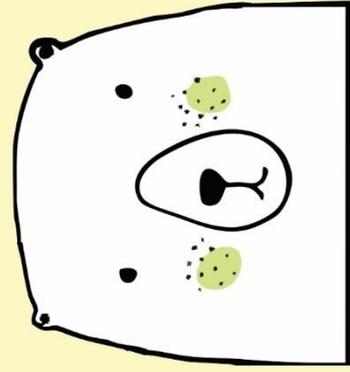


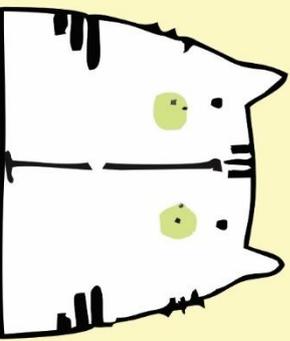


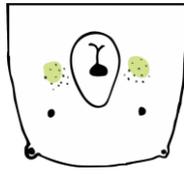
UNIVERSIDAD FASTA  
Facultad de Cs. Médicas  
Licenciatura en Fonoaudiología



# Labor fonoaudiológica en la UCI Neonatal

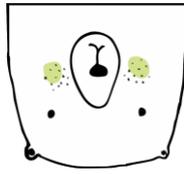
IVONNE BELATINEZ





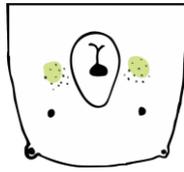
*"Aprendí que el coraje no era la ausencia  
de miedo, sino el triunfo sobre él"*

**Nelson Mandela**



Dedicatoria

A Carla, Daysi y Darío



A mis papás, por ser el pilar y sostén de todo esto, por su acompañamiento, su dedicación, su esfuerzo para que pueda terminar mis estudios y por darme la libertad de elegir esta hermosa carrera.

A mi hermana, por su incondicionalidad en todo momento, por ser mi sostén y guía a cada paso.

A mi familia, por estar siempre y por darme las fuerzas necesarias para seguir.

A mis amigas de Olavarría, por demostrarme que la distancia no es nada cuando la amistad es verdadera.

A mis amigas de la facultad, me llevo con ellas lo más lindo de la carrera.

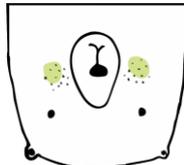
Al doctor que generosamente me abrió sus puertas para obtener los datos.

A los profesionales entrevistados por su paciencia y profesionalismo.

A la parte de docencia e investigación del hospital, por brindarme los permisos necesarios para poder realizar mi trabajo de campo.

A mi tutora, Lic. Karina Ferro, pilar fundamental para la culminación de este trabajo. Sin su apoyo, asesoramiento y buena predisposición no hubiera sido posible.

A Vivian Minnaard y Mariana González, por su profesionalismo y guía.



El rol del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos reside en la prueba de tamizaje mediante el screening auditivo; la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos en la alimentación; y la estimulación de la comunicación y el lenguaje desde edades tempranas. La percepción y el conocimiento tanto de los fonoaudiólogos, como del equipo de salud dentro de la unidad será de suma importancia para su intervención temprana.

**Objetivo:** Analizar el rol del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la visión del equipo de neonatología sobre el mismo en un Hospital público de la ciudad de Olavarría en Mayo de 2018.

**Materiales y métodos:** Investigación descriptiva, observacional y transversal. Se trabajó sobre una muestra conformada por 13 personas que forman parte del equipo interdisciplinario de neonatología del Hospital público de la ciudad de Olavarría, mediante una entrevista.

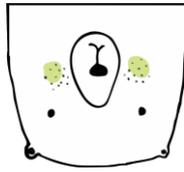
**Resultados:** Los profesionales de la salud entrevistados manifiestan que el rol del fonoaudiólogo dentro de la unidad radica en la detección e intervención temprana de trastornos asociados a la audición, deglución y comunicación. Con respecto a la importancia que se le da dentro del equipo se evidenció que es vital para alcanzar una alimentación por vía oral, segura y eficiente. Cumple un rol fundamental para la detección temprana de trastornos deglutorios y auditivos, brindando una intervención prematura.

La frecuencia semanal de intervención, va a depender principalmente del número de casos de neonatos que requieran de su intervención dentro de la unidad. Las áreas derivadas al fonoaudiólogo son las de audición, succión-deglución y fisuras labioalveolopalatinas; control del niño sano, falta de progresión de peso, incoordinación succión-respiración y malformaciones congénitas craneofaciales. En relación a la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación, no se saca la sonda a los neonatos hasta que la fonoaudióloga manifieste que el mismo posee una succión eficaz.

Con respecto a la presencia del trabajo en equipo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, todos los entrevistados manifestaron su existencia. Éste se realiza a través de la comunicación, la interconsulta, reuniones, el pase de sala, el intercambio de información en forma presencial, por teléfono, imágenes o videos enviados entre los diferentes profesionales.

**Conclusión:** Los profesionales de la salud de la presente muestra tienen una percepción positiva y adecuada de la labor fonoaudiológica dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

**Palabras claves:** UCIN – Labor fonoaudiológica – Equipo – Screening – Alimentación.



The role of the phono audiologist in the Intensive Care Unities in the screening test through auditory screening; the evaluation, diagnosis and treatment of disorders in the diet; and the stimulation of communication and language from an early age. The perception and knowledge of both phono audiologists and the health team with in the unit will be of paramount importance for their early intervention.

**Objective:** To analyze the role of the phono audiologist in the Neonatal Intensive Care Unit and the vision of the neonatology team in a public hospital in the city of Olavarría in May 2018.

**Materials and methods:** Descriptive, observational and transversal research. We worked on a sample consisting of 13 people who are part of the interdisciplinary neonatology team of the public Hospital of the city of Olavarría, through an interview.

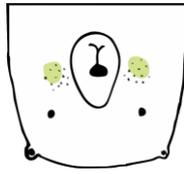
**Results:** The health professionals interviewed stated that the role of the phono audiologist within the unities in the detection and early intervention of disorders associated with hearing, swallowing and communication. With regard to the importance given to the team, it was evident that it is vital to achieve oral, safe and efficient feeding. It plays a fundamental role in the early detection of swallowing and hearing disorders, providing premature intervention.

The weekly frequency of intervention depends mainly on the number of cases of neonates that require their intervention within the unit. The areas derived from the phono audiologist are those of hearing, suction-swallowing and cleft lip and palate; control of the healthy child, lack of weight progression, incoordination, suction-breathing and congenital craniofacial malformations. In relation to the opinion of the phono audiologist in the choice of the feed in grouted, the catheter is not removed to the neonates until the phono audiologist who has it has an effective suction.

With respect to the presence of team work within the Intensive Care Unit, all the interviewees stated their existence. This is done through communication, interconsultation, meetings, the hall pass, the exchange of information in person, by phone, images or videos sent between different professionals.

**Conclusion:** The health professionals of the present sample have a positive and adequate perception of the phono audiological work within the Neonatal Intensive Care Unit.

**Keywords:** NICU – Phono audiological work - Equipment - Screening - Food.



Introducción.....7

Capítulo I .....4

Capítulo II .....15

Diseño metodológico .....27

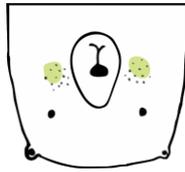
Análisis de datos .....34

Conclusiones.....52

Bibliografía.....55



# Introducción



La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), es el campo especializado en el cuidado de recién nacidos con alto riesgo de perder la vida por múltiples motivos. En la actualidad, gracias a los avances tecnológicos, se han amplificado las expectativas de vida frente a diversas patologías. No obstante, la permanencia prolongada dentro de la UCIN en condiciones de aislamiento, puede concebir circunstancias adversas que permanecen incluso, posteriormente a la salida de la unidad. (Gálvez, 2011)<sup>1</sup>

Por consiguiente, los equipos interdisciplinarios son fundamentales para asegurar atención de calidad, conforme a las insuficiencias de los neonatos y a los alcances de los sistemas de salud. En esta unidad, la asistencia de los profesionales de rehabilitación, se ha transformado en un valor adicionado para garantizar la calidad de vida, teniendo como objetivo minimizar secuelas y reducir los periodos de estadía en el cuidado crítico. (Riaño, 2017)<sup>2</sup>

La participación del fonoaudiólogo en la UCIN se corresponde fundamentalmente al cuidado y mantenimiento de la vida consolidando métodos de alimentación. Es el especialista en el manejo de alteraciones de comunicación y deglución, haciendo uso de un abordaje praxiológico y de las funciones estomatognáticas tanto en evaluación y diagnóstico como en tratamiento, ejerciéndose de esta manera una intervención oportuna y específica que sea beneficiosa para los neonatos en cuestión. (Vargas, Delacruz, León, Lemos, 2014)<sup>3</sup>

Al respecto, Ayala (2015)<sup>4</sup> afirma que:

*“No es la norma, sino la necesidad práctica de atención la que determina la presencia y uso de los saberes propios de la Fonoaudiología dentro de las UCI, en este sentido se hace necesario rastrear la presencia laboral del Fonoaudiólogo como miembro del equipo interdisciplinar en las Unidades de Cuidados Intensivos en las diferentes clínicas y hospitales”.*

Esta misma autora señala que los objetivos del fonoaudiólogo a cumplir en el ámbito de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se basan en reequilibrar alteraciones miofuncionales seleccionando conductas terapéuticas que promuevan a un buen pronóstico; en retomar la alimentación por vía oral; en estimular procesos de comunicación y; en aligerar el alta hospitalaria con las mínimas alteraciones posibles del individuo, reduciendo inclusive los costos de hospitalización.

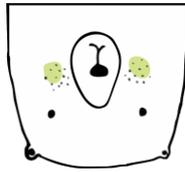
---

<sup>1</sup>Enfermera clínica en Hospital FACH. Enfermera Universitaria y Licenciada en Enfermería, titulada de la Universidad del Desarrollo. Experiencia clínica tanto en el área ambulatoria como en unidades de cuidado básico e intermedio a través de internados profesionales.

<sup>2</sup>Autora del proyecto: Práctica Fonoaudiológica en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca de la Corporación Universitaria Iberoamericana (2017).

<sup>3</sup> Karol Vargas: Mg. Educación y Desarrollo Humano. Docente, Universidad Santiago de Cali. Juliana Delacruz, Verónica León, Yuri Lemos: Fonoaudiólogas, Universidad Santiago de Cali. Autoras del artículo Rol del fonoaudiólogo en unidades de cuidados intensivos neonatales.

<sup>4</sup>Fonoaudióloga. Autora del artículo: Realidad Laboral del Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos, de la revista Signos Fónicos.



La intervención en el ambiente de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es parte de la estimulación apropiada para el progreso del neonato y la disminución de los estímulos nocivos es esencial para que el mismo tenga un desarrollo favorable.

El ambiente que se debe brindar no sólo debe ser el apropiado para la recuperación de las patologías, sino que conjuntamente, debe reconocer el desarrollo emocional, la organización del sistema nervioso y el lazo con los padres. Este ambiente propicio lleva a que el neonato goce de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada; así como también de una higiene personal correcta; afecto y estímulos. (Bastidas, Posada, Ramírez, 1994).<sup>5</sup>

La población de neonatología es considerada población de alto riesgo. Por este motivo, es indispensable que la preparación académica, científica y clínica del fonoaudiólogo sea de alto nivel y calidad, este rol debe ser adjudicado bajo parámetros de compromiso ético y profesional. (Díaz, 2012).<sup>6</sup> El trabajo en equipo en el servicio hospitalario dentro de la UCIN requiere de un grupo de profesionales competentes, eficientes y comunicativos que consigan atender las necesidades de salud, basándose en la planificación previa al cumplimiento de los cuidados con el fin común de mejorar la salud del neonato. (Olivera, Ravillet, 2013).<sup>7</sup>

El problema a investigar será el siguiente:

- ¿Cuál es el rol del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la visión del equipo de neonatología sobre el mismo en un Hospital público de la ciudad de Olavarría en Mayo de 2018?

