

ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Karol Susana Velasco Vargas¹, Juliana María Delacruz²,
Verónica León³ y Yuri Lemus⁴

Fecha de recepción: 09 de Julio de 2014

Fecha de aprobación: 28 de Octubre de 2014

Citar como: Velasco, K., Delacruz, J., León, V. y Lemus, Y. (2014). Rol del fonoaudiólogo en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista Areté*, 14 (1), 54-64

Resumen

El presente artículo surge de la investigación: "El rol del fonoaudiólogo (a) y las alteraciones más frecuentes en las salas de Cuidados Intensivos Neonatales de tres clínicas de la ciudad de Santiago de Cali, Valle, Colombia". El quehacer del profesional en Fonoaudiología tiene como prioridad investigativa repensarse en el hacer desde la prevención y no desde la patología instaurada, es por esto que la investigación se enmarcó en la especificidad del rol fonoaudiológico en momentos de intervención temprana como sucede en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El artículo estará centrado en lo relacionado puntualmente con el rol del fonoaudiólogo, para lo que es relevante asumir como prioridad el aspecto cualitativo. Se hizo mediante la metodología de tipo etnográfico, teniendo como objetivo comprender el rol fonoaudiológico en las UCIN. El artículo muestra el panorama desde lo procedimental en el hacer teniendo en cuenta lo contextual, la evaluación, el diagnóstico, la intervención y las acciones de promoción y prevención.

Palabras clave: Rol del Fonoaudiólogo, Unidad Cuidados Intensivos Neonatales, Alteraciones Fonoaudiológicas.

¹ Mg. Educación y Desarrollo Humano. Docente, Universidad Santiago de Cali. Contacto: kasuveva@hotmail.com

² Fonoaudióloga, Universidad Santiago de Cali. Contacto: julianamaria994@hotmail.com

³ Fonoaudióloga, Universidad Santiago de Cali. Contacto: veropato25@hotmail.com

⁴ Fonoaudióloga, Universidad Santiago de Cali. Contacto: yurile@hotmail.com

PHONOAUDIOLOGIST ROLE IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Abstract

This article arises from research: “The role of the speech pathologist (a) and the most frequent alterations in the neonatal intensive care wards (NICU) of three clinics in the city of Santiago de Cali, Valle, Colombia”. The task of the speech therapy professional’s priority in doing research repentance from prevention and not from the pathology instituted, which is why the investigation was prompted by the specificity of the role of speech therapy in early intervention moments as in the care unit neonatal intensive (NICU). The article will focus on matters related to the Role promptly Speech therapist, what is relevant for priority assume the qualitative aspect. This was done through ethnographic methodology, aiming at understanding the role of speech therapy in the neonatal intensive care units. The article shows the view from the procedural to the do considering the contextual, assessment, diagnosis, treatment and prevention and promotion actions.

Key words: Speech therapist role, Neonatal Intensive Care Unit, Alterations phonoaudiological.

INTRODUCCIÓN

La Ley 376 (Julio 4 de 1997) “Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia”, la define como la profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por, cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio: Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las comunidades”.

Así mismo, a partir de lo definido por Cuervo (1998), el quehacer fonoaudiológico con relación a los niveles de atención se basa en la promoción del bienestar comunicativo de las personas, prevención, evaluación-diagnóstico; intervención terapéutica; consejería/asesoría y administración/investigación.

El campo de trabajo del profesional en Fonoaudiología tiene en cuenta los ciclos de vida del ser humano como un proceso permanente de desarrollo que puede estudiarse científicamente, identificando cómo cambian las personas y cómo permanecen algunos aspectos a lo largo de la vida. Papalia (2001) presenta este proceso de desarrollo del ser humano, dividido en ocho períodos, de los que la presente investigación solo retomó: parte del período prenatal (desde la concepción hasta el nacimiento) y del período de lactancia y primeros pasos (del nacimiento y los tres primeros años de edad).

Siendo de interés el trabajo con esta población, se asume la definición del recién nacido dada por Guerra (2004) como “aquel proveniente de una gestación de 20 semanas o más; desde su aparición del organismo materno hasta que cumple 28 días de vida extrauterina”. El recién nacido se clasifica en: “recién nacido pretérmino, nacido antes de cumplir la semana 37 de gestación; recién nacido a término, nacido entre la semana 37 y menos de 42 semanas; recién nacido posttérmino, nacido en la semana 42 en adelante”.

