente se desempeña.	
3	Seleccione el tipo de contrato que	Prestación de servicios
2	tiene con la(s) institución(es) donde	Término fijo a 11 meses
	trabaja en Unidades de Cuidado	Término fijo menor a 11 meses
	Crítico	Término Indefinido
		Otro: ---- Cuál: _____

3 Seleccione las acciones que realiza 3 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
3 Asigne un porcentaje para las áreas 4 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)
3 Seleccione el origen de las 5 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
3 Seleccione los profesionales que 6 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. 5. Enfermería 6. Auxiliares de Enfermería 7. Nutricionistas 8. Psicólogos 9. Trabajadores sociales

Percepción de la presencia y situación del Fonoaudiólogo en UCC	3 7	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)
	3 8	¿Cuál es su percepción frente a la remuneración económica que recibe por sus acciones en Unidades de Cuidado Crítico ?	Texto Corto
	3 9	¿Cuál es su percepción respecto al tiempo de su jornada laboral, que dedica a sus funciones en la Unidades de Cuidado Crítico ?	Texto Corto
	4 0	¿Qué determina la asignación de tiempo de su trabajo en Unidades de Cuidado Crítico ?	Texto Corto
	4 1	¿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
	4 2	¿Cree que sus decisiones y sugerencias profesionales en las Unidades de Cuidado Crítico son tomadas en cuenta? ¿por qué?	Texto Corto
	4 3	¿Considera que sus acciones en las Unidades de Cuidado Crítico deben incluir otros actores además de los usuarios? ¿quiénes y por qué?	Texto Corto
	4 4	¿Qué importancia tienen para usted, las acciones de investigación en Unidades de Cuidado Crítico , en su práctica profesional? ¿por qué?	Texto Corto
	4 5	¿Cree que su trabajo contribuye a la humanización en la Unidades de Cuidado Crítico ? ¿por qué?	Texto Corto
	4 6	Describa cómo el escenario laboral ideal del fonoaudiólogo en Unidades de Cuidado Crítico	Texto Corto

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

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.

Ayala, P. Marín, Y. (2015). Realidad Laboral del Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Signos Fónicos*, (1), 1-13,

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

Buck N, Devlin HB and Lunn JN. The Report of a Confidential Enquiry into Perioperative Deaths. London Nuffield Provincial Hospitals. Trust/King's Fund Publishing Office 1987

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.

Fumelli M.; Serrano, M.; Marconi, M.; Pereira, S. (2013). Demand for speech therapy intervention in neonatal unit of a teaching hospital. 15-09-2018, de Scielo Sitio web: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462013000600017&script=sci_arttext&tlng=en

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.

Jackie McRae. (2018). The role of speech and language therapy in critical care. 15-09-2018, de MANAGEMENT & PRACTICE Sitio web: https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu-v18-i2-jackie-mcrae-the-role-of-speech.pdf

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 Cataloguingin-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>