El objetivo general es:

- Analizar el rol del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la visión del equipo de neonatología sobre el mismo en un Hospital público de la ciudad de Olavarría en Mayo de 2018.

Los objetivos específicos son:

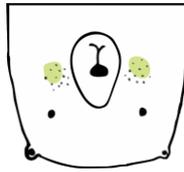
- Determinar la función del fonoaudiólogo en la unidad de cuidados intensivos neonatales en todas las áreas en las que interviene.

---

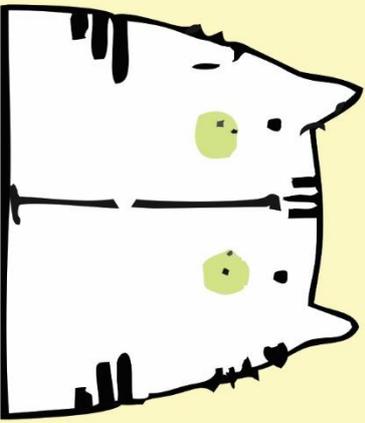
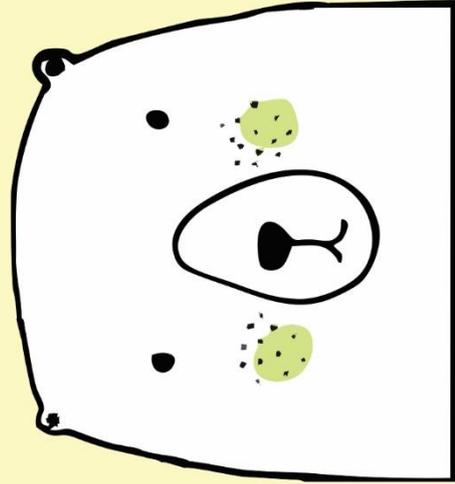
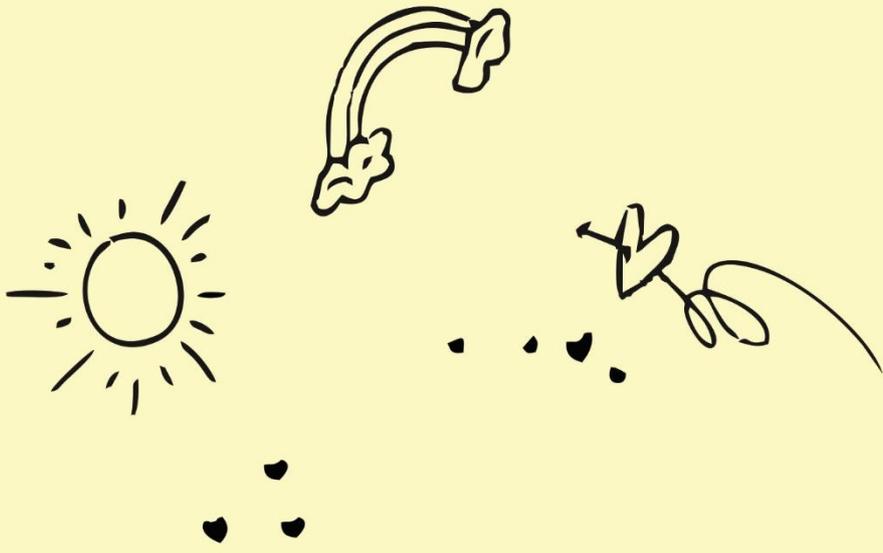
<sup>5</sup>Autores del artículo: Crecimiento y desarrollo. Generalidades y Neonatología. Medellín, 1994. pp. 37-54. 12

<sup>6</sup> Jefe de servicio de pediatría en unidad de cuidados intensivos, del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

<sup>7</sup>Olivera Silvia Arminda, Ravillet Paredes Irán Marisella. Enfermeras. Autoras de la investigación: El trabajo en equipo desde la percepción profesional de salud servicio de neonatología en el Hospital Almazor Aguinaga Asenjo de Chiclayo en 2012.

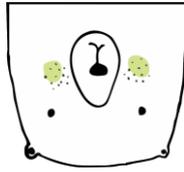


- Identificar el momento en el que los profesionales de la salud derivan a los neonatos al fonoaudiólogo.
- Indagar la percepción del fonoaudiólogo sobre la relevancia otorgada por los miembros del equipo acerca de su intervención.
- Sondar la realización de estudios audiológicos dentro de la UCIN por parte del fonoaudiólogo.
- Examinar la percepción del equipo de neonatología sobre el rol del fonoaudiólogo dentro de la unidad.
- Determinar las patologías en que los neonatos son derivados al fonoaudiólogo dentro de la unidad.
- Señalar la frecuencia con que se requiere al fonoaudiólogo dentro de la unidad.
- Establecer la existencia del trabajo en equipo dentro de la unidad.



# Capitulo 1





La prematuridad es un problema de salud importante que perturba a la población mundial, considerando que cada diez nacimientos, uno es prematuro (Fernández, Bosnich, Durán, Ponce, Valdés, 2010)<sup>8</sup>.

En la sala de Neonatología se identifican tres sectores. El sector donde se encuentran los neonatos de mayor gravedad es el de cuidados intensivos. Estos pacientes presentan un significativo riesgo de vida y el objetivo primordial es lograr la estabilización biológica de las funciones vitales.

En cuidados intermedios el neonato se encuentra más estable y no demanda tantos cuidados especiales. En esta instancia aumenta el vínculo de los padres con su hijo debido a que además de poder tocarlo, acariciarlo y tenerlo en sus brazos, participan del aseo personal y del acto alimentario, aun cuando sea alimentado por sonda. Cuidados mínimos es un sector pre-alta en donde el neonato está en una etapa de recuperación nutricional (Lizzi, 2014)<sup>9</sup>.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es una unidad especial dentro de un hospital u otra institución médica para los bebés nacidos antes de término, muy prematuros o que poseen alguna afección médica grave. La mayor parte de los bebés que nacen muy prematuros necesitan cuidados específicos posteriores al nacimiento (MedlinePlus, 2018).<sup>10</sup>

La población de Neonatología está conformada por pacientes con patologías respiratorias, cardíacas, cerebrales, malformaciones y, en su mayoría, recién nacidos pre-término concibiendo como tal aquellos que hayan nacido antes de las 37 semanas de gestación. Cuanto más baja sea la edad gestacional del bebé mayor será la posibilidad de aparición de secuelas. Esto se da debido a que el período perinatal, que va desde las 28 semanas de gestación hasta los 28 días post-natales, es el período más vulnerable de la vida por la dimensión de los cambios fisiológicos que se ocasionan en ella (Lizzi, 2014)<sup>11</sup>.

En la Unidad de Cuidados Intensivos es ineludible instaurar normas de distribución y trabajo para evitar dudas o incertidumbres. El funcionamiento sin problemas de una unidad de cuidados intensivos obedece a que se haya establecido de manera adecuada su planificación, de la disposición de los médicos, de la instauración de responsabilidades

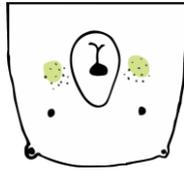
---

<sup>8</sup>Un bebé prematuro nace antes de las 37 semanas de desarrollo en el útero y no tiene completamente desarrollados los órganos, poco preparados aún para funcionar fuera del útero.

<sup>9</sup>Estos tres sectores también pueden ser en algunas instituciones: Cuidado Intensivo Neonatal, Internación conjunta y, Programas de Seguimiento. La modalidad de permanencia conjunta de la madre y su hijo, se realiza con el objetivo de fortalecer la formación de un vínculo temprano y propiciar la instauración de una lactancia exitosa.

<sup>10</sup> Sitio web de los Institutos Nacionales de la Salud para pacientes, familiares y amigos. Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, siendo la biblioteca médica más grande del mundo.

<sup>11</sup>La presencia de médicos de guardia titulados, así como una planta permanente con dedicación de tiempo completo y posibilidad de consulta en todas las especialidades pediátricas permiten enfrentar la mayor parte de los problemas neonatales.



específicas y de la estandarización de los métodos terapéuticos. Estos aspectos van a adaptarse a las situaciones propias de cada institución. Las pautas deben coordinar la asistencia y capacidad de cada médico; preestablecer los métodos terapéuticos básicos; precisar las tareas de las enfermeras, así como también, regular el quehacer médico con el asistencial. (Lawin, 1986)<sup>12</sup>.

Existen factores que pueden situar al bebé en una situación de alto riesgo e incrementar las posibilidades de su ingreso a la Unidad. No obstante, cada bebé debe ser evaluado individualmente para establecer la necesidad de admisión. Estos constituyentes pueden ser maternos - edad menor de 16 o mayor de 40, exposición a la droga o el alcohol, diabetes, hipertensión, hemorragias, enfermedades de transmisión sexual, embarazo múltiple, muy poco o mucho líquido amniótico, ruptura prematura de las membranas-; del parto -sufrimiento fetal/asfisia en el nacimiento; parto en presentación pelviana u otra posición anormal; meconio; circular de cordón-; del bebé (Lizzi, 2014)<sup>13</sup>.

Las recomendaciones generales para la admisión de un recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, aunque pueden variar en cada hospital, son: recién nacidos menores a 34 semanas de gestación; peso menor a 1.800g.; anomalías congénitas que demanden cirugía y observación; hemorragia materna a lo largo del tercer trimestre de embarazo; hipoglucemia; convulsiones; infecciones; incompatibilidad Rh; impedimento del crecimiento intrauterino; disturbios respiratorios que demanden oxigenoterapia y/o ventilación asistida; uso materno de drogas; arritmias cardíacas; Apgar con una puntuación menor a cinco.

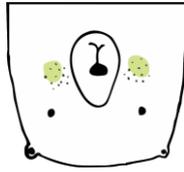
El trabajo en conjunto con otros profesionales de la salud es esencial en la admisión del neonato ya que deben efectuarse numerosas intervenciones casi al mismo tiempo; priorizando siempre los cuidados e intervenciones para no arriesgar la estabilidad del recién nacido.

La evaluación física tiene como fin averiguar la existencia o no de anomalías, identificar y registrar demostraciones de estrés y trauma, brindando un sustento para valorar cambios posteriores. Esta evaluación debe comenzar en el instante en el que el recién nacido llega a la UCIN. Se debe procurar que el neonato se encuentre estable antes de comenzar a realizar la evaluación física completa y seguir las normas instauradas. Se inicia con la observación del paciente en reposo y se procede con una evaluación general de cada

---

<sup>12</sup>Los sistemas de atención a la madre y el recién nacido deben organizarse en los diferentes niveles que ofrecen los sistemas de salud y puestos en práctica a través de sus normas o guías nacionales, para una mejor planificación y utilización de los recursos humanos, insumos y materiales destinados a la protección de este grupo tan vulnerable.