Así mismo se adjudica como primera esencialidad la norma técnica del recién nacido, surgida del Ministerio de Protección Social de la República de Colombia (2000).

De acuerdo con esta norma, se debe garantizar el derecho a la vida y a la salud a cerca de seiscientos mil colombianos que cada año nacen, lo anterior justifica plenamente la necesidad de establecer parámetros básicos obligatorios y normas para la intervención clínica que garanticen una atención humanizada con calidad, racionalidad científica y con oportunidad, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el nacimiento y el período neonatal precoz, disminuyendo así las tasas de morbilidad, mortalidad perinatal y neonatal, puesto que la mayoría de las complicaciones del período neonatal son prevenibles, controlables o tratables y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención en la gestación, en el momento del parto y el período neonatal.

De acuerdo a lo anterior, se tiene en cuenta la asistencia primaria en los niveles de salud y el bienestar óptimo tanto para los niños como para sus familias; consiguiéndose a través de diversas actividades interrelacionadas que incluyen la vigilancia, la observación, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la coordinación de la asistencia para atender a las necesidades especiales de los niños. Es por esto que el recién nacido en su primera instancia debe ser evaluado por un grupo interdisciplinario (médico pediatra, enfermeras, terapeuta respiratoria, fonoaudiólogo, entre otros) que verifiquen funciones de gran importancia para la salud y el bienestar del mismo.

Para esto es importante tener en cuenta las patologías, alteraciones y trastornos que pueden padecer los neonatos y que estén relacionadas directamente con el quehacer fonoaudiológico, ejerciéndose de esta manera una intervención oportuna y específica que sea de gran beneficio para esta población. También es relevante que dentro de este proceso terapéutico se involucre

a las madres desde la concepción hasta el momento del nacimiento, ya que estos períodos son cruciales y definitivos para el desarrollo armónico del recién nacido.

El artículo, en coherencia con los resultados de la investigación, permite a su vez reiterar la función del fonoaudiólogo en las UCIN, aclarar roles y funciones dentro de este contexto laboral, y a su vez ampliar campos de trabajo y desempeño.

MÉTODO

Para dar respuesta al deseo de comprensión del rol fonoaudiológico en las UCIN de las instituciones y por ende conocer el ejercicio activo de cada profesional dentro de este contexto laboral, y tener en cuenta su propia perspectiva como parte del quehacer directo se hizo uso del proceso etnográfico, siendo este el que brinda la posibilidad de un enfoque cualitativo comprensivo, como método investigativo (Hammersley y Atkinson, 1994).

El método cualitativo estuvo determinado por el cumplimiento de diferentes fases y momentos que daban cuenta de la rigurosidad metodológica y que posibilitó la recolección de la información, el análisis e interpretación de la misma.

Con la debida aprobación del comité de ética (fase 1), se dio paso a la segunda fase correspondiente al acceso a campo. Una vez en las salas, se inició el diligenciamiento del consentimiento informado por parte de las fonoaudiólogas de cada institución. Además, se hizo un proceso previo al trabajo de campo, el cual consistió en establecer los criterios de observación de acuerdo a la teoría encontrada con respecto al rol fonoaudiológico en las UCIN.

La fase 3 fue la de trabajo de campo, y se inició con la realización de observaciones de campo a cada una de las diversas entidades. Cabe anotar que las observaciones se hicieron teniendo en cuenta horarios establecidos por las

fonoaudiólogas en tiempos de intervención con los neonatos, esto con el objetivo de no alterar el contexto y por ende mantener validez investigativa.

En la fase 4 o de recolección de información se utilizaron herramientas como diarios de campo y formatos de observación con sus respectivos criterios, estas observaciones se ejecutaron durante el período comprendido desde el mes de Noviembre del año 2010 hasta llegar al proceso de saturación por fenómenos de recurrencias observacionales. La información recopilada por medio de los diarios de campo permitió abstraer y organizar de manera objetiva los datos pertinentes y significativos para esta investigación.

En la fase 5 o de análisis de observación se realizó el análisis de la información recolectada por medio de diferentes métodos organizacionales, los que facilitaron llegar a reflexionar y concluir sobre el quehacer del fonoaudiólogo en las salas de cuidados intensivos neonatales.

Sin embargo, durante el análisis de la información del diario de campo se generaron dudas e inquietudes, por lo cual surgió la necesidad de elaborar una entrevista de tipo etnográfico, partiendo de lo observado respecto a los comentarios que realizaban las fonoaudiólogas de forma espontánea durante el proceso de intervención con cada uno de los neonatos. Las entrevistas se realizaron a cada una de las fonoaudiólogas con apoyo de grabaciones de voz y apuntes escritos para su respectivo análisis. Análisis de la entrevista etnográfica o fase 6, con base en las ayudas audio-escritas se inició el proceso de análisis de esta información, realizando transcripciones de las grabaciones y a partir de estas el respectivo análisis para el aporte a la comprensión del rol del fonoaudiólogo.

Análisis general, a partir de los análisis de las observaciones y de la entrevista etnográfica se inició el proceso de análisis global, para poder

concluir y reflexionar acerca del quehacer fonoaudiológico en las UCIN.

RESULTADOS

La información obtenida como resultados fue organizada para ser analizada por recurrencias. Lo obtenido por entrevistas fue correlacionado desde lo cualitativo para obtener generalidades. (La información de resultados será presentada respetando la relación directa con las Entidades de Salud, por lo que sin algún orden específico se hablará de aquí en adelante de clínicas 1, 2, 3).

Las relaciones de información fueron posibles a partir de los siguientes formatos de análisis:

Tabla 1. Relaciones Catoriales vs Recurrencia por Entidad.

		CONTEXTO			
ENTIDADES	NB	RI	MHC	TI (min)	
		REMISIONES	EVOLUCIONES	10	15
Clinica 1	5	4	5	0	5

ROL FONOAUDIOLÓGICO																				
EVALUACIÓN					DIAGNÓSTICO					TRATAMIENTO					PYP					
CYL		RO			CYL		RO			CYL		RO			AS		C			
SP	LL	M	B	S	D	N	TL	R	A	SP	LL	M	B	S	D	N	TL	R	A	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

NB: normas de bioseguridad; **RI:** relación interdisciplinaria (remisiones); **MHC:** manejo de historias clínicas (evoluciones); **TI:** tiempo de intervención; **CYL:** comunicación y lenguaje (**SP:** sensor-percepción, **LL:** llanto); **RO:** (**M:** mordida, **B:** búsqueda, **S:** succión, **D:** deglución, **N:**nauseoso, **TL:** transversal de la lengua); **R:** respiración; **A:** audición; **PYP:** promoción y prevención; **AS:** asesoría, **C:** consejería; **E:** evaluación (**UE:** uso de elementos, **UP:** uso de protocolos); **D:** diagnóstico; **T:** tratamiento.

Durante el proceso constante de revisión de las sábanas de observación, se encontraron recurrencias en cada uno de los criterios de observación por clínica, posteriormente se relacionaron dichos resultados que permitieron desarrollar un análisis de recurrencia global.

Tabla 2. Relaciones Catoriales vs Recurrencia Global.

CONTEXTO															
ENTIDADES	NB	RI				MHC				Ti (min)					
		REMISIONES				EVOLUCIONES				10	15				
Clinica 1	5	4	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5
Clinica 3	5	3	5	2	3	5	2	3	5	2	3	5	2	3	5
Clinica 2	5	4	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5

ROL FONOAUDIOLÓGICO																															
EVALUACIÓN				DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO				PYP																			
CYL		RO		CYL		RO		CYL		RO		AS		C																	
SP	LL	M	B	S	D	N	TL	R	A	SP	LL	M	B	S	D	N	TL	R	A	SP	LL	M	B	S	D	N	TL	R	A	AS	C
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	4	0	3	3	3	0	3	3	3	3

NB: normas de bioseguridad; **RI:** relación interdisciplinaria (remisiones); **MHC:** manejo de historias clínicas (evoluciones); **TI:** tiempo de intervención; **CYL:** comunicación y lenguaje (**SP:** sensopercepción, **LL:** llanto); **RO:** (**M:** mordida, **B:** búsqueda, **S:** succión, **D:** deglución, **N:** nauseoso, **TL:** transverso de la lengua); **R:** respiración; **A:** audición; **PYP:** promoción y prevención (**AS:** asesoría, **C:** consejería.); **E:** evaluación (**UE:** uso de elementos, **UP:** uso de protocolos); **D:** diagnóstico; **T:** tratamiento

A partir de lo anterior los resultados globales encontrados se sintetizan según los criterios analizados.