<sup>13</sup>Los materiales necesarios para la admisión del recién nacido de alto riesgo deben estar siempre preparados para su uso y debidamente controlados. En muchos casos, las admisiones son urgentes y requieren una atención rápida y eficiente.



sistema en dirección cefalocaudal. En el momento del examen físico es fundamental evitar el estrés en el neonato; en caso de ser necesario se frena la evaluación y se aguarda a que el recién nacido se estabilice. Se empieza con la observación general, valorando el color, la piel, postura, fuerza muscular y tono del neonato; se procede con la región de la cabeza y cuello, valorando cara, nariz, boca, ojos y oídos; tronco y tórax, observando el aparato cardiorrespiratorio, abdomen, dorso, genitales y recto; extremidades, y se culmina con un examen neurológico (Tamez & Silva, 2010)<sup>14</sup>.

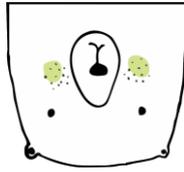
El tratamiento intensivo en un paciente con riesgo de vida no equivale sólo a agotar todos los medios terapéuticos, sino que simultáneamente, su establecimiento instaura también una amenaza contra la totalidad de la persona. El garante del tratamiento empleará las medidas técnicas y organizativas convenientes con el propósito de avalar que, por defecto, solamente sean substancia de tratamiento los datos personales que sean ineludibles para cada uno de los fines concretos del tratamiento. Este compromiso se emplea a la cantidad de datos personales almacenados, a la extensión de su tratamiento, a su término de preservación y a su accesibilidad. Dichas medidas avalan específicamente que, los datos personales no sean accesibles, sin la interposición de la persona, a un número indeterminado de personas físicas (Artículo 25/RGDP, 2018)<sup>15</sup>.

Los riesgos inherentes a un tratamiento determinado y que no logran ser vencidos, pese a la óptima entrega y esmero del profesional tienen que ser tomados y reconocidos como fatalidades. En ocasiones, las medidas que corresponden utilizarse en el transcurso del tratamiento intensivo provocan patologías y/o complicaciones comúnmente independientes de la enfermedad originaria. Frecuentemente, éstas hacen necesario el tratamiento de los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas precursoras. Sin embargo, son los medios modernos de diagnóstico y vigilancia los que más han aportado al progreso. Por este motivo se debe aspirar en el futuro a situarse en la dimensión de los peligros y las secuelas de las complicaciones y pretender reducir los riesgos, tanto como

---

<sup>14</sup>El recién nacido es anunciado a la respectiva unidad (por parte del profesional de enfermería de la sala de partos, o bien, por remisión con el pediatra de turno, y determinando qué cuidados requiere). La enfermera del servicio informa a la auxiliar de enfermería y a la terapeuta para preparar la unidad según el estado clínico, la edad gestacional y el peso del recién nacido. Éste ingresa; el profesional de enfermería, el neonatólogo o pediatra y la terapeuta lo reciben y verifican su estado clínico (signos vitales) y finalmente, se ubica al neonato en la unidad.

<sup>15</sup>Artículo 25 RGDP. También hace hincapié en que, teniendo en cuenta el estado de la técnica, el coste de la aplicación y la naturaleza, ámbito, contexto y fines del tratamiento, así como los riesgos de diversa probabilidad y gravedad que entraña el tratamiento para los derechos y libertades de las personas físicas, el responsable del tratamiento aplicará, tanto en el momento de determinar los medios de tratamiento como en el momento del propio tratamiento, medidas técnicas y organizativas apropiadas.



marcar algunos métodos diagnósticos y terapéuticos usuales, favoreciendo a la confección de “pautas registradas” (Tamez & Silva, 2010).<sup>16</sup>

El personal de la unidad debe cumplir rigurosamente las normas de protección - utilización de bata, guantes, mascarilla- que impidan el contacto con sangre o fluidos; éstos deben ser apreciados como potencialmente contagiosos (González, 2018).<sup>17</sup>

Lo que determina el cuidado intensivo neonatal, al mismo tiempo que artefactos complejos, es un personal médico y de enfermería altamente preparado, que se encuentra de manera constante valorando los signos vitales e interviniendo para que los mismos se conserven normales.

Una dificultad habitual en la unidad es el conflicto de los padres en identificar al médico responsable. En la práctica no es viable hablar de un médico tratante, ya que se trata de un equipo. No obstante, debe haber un médico responsable de proporcionar la información y de ser la imagen del equipo para con los padres; éste habitualmente es el supervisor de la unidad.

Sucede con cierta frecuencia que los padres receiptan información de diversos médicos y enfermeras con distintos realces. Las enfermeras poseen un rol fundamental en la relación con los padres. Son las que más conocen a los neonatos ya que son las que mayor tiempo están con ellos. Por este motivo es fundamental el trabajo como equipo y el mantener reuniones para conversar respecto al pronóstico del neonato.

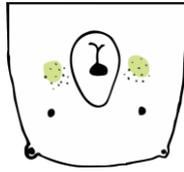
Por otro lado, la medicina paliativa plantea un cambio de enfoque. Una vez que ya se conoce que el neonato va a morir, las intervenciones se centralizan, primero, en el confort del recién nacido. Se debe evadir todo lo que le pueda causar dolor-punciones con el fin de comprobar la oxigenación o intervenciones aproximadas-, ya que el paciente experimenta dolor. En los últimos instantes prevalece el que los padres estén con su hijo. Si el mismo está consciente, esta cercanía lo favorece tanto a él como a los padres a iniciar un buen duelo en que los últimos recuerdos serán haber tenido al hijo en los brazos y haberle brindado todo el amor que podían. El concebir el apoyo del equipo de salud en estos momentos y la conciencia de que se realizó todo lo posible por el tratamiento y el bienestar del recién nacido son un consuelo fundamental para los padres (Ventura Patricio, 2008)<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup>La implementación de métodos invasivos, medicamentosos e instrumentales en la trayectoria de los tratamientos intensivos compone un ataque sustancialmente peligroso contra la integridad del neonato, mayor aún que la provocada contra la integridad corporal en una cirugía.

<sup>17</sup>Cuando se realicen procedimientos de máxima asepsia (conjunto de métodos aplicados para la conservación de la esterilidad) el ingreso será restringido de acuerdo al sector de internación.

<sup>18</sup>Los padres manifiestan actitudes ambivalentes de aceptación, negación, tristeza o agresividad, que entorpecen la relación con el personal. Es necesario que los profesionales de salud neonatal sean conscientes y tengan conocimientos de las etapas del duelo, por las que atraviesan los padres. El rol como integrantes del equipo de salud es saber informar, consolar y orientar, para ayudar a elaborar y consolidar un adecuado proceso de duelo.



Con el objetivo de disminuir la probabilidad de que se presente algún acontecimiento adverso en el momento de la atención de los neonatos en la prestación de servicios de salud, la OMS, (2014)<sup>19</sup> instauró estrategias tales como: identificación adecuada de los pacientes; fortalecimiento de la comunicación efectiva; perfeccionamiento en la seguridad de los medicamentos; asegurar cirugías llevadas a cabo en el lugar adecuado, mediante el procedimiento conveniente y al paciente correcto; disminución de las infecciones adquiridas por la atención; descenso del riesgo de lesiones en el paciente a causa de caídas o procedimientos.

La identificación del paciente comprende que en el transcurso de toda su estadía hospitalaria el neonato posea una pulsera que cargue los datos ineludibles- nombre completo de la madre, número de identificación, sexo, fecha y hora de nacimiento, peso y talla- que faciliten rectificar su identidad. Es fundamental escribir con letra legible, evitar errores de ortografía, revisar los datos establecidos. En caso de haber algún error, se debe cambiar la pulsera. Estos datos deben avalar la identificación del recién nacido para resguardar su legítimo derecho a la identidad y el privilegio del vínculo materno. Los mismos deben semejarse con los de la hoja de identificación del ingreso a la unidad neonatal, donde a su vez, se intensifica con las huellas plantares del neonato junto a los datos de identificación de los padres y sus números de teléfono.

La comunicación entre el personal de la unidad en cuanto a las prescripciones que se destinarán al neonato debe ser completa, oportuna, darse de forma oral y escrita, ser clara para el receptor. Si la prescripción terapéutica no es inteligible, se debe corroborar con el neonatólogo, ratificando la orden para administrarla adecuadamente. Tanto la escritura del tratamiento médico como la de enfermería deberá ser clara; la redacción completa y concreta, siempre respetando la ortografía (Cruz Victoria, 2016)<sup>20</sup>.

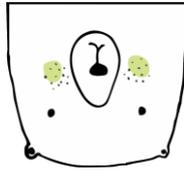
La aptitud de la comunicación interpersonal es fundamental en el área de salud. Obedece a la calidad de esta comunicación que se obtengan los objetivos de salud de los pacientes y se fortalezca la operación administrativa de la unidad hospitalaria (Ibarra, 2016)<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup>El método ideal para la realización de la identificación del recién nacido de alto riesgo es: correlación positiva en el momento del parto y del alta del alta; identificación permanente de madre/hijo dentro de la institución; rápida resolución frente a dudas de identidad; documentar que estos pasos se cumplan; huellas plantares; huella genética: ADN; pulseras y clamp umbilical inviolables y codificados; certificado cuadruplicado; características físicas (sexo, peso, fotografía).

<sup>20</sup> Por otro lado, la comunicación enfermera-paciente ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos al cuidado de enfermería de calidad.

<sup>21</sup>Se deben implementar estrategias que mejoren la calidad de la comunicación del personal. Éstas se deben enfocar en construir espacios de reflexión de la práctica del personal donde se socialicen aspectos como la práctica que llevan a cabo los diferentes turnos y precisar la información que transmiten.



Corresponde instaurar programas de capacitación en comunicación y trabajo en equipos multidisciplinarios, sumados al traspaso seguro de la información dentro del equipo de salud; la estandarización de las listas de chequeo en la entrega de turnos en el ambiente hospitalario y en el régimen de referencia y contra referencia. El alta hospitalaria es un período crucial, en el que notificar la información a los familiares es de suma importancia. Se deben efectuar políticas institucionales que susciten la participación de la familia en el hecho de indagar sobre la patología del neonato y sobre el concerniente plan de tratamiento (Cruz Victoria, 2016)<sup>22</sup>.

La guía nutricional del recién nacido pre-término se asienta en el sostén de la homeostasis metabólica y la prevención de deficiencias concretas. La nutrición óptima para los bebés prematuros o de bajo peso al nacer es la que suscita el crecimiento más equivalente al que se da en el transcurso del tercer trimestre de la gestación, sin originar circunstancias de estrés o sobrecarga de los sistemas digestivos, metabólicos y enzimáticos en desarrollo (OPS/OMS, 2015)<sup>23</sup>.

La evaluación nutricional del recién nacido tiene por objetivo tanto identificar y definir los problemas nutricionales como corroborar los efectos de la intervención nutricional y monitorizar el avance en el transcurso del tiempo (López, 2013)<sup>24</sup>.

Se saben hallar alteraciones en la nutrición por disminución en la ingesta de nutrientes; absorción de los nutrientes; uso de ellos por el organismo del neonato; incremento de las necesidades nutricionales; ampliación de las pérdidas de nutrientes. Las disposiciones nutricionales tienen como fundamento alcanzar un crecimiento equivalente al intra-útero; eludir la desnutrición posnatal; conservar una conveniente masa corporal y ósea; suscitar el correcto desarrollo neurológico y evadir las secuelas asociadas (Ministerio de Salud, 2015)<sup>25</sup>.