Contexto

El criterio contexto especifica la relación del rol del fonoaudiólogo con el tiempo de intervención y las actividades y/o espacios de intervención interdisciplinar. Con relación al proceso de observación y al análisis de la entrevista, el tiempo de intervención de cada una de las terapeutas de las diferentes entidades es de 15 minutos, argumentando que el tiempo es definido debido a que la población se encuentra en condiciones vulnerables y lábiles, por lo tanto se debe evitar el desgaste físico y energético del neonato. No obstante pueden existir variaciones en el tiempo de intervención de acuerdo a las condiciones clínicas del usuario. Es importante anotar que el

tiempo de intervención de las profesionales puede estar definido por la experiencia que han tenido con los neonatos, ya que no hay sustento teórico que afirme que este es el tiempo límite de intervención de un neonato o recién nacido.

De igual forma, se evidenció claramente en la unificación de datos observados y analizados de la entrevista, que el profesional de Fonoaudiología entra a ser parte de un equipo interdisciplinario, en el cual tiene diversas responsabilidades, como la definición de la vía de alimentación del recién nacido y el permiso de egreso de los mismos, mas no en el proceso de detección y captación de los usuarios que requieren Fonoaudiología. Es así como este tipo de relaciones interdisciplinarias fortalecen y delimitan los roles profesionales dentro de las UCIN.

Rol fonoaudiológico

Los resultados en este apartado se enmarcan con relación al conocimiento del hacer en el contexto de la UCIN, a las áreas de abordaje desde lo praxiológico y la relación con el contexto de intervención.

Con base en el análisis de la entrevista por cada una de las clínicas y lo observado durante el trabajo de campo, se pudo conocer que las profesionales en Fonoaudiología de las clínicas 2 y 3, están al tanto de la normativa que rige el rol del fonoaudiólogo en Colombia, a excepción de la profesional que labora en la clínica 1, ya que admitió desconocer ésta.

De acuerdo al conocimiento que tienen las profesionales sobre las áreas de abordaje fonoaudiológico, asumen dentro de su quehacer el área de habla desde las funciones estomatognáticas como lo son: succión, deglución y respiración siendo esto coherente con lo observado y analizado del trabajo de campo, ya que principalmente la sub-área a trabajar fue la referente a las funciones estomatognáticas tanto en evaluación y diagnóstico como en tratamiento, sin embargo se observaron diferentes actividades y estrategias

que según lo planteado por la teoría, están encaminadas a la estimulación de la comunicación y el lenguaje, al igual que a la audición.

Estas actividades estaban relacionadas con el uso del lenguaje verbal y el lenguaje cantado como forma de interacción terapeuta – paciente. Es importante aclarar que las terapeutas no eran conscientes de que al momento de utilizar ciertas estrategias estaban interviniendo otros aspectos de la Fonoaudiología, en tanto manifestaron visibilizar el uso del lenguaje verbal y cantado como una forma de relacionarse en su contexto laboral con un paciente.

La UCIN es un contexto laboral que contiene características particulares tanto en los usuarios como en el manejo de los equipos o monitores, por tal razón, las profesionales expresaron la importancia de tener estudios especializados para ejercer su rol profesional dentro de estas unidades, esto relacionado con el perfil profesional que tienen las fonoaudiólogas de las clínicas 2 y 3, sustentado en un entrenamiento o diplomado en disfagia, reanimación cardiocerebrovascular y neurodesarrollo. No obstante, la fonoaudióloga de la clínica 1, especialista en aprendizaje, solo hace hincapié en estudios para el manejo de monitores y equipos que se encuentran en estas salas.

Lo anterior se correlacionó con lo evidenciado durante las observaciones debido a que era constante el uso de estos elementos por parte de las profesionales para prevenir eventos adversos que atentaran contra la vida del neonato. Además, se encontró una estrecha relación entre los estudios especializados que tienen las profesionales y sus respectivas respuestas a esta pregunta. De igual forma los estudios especializados que ellas refirieron se reflejan en el rol fonoaudiológico y el enfoque (alimentación) que manejan dentro de las unidades. La correlación de lo descrito anteriormente con lo observado evidencia la necesidad de que el fonoaudiólogo tenga un conocimiento completo sobre el manejo de los equipos y monitores que contienen estas salas.