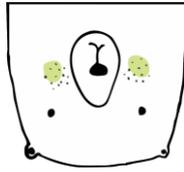
En los recién nacidos que poseen un peso que supera los 2000g.al nacer, el inicio de la alimentación se verifica entre las tres a cuatro horas de vida. En lo factible, los recién nacidos se nutren con leche materna. La lactancia temprana aumenta la producción de

<sup>22</sup>El alta de los RN de Alto Riesgo incorpora nuevos conocimientos sobre los cuidados médicos de esta población al egreso hospitalario requiriendo una planificación especial. La familia debe estar preparada para el cuidado en el hogar de RN de Alto Riesgo, contar con un adecuado Seguimiento y soporte de recursos.

<sup>23</sup>Guía para el manejo integral del Recién Nacido grave creada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

<sup>24</sup>Se debe realizar una adecuada valoración nutricional al nacimiento utilizando los métodos más precisos disponibles. Esto pasa por la elección de unas tablas percentiladas que se adapten lo máximo posible a su situación y que permitan, no sólo predecir su crecimiento, sino también fomentar un desarrollo saludable y proporcionado.

<sup>25</sup> El rápido crecimiento temprano se asocia con mejores resultados cognitivos en niños prematuros a expensas de resultados metabólicos adversos; la nutrición óptima en etapas tempranas puede disminuir esta compensación.



leche. Las cantidades alimentarias indicadas en la Tabla N°1 son sólo orientativas. La alimentación ulterior a la lactancia está indicada en niños todavía hambrientos, asimismo cuando la cantidad ingerida no supera los 2/3 de la cantidad prevista. Cuando hay presencia de vómitos, defectos cardiacos u otros conflictos a la hora de la ingesta, la alimentación puede proporcionarse en comidas más frecuentes, en caso de ser necesario con sonda gástrica, o condensada y en cantidades diminutas.

Tabla N°1: Alimentación en RN cuyo peso al nacer supera 2.000 g

PESO	2.000 – 2.500 g	MÁS DE 2.500 g
PRIMER DÍA	8 X 10 ml	6 X 20 ml
SEGUNDO DÍA	8 X 15-20 ml	5 x 30 ml
Días subsiguientes	Aumentar por comida	
5 – 10 ml	10 ml	
Hasta	Cantidad = 1/6 del p.corporal Calorías = 120 kcal/kg/día	

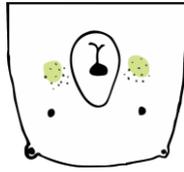
Fuente: Lawin (1986)<sup>26</sup>

El mismo autor afirma que en los recién nacidos que poseen un peso inferior a 2000g., las necesidades de líquido en el transcurso de los primeros días, no consiguen ser cubiertas por la administración entérica de alimentos, siendo necesaria una infusión adicional. Si hay presencia de dificultades para ingerir, en los prematuros con una edad gestacional menor a 34 semanas y en los prematuros intubados, la alimentación se efectúa en un principio con sonda gástrica, la cual se cambia cada 24 horas. Previamente a cada nueva administración de alimentos, se calculan los restos de alimentos que permanecen en el estómago por medio de la aspiración. Inmediatamente después de la alimentación, los niños se ubican en posición de decúbito prono mínimamente durante una hora.

En bebés que han superado las 32 semanas de gestación, pero la succión nutricional no se ha instaurado, es muy débil y/o demuestran una incoordinación respiración-deglución, la alimentación se provee a través de la vía enteral –sonda orogástrica o nasogástrica- con la ayuda de una bomba de infusión. Al conseguir la fase de estabilidad fisiológica y un progreso en la coordinación succión-respiración-deglución se procede a combinar ambas vías de alimentación -vía enteral y oral-. (Lizzi, 2014).<sup>27</sup>

<sup>26</sup>Postergar el aporte de nutrientes inmediatamente después del nacimiento y hasta lograr la estabilidad clínica, implica, en pacientes que tienen apenas 200 kcal/kg de reservas energéticas, un impacto negativo en su crecimiento y desarrollo.

<sup>27</sup>Este pasaje paulatino del alimento disminuye riesgos de aspiraciones y proporciona una mejor absorción.



En Argentina, cuanto menor es el peso al nacer, menor es la proporción de recién nacidos que comienzan con la lactancia materna, lo que acentúa la necesidad de fortalecer las gestiones en la UCIN con el fin de garantizar que la lactancia sea instruida de forma temprana en todos los neonatos y que también ésta pueda ser mantenida después del alta.

La lactancia materna posee beneficios tanto nutricionales como gastrointestinales, inmunológicos, psicofísicos y neuromadurativos. Por este motivo, es recomendable promoverla utilización de leche humana de la madre como prioridad en la alimentación de los neonatos prematuros y en cualquier otro lactante de riesgo. Es fundamental que el equipo de salud conozca los beneficios de la lactancia materna y los riesgos para la salud del binomio madre- hijo procedentes de la utilización de fórmulas artificiales.

Con la lactancia materna se reduce el riesgo de poseer otitis media aguda, diarrea, infecciones respiratorias bajas y la mortalidad, relacionada con las mismas. La administración de leche humana en prematuros se vincula con tiempos de internación más cortos, menor cantidad de re-internaciones y superiores condiciones de salud pos-alta (Sullivan, 2010)<sup>28</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>29</sup> clasifica a los bebés prematuros conformes a su edad gestacional en: prematuro general, menor de 37 semanas de gestación; prematuro tardío, de la semana 34 con 0/7 días, a la semana 36 con 6/7 días; muy prematuro: bebés nacidos antes de las 32 semanas y; extremadamente prematuro, menores de 28 semanas.

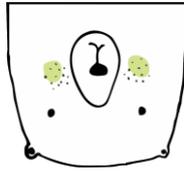
Los neonatos presentan un desarrollo global retrasado, se ve una inmadurez general de los aparatos y sistemas orgánicos reflejada en una respiración aligerada, superficial e irregular; somnolencia excesiva; movimientos pausados; fuerza muscular limitada; hipotonía; frecuencia cardíaca que va desde 200 hasta 70 pulsaciones por minuto; reflejos disminuidos e incoordinados y; compromisos en la termorregulación, lo que predispone al bebé a mostrar complicaciones precoces o tardías (García, 2015).<sup>30</sup>

Se evidencian diversos modelos de intervención dentro de la Unidad. Uno de ellos es el de maternidad centrada en la familia. La separación de la madre y su bebé

<sup>28</sup>La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los recién nacidos los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.

<sup>29</sup> Organización directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas. Sus ámbitos de actividad principales son: enfermedades no transmisibles; enfermedades transmisibles; preparación, vigilancia y respuesta a las crisis: promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida; sistemas de salud; servicios institucionales. Presta apoyo a los países en la coordinación de las actividades de diferentes sectores del gobierno y de los asociados para que logren sus objetivos sanitarios y apoyar sus estrategias y políticas sanitarias nacionales.

<sup>30</sup>Estos poseen un perímetro craneal menor a 33 cm, una longitud inferior a 47 cm, huesos del cráneo laxos, suturas abiertas y fontanelas amplias, un desarrollo muscular minúsculo de las extremidades, piel fina y rugosa que puede estar originalmente enrojecida, encontrándose a menudo cianosis distal, edemas y hemorragias cutáneas.



inmediatamente posterior al parto es una práctica habitual en diversas entidades de salud y en unidades privadas. No obstante, para que se origine un apego temprano entre la madre y su bebé y, para beneficiar la iniciación y el sostenimiento de la lactancia materna, estos deben tener una relación rápidamente después del parto y permanecer juntos en el postparto.

*“El contacto temprano favorece el apego, es decir que, cuanto mayor sea la integración social de un recién nacido con su madre, mayor será su apego hacia ella, las primeras horas de vida representan un periodo crítico para el éxito del apego y la calidad de las relaciones tempranas son cruciales para el desarrollo del niño.”*

Por otra parte, se encuentra el modelo restrictivo de la familia en la Unidad. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales fundamentan las restricciones en los horarios de visita a partir de un punto de vista de resguardo del paciente, en donde la mayor parte de los cuidados se administran de forma particular y exclusiva al mismo.

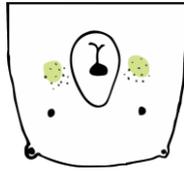
Las variables restrictivas son: número de visitas al día; duración de cada visita; número de familiares que entran; número de familiares que lo hacen de forma conjunta; número de veces que se notifica al día y qué profesional de la unidad es responsable de dar la información; uso o no de información telefónica/escrita como sustento a la información directa; medidas que toman los familiares previo a la entrada a la unidad; existencia o no de protocolos para la atención a familiares y; participación de los familiares en ciertos cuidados de los neonatos (Ginna, 2015).<sup>31</sup>

El ambiente que se provee en la UCIN pretende reducir el nivel de estrés del neonato, por lo que es imprescindible evitar hablar u originar ruidos cerca de las incubadoras, no poner objetos sobre las mismas, debido a que sus paredes funcionan como caja de resonancia; reducir la intensidad de las luces; adecuar las manipulaciones para respetar los tiempos de descanso del bebé; favorecer la posición supina o lateral en el momento del sueño; recurrir a niditos –estructuras de gomaespuma- estableciendo un entorno análogo al medio uterino para beneficiar la permanencia de control homeostático y de los estados de comportamiento. Se debe alimentar a los neonatos en horarios separados de la administración de medicamentos ya que algunos de éstos pueden alterar las conductas del niño y/o resaltar las alteraciones deglutorias (Lizzi, 2014).<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup>No obstante al modelo restrictivo, actualmente existe una predisposición de libertad de la política de visitas restrictivas en las unidades con la incorporación de la creencia de que la presencia de la familia tiene una consecuencia beneficiosa para los neonatos y para la familia misma.

<sup>32</sup>Es fundamental valorar permanentemente los cambios clínicos de su estado general; visualizar modificaciones de coloración, tono y actividad del recién nacido; administrar analgesia y; valorar signos conductuales y fisiológicos de dolor.



Es fundamental permitirles a los padres ver al neonato en la medida que esto sea posible. El contacto beneficia al alivio del estrés y propicia el apego. En el transcurso del primer contacto de los padres con el recién nacido, se debe mostrar y explicar el equipamiento con el que se brinda asistencia al niño, notificar el estado actual del paciente, explicar las razones por las que necesita de cuidados intensivos y cuál será la trayectoria del tratamiento. Se debe orientar a los padres acerca de las pautas de las visitas, higiene de manos y usanza de delantal antes de ingresar en la unidad y las cautelas que se deben tomar durante la misma.

El vínculo entre la diada madre-hijo inicia durante el embarazo. Inmediatamente después del nacimiento se emprende una interacción mutua, ese apego se consolida. Cuando esta fase se ve interrumpida por la separación del binomio madre-hijo, se presenta una obstrucción en el proceso de apego, que afectará la relación en el futuro. Durante el embarazo, la pareja formula imágenes, sueños y expectativas en torno a ese hijo. La llegada de un hijo con dificultades, enfermo o prematuro -pequeño y frágil-, derrumba ese sueño creando desencanto, sentimiento de incapacidad, culpa y miedo a la pérdida. Estas emociones instauran estrés y, en ocasiones, conllevan al desapego entre los padres y su hijo (Tamez & Silva, 2010)<sup>33</sup>.

La posición que asuman los padres al ingresar en la unidad por primera vez obedece a la preparación previa -si la internación fue imprevista o ya se contemplaba-; el estado de cada persona y; la presencia de experiencias previas. Dado esto, hay diversos sentimientos que los padres advierten en el momento de la admisión de su hijo en la unidad: miedo; ira; culpabilidad; impotencia. Éstos se suplantán por otros de acuerdo al avance del estado del niño y el establecimiento de una relación con el personal (Fernández, 2016)<sup>34</sup>.

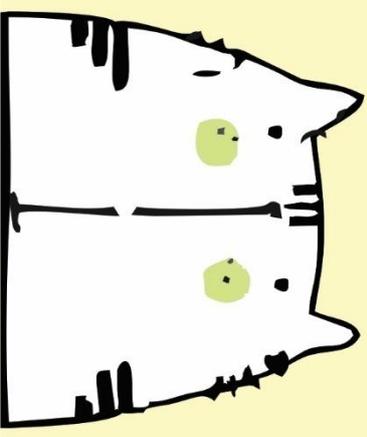
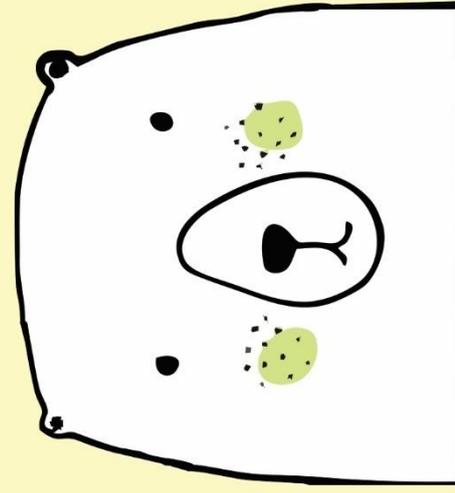
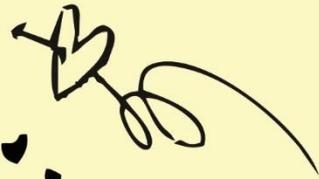
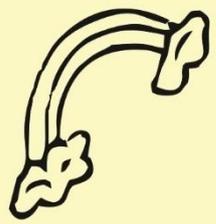
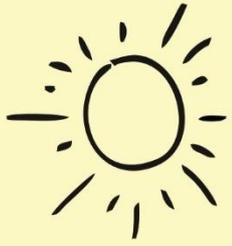
El trabajo en conjunto del equipo de profesionales que forma parte del cuidado del neonato debe abarcar no sólo a médicos y enfermeros, sino también a trabajadores sociales y psicólogos especializados, componente fundamental para la recuperación del vínculo padre-hijo. El equipo debe comprometerse también a ayudar a los padres en la relación que mantengan con el equipo multidisciplinario que participa en el cuidado de su hijo (Tamez & Silva, 2010).<sup>35</sup>

---

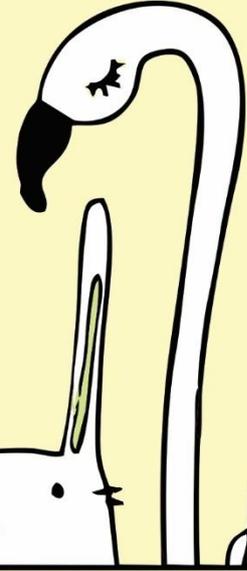
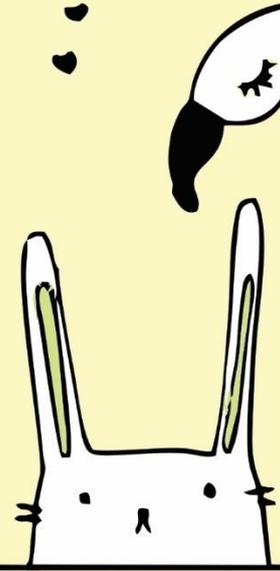
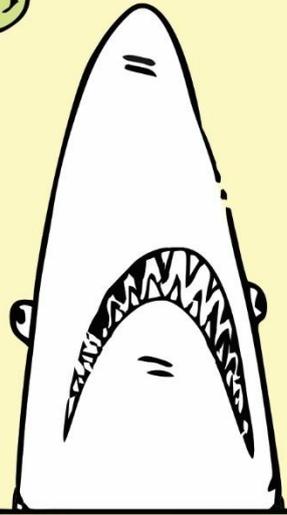
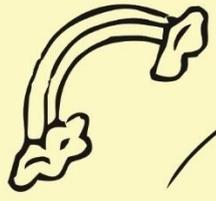
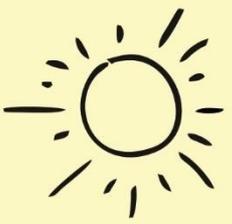
<sup>33</sup>Es en esta etapa que el equipo de la UCIN debe mantenerse alerta para ayudar a los padres a superar este período tan crítico.

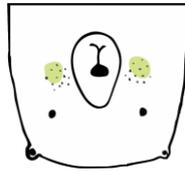
<sup>34</sup>Partiendo de que el estado del niño no se puede controlar y difícilmente prever, la ayuda prestada a los padres para comprender el lugar y crear una relación profesional productiva será muy necesaria a la hora de favorecer el bienestar de los padres.

<sup>35</sup>Existen muchas intervenciones y aspectos de competencia que podrían ser muy ventajosos para ayudar a los padres y contar con ellos como una parte más del equipo encargado de tratar a sus respectivos hijos. Por esto es fundamental que los profesionales sepan cómo ponerlas en práctica.



# Capítulo II





El mayor riesgo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es la muerte; muchos de los bebés que logran sobrevivir obtienen como secuela múltiples compromisos que impactan negativamente en su calidad de vida. Una de las secuelas más relevantes son las limitaciones en las funciones estomatognáticas, particularmente el reflejo de la succión, el cual colabora con la supervivencia del bebé. Éste es afrontado por el fonoaudiólogo, profesional que posee los métodos necesarios para abordar adecuadamente a la díada madre-hijo y favorecer la maduración de las funciones estomatognáticas del recién nacido. (Newman, Keckley, Petersen, Hamner, 2001)<sup>36</sup>.

Las secuelas de las limitaciones en la succión y en la alimentación se consiguen disminuir considerablemente si se realiza estimulación oromotora apropiada dentro de la UCIN, priorizando que la madre y/o tutor participe de forma activa en esta tarea. Por este motivo, es pertinente que el fonoaudiólogo a quien le pertenezca esta área, enseñe mediante maniobras asertivas a la madre y/o tutor acerca de la estimulación oromotora en los neonatos. (Gallegos, Reyes, Silvan, 2010).<sup>37</sup>

En los últimos diez años se ha demostrado el gran impacto favorable que concibe la intervención fonoaudiológica en las UCIN'S en las áreas de deglución, comunicación y lenguaje (García, 2015).<sup>38</sup> La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA, 2014)<sup>39</sup> determina una serie de lineamientos que puntualizan y sitúan la labor fonoaudiológica en el campo de la UCIN. El primer lineamiento hace hincapié en la identificación de neonatos que presenten riesgos en el desarrollo la cognición, comunicación, alimentación y/o deglución. El segundo, se centra en la evaluación clínica del bebé y la familia en las áreas de comunicación, alimentación, deglución e inclusive del desarrollo neurológico.

El tercero se basa en la evaluación completa y precisa de la alimentación y de las limitaciones en la deglución que pueda mostrar el neonato. Por su parte, el cuarto

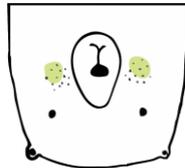
---

<sup>36</sup>Dichos autores sostienen que hay necesidad de una investigación adicional para examinar la función de deglución en bebés con diagnósticos médicos específicos. Ésta proporcionaría información sobre la epidemiología de trastornos de la deglución, progresión de la disfunción con maduración al tragar; terapéutica e intervención y, relación entre diagnósticos médicos y función de deglución.

<sup>37</sup>Se recomienda propiciar la participación de ambos padres mediante la implantación de una filosofía y programa institucional, que incluya la capacitación del equipo de salud así como el entrenamiento grupal e individual de los padres para el egreso hospitalario.

<sup>38</sup>Investigó las estrategias de estimulación oromotora que utilizan los cuidadores en la UCI Neonatal para favorecer un adecuado desarrollo y funcionamiento de los órganos fonoarticuladores de los bebés prematuros.

<sup>39</sup> Asociación nacional profesional, científica y de credenciales para 198,000 miembros y afiliados que son audiólogos; patólogos del habla y el lenguaje; científicos de habla, lenguaje y audición; personal de apoyo de audiolgía y patología del habla y lenguaje; y estudiantes. Los audiólogos se especializan en la prevención y evaluación de los trastornos de la audición y el equilibrio, así como en la prestación de un tratamiento audiológico, que incluye audífonos. Los patólogos del habla y el lenguaje identifican, evalúan y tratan los problemas del habla y el lenguaje, incluidos los trastornos de la deglución.



lineamiento hace referencia a la asistencia e intervención apoyada en evidencia de posibles dificultades en la comunicación, alimentación y en el proceso de deglución.

El quinto lineamiento corresponde a funciones educativas, se centra en el servicio de educación, recomendación y sustento a las familias, los cuidadores y al personal de la UCIN en relación a los conocimientos para afrontar actuales y futuras limitaciones que involucren la comunicación, cognición, alimentación y/o deglución. En este lineamiento el fonoaudiólogo lleva a cabo las labores de identificar las necesidades educativas y de orientar a las familias, cuidadores y personal de salud.

Al mismo tiempo, plantea otros lineamientos dentro los cuales el fonoaudiólogo realiza trabajos orientados a la gestión de calidad, sugerencia legal, toma de posiciones éticas e investigación referente al tema, comprobando el enorme campo de acción y lo esencial que es la presencia de este profesional en la Unidad.

Las estrategias que utilizan los fonoaudiólogos y los demás profesionales de salud dentro de la UCIN, están orientadas a la observación, modelo y compañía a las familias. En la enseñanza directa que ofrece el fonoaudiólogo a la familia del neonato, está la instrucción de estrategias de estimulación oromotora que son altamente beneficiosas en esta población. Dentro de las mismas se encuentran: succión no nutritiva, la cual reside en constituir succión sin extraer líquido, para lo que se recurre a la utilización de un chupete, el pecho vacío o un dedo situado en la porción media del dorso lingual y; succión nutritiva, que es primordial para que los bebés reciban nutrición. Ésta necesita la habilidad de integrar en conjunto la respiración, la succión y la deglución para obtener una alimentación ordenada (Guido y cols, 2012)<sup>40</sup>; re-lactación, una estrategia que tiene por objetivo que la madre origine leche en casos donde la lactancia se ha suspendido; masaje peri oral, estimulación que se efectúa en la franja circundante de los labios para favorecer un patrón de succión-deglución normal, la coordinación respiratoria y modificar la postura, posición y agarre incorrecto y; activación de reflejos, estimulación que se ejecuta sobre los reflejos orales (OMS, 2009).<sup>41</sup>

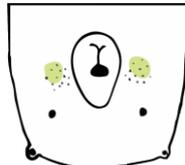
Mencionado esto, una vez realizada la derivación, se asiste a la unidad donde en una primera instancia, se conversa con los médicos y enfermeros a cargo de la misma para averiguar el estado general del neonato y luego ahondar en el motivo de consulta.

Se efectúa el relevamiento de datos de la Historia Clínica, donde se averigua antecedentes prenatales, natales de jerarquía y diagnóstico médico. Se consulta sobre la vía

---

<sup>40</sup>Afirman también que la succión no nutritiva en recién nacidos prematuros tiene beneficios clínicos, disminuyendo significativamente la duración de estancia hospitalaria en recién nacidos pre-término, favorece la transición más rápida de sonda orogástrica a la alimentación con mamadera y mejora el rendimiento en la alimentación con biberón.