Una de las decisiones que debe tomar el fonoaudiólogo que interviene en el proceso de ingestión de alimentos en las UCIN, es definir la vía de alimentación del usuario. Por lo tanto, se quiso conocer si las fonoaudiólogas que laboran en las UCIN de las clínicas 1, 2 y 3, se hacían responsables de esta decisión dentro de su rol profesional. En las clínicas 2 y 3, las profesionales argumentaron que sí son tenidas en cuenta al momento de definir la vía de alimentación del neonato, pero que ésta decisión es tomada en equipo con los demás profesionales que se encuentran en la unidad. Por otro lado, la profesional de la clínica 1, afirmó que allí no es responsable ni tenida en cuenta por los demás profesionales para determinar la vía de alimentación. Todo lo anterior no fue evidenciado dentro del proceso observacional.

Otro aspecto importante que se quiso conocer por medio de la entrevista se relacionaba con la participación de la profesional en Fonoaudiología en la decisión de autorizar la salida de los neonatos. Se encontró que es un trabajo en equipo y que solo lo hace de forma individual cuando el recién nacido se encuentra en la sala de neonatos por una alteración que únicamente le compete al área de Fonoaudiología, ya que es la responsable de la evolución y las condiciones clínicas del neonato. Sin embargo, esto no fue evidenciado durante las observaciones en cada entidad.

Teniendo en cuenta las opiniones dadas por las fonoaudiólogas sobre el quehacer fonoaudiológico dentro de la UCIN, la profesional de la clínica 2 enfatizó como relevantes en el rol del fonoaudiólogo las funciones de evaluación, diagnóstico y tratamiento, siendo las únicas funciones que en este momento está ejecutando.

Planteó también la importancia de la captación y detección de posibles usuarios que tengan alteraciones en la comunicación humana abarcando no solo las funciones estomatognáticas sino todas las áreas, evidenciando óptimo desempeño del rol dentro de estas unidades. Cabe resaltar que la única opinión tenida en cuenta

fue descrita anteriormente, debido a que las demás fonoaudiólogas no fueron claras en sus respuestas y no resolvieron esta inquietud.

Los resultados obtenidos a partir de lo observado y las encuestas, no dan cuenta de la especificidad del rol fonoaudiológico dentro de las UCIN en áreas diferentes a las funciones de succión y deglución.

Evaluación

Una de las funciones profesionales que desempeña el fonoaudiólogo es la evaluación. De acuerdo con ésta, las profesionales de las clínicas 2 y 3, realizaban estas valoraciones con base a los conocimientos previos, incluyendo antecedentes, revisión de historias clínicas, examen físico y funciones estomatognáticas sin formato estandarizado, a diferencia de la fonoaudióloga de la clínica 1, quien hacía uso de un protocolo de evaluación institucional para realizar las valoraciones correspondientes, éste contenía aspectos como anamnesis, parte física, sensopercepción, soporte motor y las funciones estomatognáticas (succión, deglución y respiración).

Todo lo anterior se ratificó con lo observado y con la entrevista, puesto que fue limitado el uso de protocolos formales de evaluación por parte de las terapeutas.

El proceso de evaluación dentro de la UCIN no es igual en las clínicas observadas, en tanto no hay manejo de un protocolo estandarizado que delimite áreas o procesos.

Diagnóstico

Teniendo en cuenta el rol fonoaudiológico y los parámetros establecidos por la ASHA frente al trabajo en UCIN, las profesionales de las diferentes clínicas expusieron que desconocían estos lineamientos, argumentando que la información sobre este campo laboral en Colombia era

limitada. Las terapeutas optaban por hacer uso de su experticia, conocimientos universitarios y especializados para determinar los diagnósticos, los cuales fueron evidenciados durante el proceso de revisión de historias clínicas; encontrándose similitudes, debido a que todos los diagnósticos hallados fueron con relación a las funciones estomatognáticas, específicamente de succión y deglución, siendo el primero el más utilizado; de igual forma hubo variaciones en los términos para establecer dichos diagnósticos.