<sup>41</sup>La Organización Mundial de la Salud es el Organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.



de alimentación y los medicamentos que absorbe el neonato. Se comienza la evaluación por el área de alimentación y se valoran posteriormente las áreas de audición y de comunicación/lenguaje. En la valoración de la alimentación se indagan los reflejos orales, que son los de búsqueda, succión y deglución, procurando que el bebé esté tranquilo, en posición decúbito dorsal y en momento de no-saciedad; la vía de alimentación -enteral y/u oral-; los síntomas de riesgo de procedencia deglutoria y/o respiratoria; la tonicidad y la morfología de la porción orofacial.

En cuanto a la audición, se explora la presencia de antecedentes de Alto Riesgo Auditivo (ARA). Se evalúa antes del alta efectuando la primera etapa del Screening Auditivo Neonatal Universal (Ley Nacional 25415) con Otoemisiones acústicas (OEA) (Lizzi, 2014).<sup>42</sup>

Las otoemisiones acústicas son un procedimiento de diagnóstico confiable, son objetivas, reproducibles, no invasivas, rápidas y su presencia manifiesta salud coclear. No obstante, para conseguir una eficaz transmisión de las otoemisiones no debe haber obstáculos en el transcurso de la vía auditiva, ya sea en el oído externo, medio o interno, conteniendo este último, la cóclea y la vía nerviosa.

El oído externo debe contar con la permeabilidad propicia para que se puedan registrar las otoemisiones acústicas, dado que es la parte de la vía auditiva en donde se coloca la sonda del aparato que va a producir el estímulo y también registrar su respuesta. La patología de oído medio puede reducir la intensidad de la otoemisión generando su ausencia en un oído con buena salud coclear. Una disfunción menor del oído medio, ya sea en la membrana timpánica o en los huesecillos, ocasiona serios efectos en la amplitud de las otoemisiones (Werner, 2001)<sup>43</sup>.

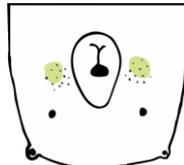
Si los resultados de las otoemisiones son positivos, se puede deducir que tanto la cóclea como el oído medio están en buen estado desde el punto de vista funcional. No obstante, si se trata de una hipoacusia retrococlear, no va a ser detectada con las otoemisiones. Por este motivo, si el factor de riesgo que muestra el niño se relaciona a este tipo de pérdida auditiva se deberá evaluar con potenciales evocados auditivos (Urdiales, 2003)<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> Los indicadores de Alto Riesgo Auditivo aceptados por el Joint Committee of Infant Hearing (2001) y Werner, de la American Association of Otolaryngology-Head and Neck-Surgery son: Historia familiar de sordera neurosensorial infantil hereditaria; infecciones intrauterinas (TORCHS); anomalías craneofaciales; prematuridad y peso inferior a 1500gr.; hiperbilirrubinemia; medicación ototóxica; meningitis bacteriana; puntuación de Apgar de 0 a 4 al minuto o de 0 a 6 a los 5 minutos; ventilación mecánica durante por lo menos 5 días; estigmas u otros hallazgos asociados a un síndrome que se sabe que incluye sordera neurosensorial o de conducción; TEC con pérdida de conciencia o fractura de cráneo; preocupación de los padres respecto a la audición de su hijo y; otitis recidivante o persistente con derrame.

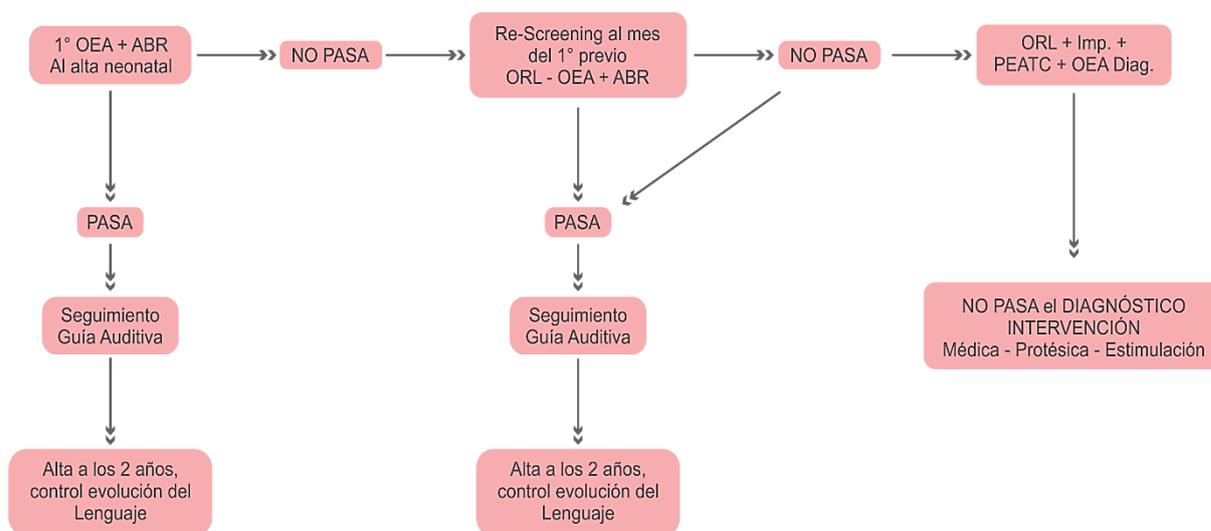
<sup>43</sup> No pueden utilizarse para determinar el grado, ni la naturaleza de la pérdida auditiva, ya que las EOA están abolidas siempre que la pérdida supera los 50 dB nHL. No determinan umbrales auditivos.

<sup>44</sup> Los potenciales evocados auditivos permiten la evaluación de la función sensorial y neural del sistema nervioso, evocando respuestas desde la cóclea hasta las áreas asociativas corticales. No



Los otoemisores vigentes distinguen las respuestas y proporcionan el resultado en forma automática. A partir del análisis de los parámetros de la respuesta, el profesional deberá establecer si el recién nacido PASA o NO PASA la evaluación. De esta forma, asesorará a los padres sobre cómo deberá proceder según los resultados obtenidos (Ministerio de Salud, 2014)<sup>45</sup>.

Figura 1: Algoritmo de Pesquisa Neonatal Auditiva para niños con factores de riesgo.



Fuente: Ministerio de Salud (2014)<sup>46</sup>

La labor fonoaudiológica en la UCIN se implementa a través de visitas frecuentes que coinciden con los horarios de alimentación. Esto permite acceder a una aproximación diagnóstica y plantear la intervención. En el área de comunicación/lenguaje se procede a la observación del vínculo de la diada madre-bebé y las primeras manifestaciones comunicativas (Ginna, 2014)<sup>47</sup>.

En bebés donde las circunstancias clínicas aprueben la lactancia materna se enfatiza en la importancia de la lactancia materna para beneficiar el vínculo mamá-bebé; se propicia

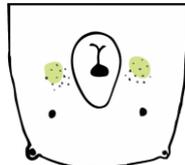
---

constituyen una exploración que mida la audición en sentido estricto, sino una representación de la actividad funcional de la vía auditiva.

<sup>45</sup>Todos los niños que hayan presentado dos fallos en el screening deberán ser evaluados por el equipo médico-audiológico y realizarán los siguientes estudios: otomicroscopía; timpanometría; potenciales evocados auditivos.

<sup>46</sup> Si su peso no supera los 1.500 g se requiere de seguimiento interdisciplinario hasta los 6 años.

<sup>47</sup>Es fundamental para el vínculo, el contacto piel a piel. Este consiste en poner al recién nacido prematuro y/o con bajo peso de nacimiento sobre el pecho descubierto de su madre o padre. Es una práctica segura y simple que puede realizarse varias veces al día. La misma, estabiliza la temperatura corporal y otros parámetros vitales; favorece el crecimiento y desarrollo; reduce el tiempo de hospitalización y; propicia el vínculo madre/padre/hijo.



el amamantamiento exclusivo a lo largo de los primeros seis meses; se enseñan múltiples posturas, tales como clásica, invertida, de caballito, entre otras, que faciliten un apropiado vaciamiento de todos los cuadrantes de la mama y un contacto corporal de la madre y el bebé más propicio; se advierte sobre las ventajas nutricionales de la leche materna; se promueve la re-lactación para conseguir y/o aumentar la producción de leche en madres que han tenido bebés que fueron alimentados con lactancia artificial durante su internación; se estimula la succión nutricional para conseguir un crecimiento y un progreso del sector orofacial más satisfactorio; se notifica acerca del efecto preventivo ante las infecciones como la otitis (UNICEF, 1993).<sup>48</sup>

Si el bebé no consigue recibir una alimentación natural y es alimentado con mamadera es preciso recurrir a tetinas de base ancha de látex o de silicona blanda con el orificio chico para que el flujo de leche sea gota a gota, que representen el pecho materno lo mejor posible; se debe indicar la postura semi-sentada al momento de la alimentación. Con la misma, se logra el alineamiento de cabeza, hombros, tronco, generando el equilibrio de estas estructuras. Se informa a la madre sobre la importancia de alternar ambos hemicuerpos, a fin de proporcionar estímulos simétricos.

Durante la consulta se conversa con los padres brindándoles un lugar para clarificar sus inquietudes acerca de las dificultades por las que transita su hijo. Se les brindan pautas específicas: estimulación de la zona orofacial; postura apropiada durante y post-ingesta y; regulación de ritmos de esfuerzo-pausa. El objetivo es alcanzar una mejor calidad del acto alimenticio que provocará a su vez, un tiempo de hospitalización menor.

El objetivo de los profesionales de la salud se centra en asegurar el máximo progreso físico, psíquico-emocional y social del Recién Nacido de Alto Riesgo (RNAR). Para esto, se expone la necesidad de un trabajo interdisciplinario.

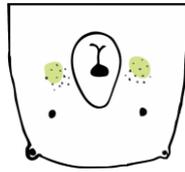
Como partes del equipo, los fonoaudiólogos efectúan el seguimiento de la evolución del cuadro clínico de cada paciente, principalmente en la alimentación, respondiendo a cada necesidad en particular (Lizzi, 2014).<sup>49</sup>

Un punto primordial a trabajar en la UCIN es el desarrollo de la succión, entendida ésta como la reacción automática y simple a un estímulo. Dentro del extenso abanico de reflejos que posee el ser humano, se encuentran los reflejos primitivos. Estos son los que se

---

<sup>48</sup>Organización de las Naciones Unidas que trabaja en más de 190 países y territorios a través de diferentes programas y Comités Nacionales. La base sobre la que guía su trabajo es la Convención sobre los Derechos del Niño y su labor está centrada en cinco esferas prioritarias de trabajo: supervivencia y desarrollo infantil, educación e igualdad de género, la infancia y el VIH/sida, protección infantil y promoción de políticas y alianzas.

<sup>49</sup> Es importante tener en cuenta que en ocasiones, el prematuro pasará por una serie de eventos (cirugías, traqueotomías, atresias, etc.) que alterarán o impedirán el normal desarrollo de la vía oral. Sin embargo, el estímulo de la succión, así sea no nutritiva, ayudará a que estos niños/as desarrollen mejor sus patrones de alimentación oral más adelante. Será fundamental la posibilidad de trabajar en forma interdisciplinaria, con profesionales del equipo de salud entrenados.



observan en los primeros períodos de vida del recién nacido, y que en etapas posteriores desaparecen. Sin embargo, en los recién nacidos pre término, la presencia de éstos no se da siempre.

La presencia y la fuerza de los reflejos orofaciales – reflejo de búsqueda, succión, deglución, mordida, tos y arcada - son un indicador sustancial del desarrollo neurológico y funcional del niño.

La succión es una de las funciones primordiales del sistema estomatognático y una de las habilidades sensoriomotoras más complejas del recién nacido. El ser humano desarrolla y practica la succión en la vida intrauterina, siendo éste el componente que propicia la relación con la madre durante la gestación, teniendo por objetivo, la posterior alimentación, dado que en un principio se desarrolla primordialmente para cubrir sus necesidades nutricionales. La succión es probablemente el evento más significativo durante la alimentación por pecho materno; mediante ésta el lactante traslada leche desde el pecho a la cavidad oral, paralelamente desencadena una serie de reflejos, y suscita en la madre la liberación de oxitocina y prolactina, que regulan la síntesis y el flujo de leche.

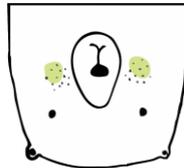
El feto succiona el dedo en el útero a las 27 semanas. Por este motivo, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento; los labios presentan una prominencia y en las crestas alveolares se desencadenan los reflejos de búsqueda, succión y deglución, los cuales hacen posible el amamantamiento. A su vez, la succión es un patrón de conducta compleja que satisface un deseo, da una sensación de bienestar. (Fernández, Bosnich, Durán, Ponce, Valdés, 2010).<sup>50</sup>

Existen dos formas de succión donde el lactante va alternando dependiendo de la presencia o ausencia de líquido. Una de ellas es la succión nutritiva, la cual es coordinada de forma refleja con la deglución a partir de las 32 semanas de gestación, madura gradualmente hacia la semana 40 de gestación y es la que lleva a la alimentación del lactante (La Orden, Salcedo, Cuadrado, Herráez & Cabanillas, 2012).<sup>51</sup> Ésta se da en presencia de líquido y su patrón es habitualmente una serie de succiones de alrededor de una por segundo. Durante la misma, la respiración está secuenciada rítmicamente; el niño lleva la leche desde el pecho a la cavidad oral simultáneamente que desencadena una serie de reflejos que regularizan la síntesis y el flujo de leche. Este proceso se compone por tres períodos estrechamente congruentes entre sí: la expresión/succión, la deglución y la

---

<sup>50</sup> Estos autores sostienen que la adecuada evolución y ejecución de las funciones orofaciales son indispensables para el desarrollo maxilofacial del menor. En los últimos años se ha incrementado el número de niños nacidos de pre término, condición a la cual se asocian múltiples alteraciones tales como la presencia de un patrón de coordinación succión-deglución inmaduro, no pudiendo ser alimentados mediante pecho materno.

<sup>51</sup> Llevan a cabo la investigación acerca de la transición de la nutrición enteral a la oral, la comorbilidad asociada con su retraso y el impacto de una estimulación precoz de la succión en una cohorte de prematuros.



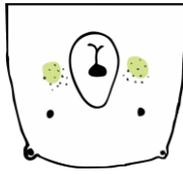
respiración. Durante este proceso, la secuencia de los diferentes componentes es 1:1 en la etapa neonatal; una succión por cada deglución y respiración. No obstante, esta relación 1:1 puede llegar a ser de 2 o 3:1:1 entrando en la sexta semana de vida. Durante la expresión/succión, el lactante crea una presión de sustracción de un fluido contenido en un receptáculo externo hacia su cavidad oral. Cuando ya está formado el bolo, el líquido es guiado hacia la vía digestiva donde se produce la fase de la deglución sin pasar por las vías respiratorias. Las fases de expresión/succión y de deglución deben coordinar con la respiración. Una succión eficaz está dada por una conveniente integración y sincronización de las estructuras oro faciales para la formación del bolo y su propulsión hacia la zona posterior de la cavidad oral para su deglución. En los recién nacidos sanos este proceso precisa ser rítmico y continuo para cerciorar una ingesta adecuada de alimento y cubrir sus demandas metabólicas, consiguiéndose con una correcta coordinación con la respiración. (Rendón, Serrano, 2011).<sup>52</sup>

La otra forma de succión es la no nutritiva. Ésta está presente desde la 18-24 semana de gestación, se presenta en ausencia de líquido y se caracteriza por series de succiones de corta duración y pausas, donde las succiones son parejas y suceden a una frecuencia rápida de dos por segundo. No se encuentra implicada en la alimentación, es descoordinada con la deglución, y beneficia tanto al desarrollo de la succión nutritiva como a la adquisición de las habilidades alimenticias (Fernández, 2011).<sup>53</sup> Esta forma de succión calma a los recién nacidos inmaduros y con alguna patología, e independiente de su costo energético, es segura y muy compensadora. En recién nacidos prematuros asume beneficios clínicos debido a que reduce significativamente el período de la hospitalización, proporciona un cambio más rápido de sonda orogástrica a alimentación por succión, reduce la agitación, extiende los períodos de sueño profundo y disminuye los efectos estresantes durante los procedimientos intensos, estabiliza la presión intracraneal, incrementa la oxigenación (Tamez, Silva, 2010).<sup>54</sup>

<sup>52</sup>En condiciones normales la succión nutritiva es un proceso aeróbico que se logra con los movimientos mandibulares y de la lengua, los cuales son capaces de generar las presiones necesarias de extracción y succión de la leche de un reservorio. De esta forma, la falta de coordinación de estas fases explica los cambios en el ritmo de la succión, así como la aparición de signos clínicos anormales, como el bajo consumo del alimento, el atragantamiento, la regurgitación, el vómito o algunas alteraciones respiratorias.

<sup>53</sup>Fonoaudióloga. Actualmente docente en la Universidad de Chile. Autora del Artículo: Funciones orofaciales en el neonato.

<sup>54</sup> Raquel Nascimento Tamez, enfermera de la UTI Neonatal del Piedmont Henry Hospital en Stockbridge, Georgia. Consultora Internacional en lactancia materna del IBCLC. Profesora de Enfermería Neonatal del Centro Universitário de Maringá en el estado de Paraná (2004-2005). Enfermera de la UTI Neonatal del Loma Linda University Children's Hospital en Loma Linda, California (1996 – 2003). Enfermera Encargada de la UTI Neonatal del Hospital São Lucas y del Hospital Adventista Silvestre en Río de Janeiro - RJ (1979-1986). Maria Jones Pantoja Silva, actualmente jefa de enfermería del Hospital Adventista Belém, Pará. Ex enfermera encargada de la UCI neonatal y la UCI pediátrica del Hospital.



Al nacer, el bebé cuenta con una mandíbula chica, grasa en las mejillas y una lengua que forma parte de toda la cavidad oral. En esta etapa las tendencias de los movimientos linguales son anteroposteriores, como causa de una madurez neurológica incompleta, y por la falta de lugar en la cavidad oral, lo que imposibilita los movimientos laterales de la lengua. Estos rasgos se conservan hasta los cuatro meses, período en el cual el bebé apoya la cabeza y la mandíbula prepara su desarrollo hacia abajo y hacia adelante. Conjuntamente, la cavidad oral crece de forma vertical y los cúmulos de grasa de las mejillas son reabsorbidos; de esta forma, la lengua cuenta con mayor espacio para moverse. Hasta esa instancia, la succión asume únicamente el objetivo de nutrición, conocido en inglés como “suckling”. Este es un patrón prematuro, en el cual prevalece el movimiento de retracción y extensión de la lengua, la cual forma un surco central o canal en el momento de la acción, creando así, una presión positiva para la extracción del líquido. Esto sucede antes de que la succión se torne un acto voluntario (Jacintha, 2002).<sup>55</sup>

Próximo a los 6 meses, el bebé es capaz de sentarse y pasa la mayor parte del tiempo con la cabeza en posición vertical, lo que beneficia la aparición de un patrón de succión más maduro conocido como “sucking”, caracterizado por una mayor presión intraoral y movimientos linguales de elevación y descenso. En éste hay presiones positivas y negativas; a través de las negativas acontece la succión en sí y con las positivas sucede la extracción de líquido. Este patrón necesita un sellado eficaz y un acanalamiento lingual para extender el espacio intraoral (Fernández, 2011).<sup>56</sup>

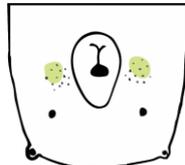
Los reflejos orales que muestran los neonatos aseguran la alimentación durante el periodo postnatal inmediato y son el sustento para que puedan surgir respuestas afines a nivel voluntario. Si estas automatizaciones permanecen después de la edad conveniente, se obstaculiza la práctica coordinada de actividades tales como la respiración, la alimentación y comunicación. Estos reflejos pueden dividirse, según su vínculo con la alimentación, en adaptativos y protectores. Los reflejos adaptativos son substanciales para la adquisición de la alimentación, se encuentran en éstos los reflejos de búsqueda, succión, deglución y protrusión lingual.

Los reflejos de búsqueda están relacionados con una actividad que por lo general anticipa a la succión y beneficia a la orientación y aprehensión del pezón o chupete de la mamadera. Al acariciar la región perioral, se origina la respuesta de giro de cabeza alterno, concluyendo el reflejo cuando se toma el estímulo. Posterior al primer mes la respuesta ante el estímulo se torna más simple, efectuando un movimiento espontáneo de cabeza

---

<sup>55</sup>Fonoaudióloga. Destaca la importancia del diagnóstico adecuado mediante una correcta evaluación y el conocimiento profundo de las bases anátomo-fisiológicas de los órganos fonoarticulatorios.

<sup>56</sup>Sostiene además que un recién nacido prematuro no ha alcanzado el desarrollo motor suficiente, lo que tendrá implicancias en el tono de la musculatura oral y por ende, en los procesos implicados en la succión.



frente al estímulo. Esto se presenta de esta forma tanto en recién nacidos de término como en prematuros (Adler, Webb, 2010).<sup>57</sup>A través de la capacidad de anticipación del lactante este reflejo es suplantado cerca de los 3 meses por la apertura bucal. Participan en él los pares craneales V, VII, XI y XII (Fernández, 2011).<sup>58</sup>

El reflejo de succión surge en la vida intrauterina, aproximadamente a las veinte semanas de gestación. Este reflejo se fundamenta en un movimiento rítmico y coordinado de la lengua y la boca del lactante, que es desencadenado al ubicar el pezón dentro de ella. El mismo, desaparece a los seis u ocho meses posteriores al nacimiento (Caballero, 1998)<sup>59</sup>. Los pares craneales implicados en éste son V, VII, IX y XII.

El reflejo de deglución aparece previamente al reflejo de succión por lo que en ocasiones es dificultoso separarlos. El acto deglutorio implica la intervención de sistematizaciones musculares de la boca, lengua, paladar y faringe, y depende de la coordinación de un patrón de movimientos. El mismo, es desencadenado por la presencia de un trozo de alimento en la faringe por los pares craneales V, VII, IX, X y XII (Fernández, 2011)<sup>60</sup>. En los primeros meses de vida todas las etapas de la deglución son instintivas; las dos primeras se vuelven voluntarias una vez que el lactante tiene un control superior de la succión. En los recién nacidos se dificulta diferenciar la fase preparatoria de la fase oral debido a que la alimentación de éstos está compuesta por líquidos exclusivamente. Este reflejo se conserva durante toda la vida (Mancilla, 2010)<sup>61</sup>. Los trastornos en la deglución son signos usuales de niños y lactantes que poseen déficits neurológicos, siendo éste el más significativo de los reflejos de la alimentación para comprobar la existencia de un trastorno neurológico.