Por ejemplo, en la clínica 1 se emitieron diagnósticos como: alteración succión/ deglución, trastorno de alimentación, estimulación succión/deglución, alteración succión y alteración deglución; por otro lado en la clínica 3 fueron: succión débil, dificultad en el proceso de deglución y trastorno de alimentación; y por último en la clínica 2 se utilizó un solo diagnóstico para cualquiera de los usuarios, el cual fue disfagia con el código del CIE 10, R13X, referido por la profesional como requisito del sistema y de la entidad de salud.

Con base a lo expuesto anteriormente las profesionales manifestaron y evidenciaron claridad acerca del área de trabajo (funciones estomatognáticas), sin embargo no establecieron diferencias entre los diagnósticos definidos para estas funciones; de igual forma, a pesar de que manifestaron conocer las áreas normatizadas por la ley en relación al quehacer del fonoaudiólogo y que en algún momento de lo observado se visibilizó tenerlo en cuenta dentro del proceso de evaluación, no realizaban el respectivo diagnóstico de otros aspectos valorados, un ejemplo de esto fue evidente en las observaciones de la evaluación y el tratamiento de respiración y de audición; pero no se encontró su respectivo diagnóstico. Según lo planteado anteriormente, es indudable la falta de unificación de criterios y la homogeneidad al establecer diagnósticos dentro de las UCIN pudiendo afectar la formalidad del servicio dentro de estas unidades.

Tratamiento

La mayor recurrencia, siendo total, frente al rol fonoaudiológico en la UCIN fue la intervención de la succión y deglución.

En lo observado se encontró el canto, el habla y las modulaciones de voz como estrategias utilizadas para la estimulación auditiva, permitiendo crear así un feedback auditivo en el neonato. A este respecto, las fonoaudiólogas informaron que realizan este tipo de actividades en el tratamiento, sin embargo no nombraron esta área dentro de sus roles.

En la observación se hizo visible la intervención en la respiración del neonato como una de las acciones destacadas dentro del quehacer fonoaudiológico, aunque las estrategias de manejo variaron de acuerdo a cada profesional. Para una estaba relacionada con el control de los equipos y monitores, y para las otras, por la ejecución directa de técnicas de control de reja costal y postura. De acuerdo con la entrevista, la prioridad en recurrencia se mencionó desde la necesidad de monitoreo de la respiración para controlar desaturaciones mas no como un área de intervención vital relacionada con aspectos del rol del fonoaudiólogo.

Promoción y prevención

Las acciones de promoción y prevención son unas de las funciones que debe asumir el profesional de fonoaudiología dentro su rol como profesional (Cuervo, 1998).

A partir de esto se evidenció durante lo observado y lo analizado en las entrevistas que las terapeutas realizaban estas funciones por medio de asesorías, con el fin de que los padres fuesen coterapéutas de sus hijos y así reforzar lo trabajado en la intervención; y de consultoría ya que se resuelven las inquietudes de los padres acerca de sus hijos. A partir de esto se evidenció que las fonoaudiólogas creían importante la intervención a padres de familia, pese a que

diferían con respecto a la mirada de abordaje a los mismos, puesto que una de ellas asumía este proceso como consultoría y las demás terapeutas como asesoría.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados y la reflexión alrededor de los mismos, se concluye explícitamente:

Contexto

- Según las observaciones se determinó que todas las fonoaudiólogas que trabajan en las UCIN cumplen con todas las normas de bioseguridad requeridas por las instituciones donde laboran, siendo estas importantes para ejercer el rol.
- Partiendo de las observaciones se concluyó que las fonoaudiólogas dentro de las UCIN utilizan 15 minutos para intervenir a los neonatos ya que después de este tiempo los recién nacidos pueden llegar a desaturación o fatiga.
- La fonoaudióloga hace parte de un grupo interdisciplinario dentro del cual debe asumir responsabilidades junto a otros profesionales como la definición de la vía de alimentación y el permiso de egreso de los usuarios, siempre y cuando sean pacientes de Fonoaudiología.
- La profesional fonoaudióloga no es quien realiza la detección de necesidades en el neonato. Las profesionales son llamadas por la Unidad para su intervención.

Evaluación

- Todas las fonoaudiólogas al realizar la valoración de los neonatos tienen en cuenta principalmente el área de habla desde las funciones estomatognáticas (succión, deglución).
- Las profesionales no realizan evaluación, diagnóstico, ni tratamiento de comunicación y lenguaje a los recién nacidos dentro de su

que hacer fonoaudiológico, lo cual evidencia que no se cumple con uno de los elementos establecidos por la Ley 0376 de 1997.

- Las terapeutas están ejecutando evaluaciones fonoaudiológicas desde diversas sub-áreas sin arrojar diagnósticos específicos para cada una de estas.
- Las fonoaudiólogas no evalúan la función de respiración como proceso que hace parte de las funciones estomatognáticas, puesto que solo realizan monitoreo de lo que ya está escrito en las historias clínicas frente a los procesos respiratorios del neonato.
- Las profesionales de fonoaudiología no incluyen el área de audiología dentro de las evaluaciones correspondientes que se deben hacer a los recién nacidos, aun sabiendo que ésta es una de las áreas importantes del rol fonoaudiológico para la detección temprana de dificultades auditivas en el neonato.
- En los procesos evaluativos no se encontró el uso de un formato estandarizado.
- El proceso de evaluación está determinado en áreas y procedimientos básicamente por la profesional y su experticia.

Diagnóstico

- Teniendo en cuenta la información obtenida se concluyó que la fonoaudióloga de la clínica 2 solo emite el diagnóstico fonoaudiológico de disfagia a los neonatos que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos.
- Se concluyó que no existe claridad en la nomenclatura de diagnósticos en las diversas áreas de Fonoaudiología, puesto que emiten nominaciones de diagnósticos diferentes relacionadas con las alteraciones a los reflejos orales que tienen que ver con la succión y la deglución.
- No existen diagnósticos establecidos por las fonoaudiólogas o por las instituciones donde laboran, en cuanto al área de comunicación y lenguaje dentro de las UCIN.

Tratamiento

- El rol fonoaudiológico dentro de las UCIN está determinado principalmente por el área de habla, específicamente las funciones estomatognáticas de succión y deglución.
- Las fonoaudiólogas durante el proceso de intervención realizan actividades encaminadas a la estimulación auditiva, siendo esto el único aspecto cubierto en el área de audiología, pero no lo asumen como proceso de intervención.
- La mayor parte de las fonoaudiólogas de las diferentes clínicas trabajan la función de respiración por medio del manejo de monitores y equipos de soporte y saturación de oxígeno.
- Solo una de las fonoaudiólogas asumió la intervención de la función respiratoria con técnicas directas para mejorar el patrón respiratorio como tal.
- La intervención fonoaudiológica básicamente está dada por la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las funciones estomatognáticas en particular succión y deglución.
- Las fonoaudiólogas dentro de la intervención fonoaudiológica enmarcaban la succión y deglución como funciones estomatognáticas más no como reflejos orales.
- Una de las fonoaudiólogas dentro de su intervención realiza técnicas de neurodesarrollo en función de la acomodación postural como proceso previo a la estimulación de succión y deglución en los neonatos.

Promoción y Prevención

- Las fonoaudiólogas de las diferentes clínicas realizaban intervención a padres de familia, por medio de estrategias y pautas sobre el manejo de la alimentación en el recién nacido.
- Las fonoaudiólogas solo tuvieron en cuenta actividades de promoción y prevención, al momento que ingresaban los padres de familia a la unidad.

- En las UCIN de las diferentes clínicas, las fonoaudiólogas no son quienes realizan la captación de pacientes y detección de alteraciones fonoaudiológicas, para su respectiva intervención fonoaudiológica.
- Se puede concluir que no existen criterios diferenciales al momento de hacer consultorías o asesorías. Se observó que dentro de las acciones de promoción y prevención la fonoaudióloga realiza consultoría dándole respuesta a las dudas e inquietudes planteadas por los padres de familia, siendo éstas funciones profesionales diferentes.
- La profesional en Fonoaudiología efectúa asesorías a los padres de familia asumiéndolos como coterapeutas dentro de las intervenciones para un mejor desarrollo de la comunicación entre madre e hijo y de esa forma brindan pautas de alimentación.

REFLEXIONES

La normativa que rige el quehacer del profesional en Fonoaudiología en la Ley 376 (Julio 4 de 1997) en el artículo 1°, especifica como objeto de estudio la Comunicación Humana y sus desórdenes en el lenguaje, habla y audición; parámetro relevante de la profesión que direcciona el ejercicio en cualquier contexto y ante cualquier sujeto en relación a su momento de desarrollo.

Si bien es claro, un profesional está en la postestad de decidir su línea de intervención, la reflexión está encaminada a la necesidad de repensarse si es necesario asumir como relevantes las áreas de la audición y la comunicación en el proceso de intervención en una UCIN.

Aunque la investigación se queda corta frente a la comprensión de los motivos que llevan a una intervención focalizada básicamente en los procesos de succión y deglución, no está de más preguntarnos frente a lo que se visibiliza como necesidades primordiales en el hacer con un neonato, con su familia y su contexto. La reflexión se enruta entonces, frente al rol del

fonoaudiólogo focalizado en la necesidad visible e inmediata de la alimentación, dejando de lado la intervención temprana a la comunicación desde elementos esenciales como la relación interactiva madre – hijo (a), sujetos – niño (a). Igualmente, se hace necesario el reconocimiento de la importancia de la audición como parte del hacer del profesional fonoaudiólogo en la UCIN; elementos todos relevantes como proyección de la calidad de procesos comunicativos; que implicarían acciones menos puntuales pero más futuristas propias del hacer en la promoción y la prevención.

La colonización de contextos como las UCIN deja la responsabilidad imperante, no solo del hacer desde lo procedimental directo como lo es la aplicación de la técnica terapéutica para habilitar una función; sino también la consolidación del ejercicio con ética y procedimientos establecidos, lo que se constituye en una tarea del gremio. Ya está explícito que el quehacer fonoaudiológico en relación a los niveles de atención se basa en la promoción del bienestar comunicativo de las personas, prevención, evaluación- diagnóstico; intervención terapéutica; consejería/ asesoría; y administración/investigación; al igual que lo enmarcado dentro de las políticas establecidas para la nominación de las alteraciones. ¿Qué sucede entonces frente al conocimiento de esta información? ¿No será suficiente para el ejercicio y la delimitación de diagnósticos que satisfaga la claridad del estado de la comunicación humana, el lenguaje, la audición y el habla? El gremio deberá asumir la tarea de unificar los criterios evaluativos, diagnósticos y de intervención terapéutica que den el sello a la participación del fonoaudiólogo dentro de un contexto, en este caso clínico.

La reflexión dada por lo observado y hallado no presenta la intención de fusilar un ejercicio, por el contrario pretende ser una puerta que se abre para que como profesionales idóneos se inicie la marcha a la construcción de los cimientos de los procesos de evaluación, diagnóstico, tratamiento, promoción, prevención, asesoría, con-

sultoría en el contexto de las UCIN, con neonatos, sus familias, otros profesionales, y su futuro contexto.

Colonizar no es solo estar y ejecutar procedimientos con la persona, es también liderar, consolidar, hacer propio el rol en un contexto.

REFERENCIAS

- American Speech-Language-Hearing Association. (Blog). Disponible en internet: www.asha.org
- Congreso de la República. Ley N° 376 de Julio 4 de 1997. Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. Diario Oficial No. 43.079, de 9 de julio de 1997. Disponible en internet: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105005_archivo_pdf.pdf
- http://www.secretariasenado.gov.co/senado/base-doc/ley_0376_1997.html
- Corral, Nelsy. (2010). Manual de Terapia Miofuncional. República Dominicana.
- Cuervo, C. (1998). La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. ISBN 9589669409
- De Sebastián, Gonzalo (1999). Audiología Práctica. Editorial Médica Panamericana, 5ª. Edición. Buenos Aires, Argentina.
- Guerra, G. (2004). El recién nacido. Temas selectos. 3ª. Edición. Universidad Libre de Colombia
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). Etnografía-métodos de investigación. Ediciones Paidós, Barcelona, Buenos Aires, México.
- Papalia, D. (2001). Desarrollo Humano. Editorial Mc Graw Hill, octava edición. Bogotá, Colombia.
- Secretaria Distrital de Bogotá. Manual de usuario para validador Rips Valida IPS 7.0. Agosto 2011. Disponible en internet: www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/.../CIE10