El reflejo de protrusión lingual es considerado como un fragmento de una reacción del mecanismo succión-deglución. Éste se desencadena al tocar los labios o la lengua y,

---

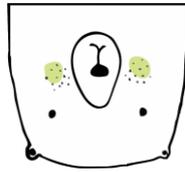
<sup>57</sup>Adler: patólogo del habla y el lenguaje durante 36 años. Ha trabajado en una variedad de configuraciones. Actualmente es profesor de Lenguaje y Ciencias del Oído en la Universidad Estatal de Minnesota, donde también dirige la Clínica de Trastornos de la Voz y supervisa a estudiantes de pregrado y posgrado en la clínica de la escuela. Ha presentado muchos talleres y seminarios en las áreas de comunicación y voz transexual, lesiones cerebrales traumáticas, problemas multiculturales, habilidades para escuchar, comunicación interpersonal y cuestiones de género. Imparte cursos de neuroanatomía, neurología pediátrica y de adultos, investigación, fonética, introducción al lenguaje del habla y ciencias de la audición, y dirige proyectos de investigación y tesis en el departamento. Webb es autora de los libros: Neurología para el logopeda y Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje.

<sup>58</sup>En ocasiones, aparece sin que esté presente el estímulo, cuando el lactante se encuentra hambriento, pues esta actividad generalmente antecede al movimiento real de succión, ayudando en la orientación y aprehensión al pezón o chupete.

<sup>59</sup>La ausencia de éste cuando corresponde o la persistencia después de los 12 meses puede ser un indicador de lesión cerebral.

<sup>60</sup> El reflejo de deglución se encuentra íntimamente relacionado con la succión y la respiración, funcionando en forma integrada y coordinada.

<sup>61</sup>El desarrollo de este reflejo se inicia en la faringe extendiéndose hasta la región anterior de la cavidad oral.



como consecuencia de la acción del par craneal XII, se crea una respuesta de empuje de la lengua entre los labios. Este reflejo desaparece entre los 4 y 6 meses de edad.

Los reflejos protectores son los encargados de proteger las vías aéreas en el momento de la alimentación. Dentro de estos reflejos se encuentra el reflejo de mordida, de arcada y de tos. El reflejo de arcada se muestra desde la 32 y 33 semanas de edad gestacional. Es semejante al reflejo nauseoso con la diferencia de que éste involucra una menor extensión de la musculatura de faringe, laringe y lengua. Este reflejo se conserva durante toda la vida, operando como un mecanismo protector de la vía aérea (Adler, Webb, 2010)<sup>62</sup>. Desde el nacimiento hasta el sexto mes de vida, este reflejo es desencadenado en los pliegues palatinos, para pronto desencadenarse en la región posterior de la lengua, cuando ya está en curso la masticación. Se encargan del mismo, los pares craneales IX y X.

El reflejo de mordida está presente desde el nacimiento. Se desencadena al realizar presión sobre la encía por el V par craneal y desaparece entre los siete y nueve meses, en donde es sustituido por la masticación (Mancilla, 2010).<sup>63</sup>

El reflejo de tos se muestra de forma sólida a las 30 semanas de vida en el 80% de los lactantes, y se mantiene durante toda la vida. Puede ser desencadenado por la activación de los receptores laríngeos, a causa de la presencia de elementos extraños en la vía aérea superior; por la activación de los receptores bronquiales, por una presencia excesiva de secreción bronquial. Este reflejo perdura durante toda la vida. Una tos excesiva y constante durante la alimentación, indica una alteración en la coordinación succión-deglución-respiración (Hernández, 2003).<sup>64</sup>

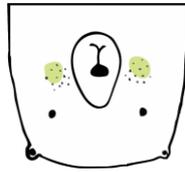
Una de las acciones más arduas del sistema estomatognático del recién nacido es constituir la respiración pulmonar e instaurar la coordinación propicia con la succión y la deglución. La coordinación de estas actividades está codificada genéticamente para preparar el amamantamiento, definiéndose éste como un tríptico funcional coordinado e integral de tres acciones, succión-deglución-respiración. Un acoplamiento adecuado de boca-pecho es imprescindible para la coordinación de este tríptico funcional de manera eficaz.

---

<sup>62</sup>Para proteger la vía aérea de obstrucción y disminuir el riesgo de aspiración en las vías, el cuerpo tiene reflejos vivos que responden por estímulo a los nervios extensivos en las membranas de los tejidos de la tráquea y la orofaringe.

<sup>63</sup>Junto con los reflejos adaptativos garantizan una adecuada alimentación y la protección de las vías aéreas del neonato. En el neonato sano, alrededor el 4º ó 5º mes de vida, esta condición refleja se va tornando hacia un patrón de conducta voluntaria, debido a la maduración del sistema nervioso, crecimiento de las estructuras orofaciales y a la repetición de las experiencias orales en función de la alimentación.

<sup>64</sup> Participante también de los artículos: El neonato de alto riesgo: propuesta de intervención global; Conocimientos esenciales para atender bien el neonato; Actuación fonoaudiológica con el sistema estomatognático y la función de alimentación.

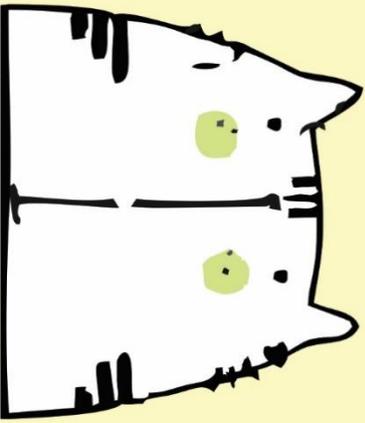
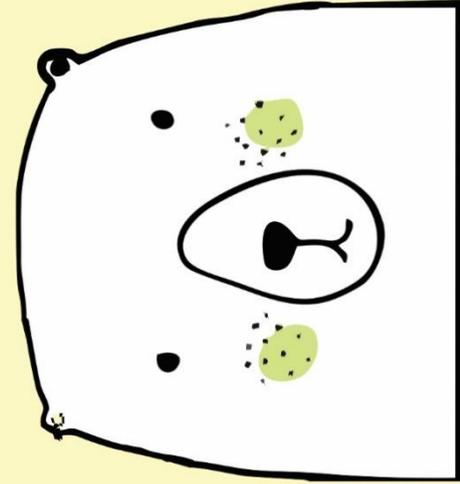
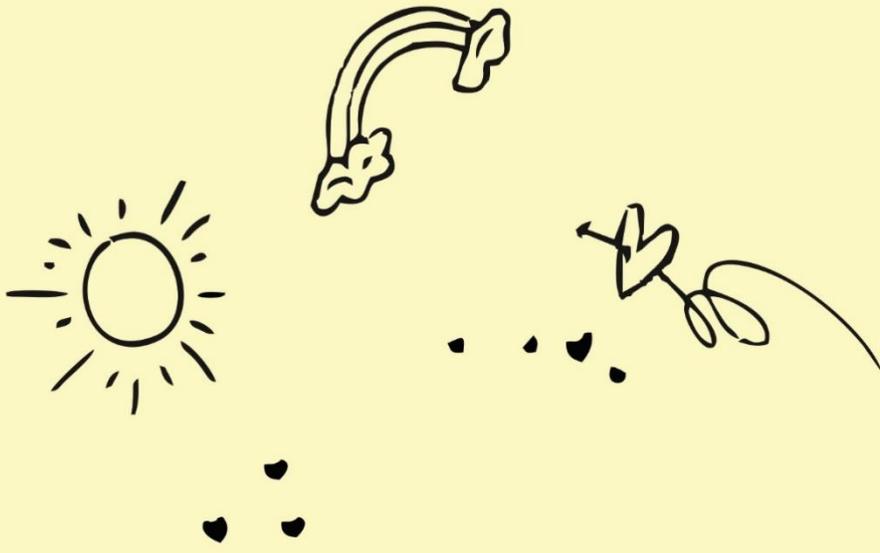


La alimentación en forma oral precisa ser eficiente para preservar la energía derivada de los alimentos y cerciorar el desarrollo del menor, evitar aspiración, y no poner en riesgo el estado respiratorio. La seguridad en la alimentación oral involucra un mínimo riesgo de aspiración. Por este motivo, es fundamental una adecuada coordinación de succión, deglución y respiración, además de vías anatómicas para el aire y los nutrientes. La sincronización normal se realiza en un orden de succión-pausa respiratoria-deglución.

La deglución se realiza en la pausa entre la inspiración y espiración, siempre que la coordinación succión-deglución-respiración sea la apropiada. La respiración es interrumpida en el momento de la alimentación oral; se observa disminución de la ventilación y volumen vital, conjuntamente con un incremento de los episodios de pausa respiratoria. Por esta razón se puede expresar que el recién nacido respira y deglute simultáneamente; la posición superior de la laringe en proporción con el cuello deja que el líquido fluya en sentido lateral hacia la epiglotis, mientras ésta resguarda el pasaje aéreo. Una vez que la madre y el lactante han asumido posiciones apropiadas para efectuar el amamantamiento, es preciso que el lactante acople su boca al pecho materno. Los aspectos a considerar para un buen acoplamiento son: ambos labios plenamente revertidos y adosados en torno a la zona areolar; lengua adelantada posada en la encía y labio inferior, con punta adosada a la zona inferior de la areola. Cuando se produce el sello del acoplamiento, la lengua se conserva en la posición descrita durante todo el transcurso en el que sucede el amamantamiento. Esta posición deja libre la zona retrofaríngea, provocando una coordinación de la deglución-respiración adecuada y sin interferencias (Fernández y cols, 2011).<sup>65</sup>

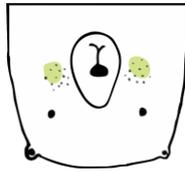
---

<sup>65</sup> Durante los primeros meses de vida todas las etapas de la deglución son reflejas, y más tarde las dos primeras se vuelven voluntarias. Por otro lado, en el neonato el velo palatino toca la epiglotis y el cartílago hioides y la laringe se elevan formando un eficiente sistema de defensa de la vía aérea superior en la etapa faríngea.



# Diseño Metodológico





La investigación se plantea como descriptiva; su objetivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y paciente en cuestión.

Es un tipo de diseño observacional/no experimental. Se va a observar una situación concreta indicando sus rasgos más peculiares sin afectar el comportamiento normal. Se realiza la investigación sin manipular deliberadamente variables; considerando los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Es una investigación transversal debido a que el interés se centra en analizar cuál es el rol del fonoaudiólogo dentro de la UCIN y cuál es la visión del equipo de neonatología sobre el mismo en un momento dado.

### *Población sujeta a estudio*

Profesionales que se encuentran trabajando en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital público de la ciudad de Olavarría.

### *Muestra*

13 profesionales de la salud. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

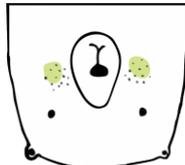
### *Unidad de análisis*

Cada una de las personas que se encuentren trabajando en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital público de la ciudad de Olavarría en mayo de 2018.

Los datos se obtendrán a partir de la realización de entrevistas al equipo interdisciplinario de neonatología del Hospital público de la ciudad de Olavarría en mayo de 2018.

Las variables sujetas a análisis son:

- Áreas de intervención.
- Momento de derivación.
- Percepción del rol fonoaudiológico.
  - o Según el propio profesional.
  - o Según los miembros del equipo.
- Realización de estudios audiológicos.
- Patologías derivadas.
- Frecuencia con la que se requiere al fonoaudiólogo en la UCIN.
- Presencia de trabajo en equipo.



Definición de variables:

### **Áreas de intervención**

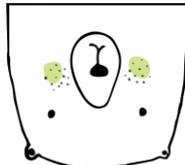
- Definición conceptual: Espacio de acción o ámbito en el que se desarrolla una actividad en las que se requiere de la intervención de un profesional de la salud específico.
- Definición operacional: Espacio de acción o ámbito en el que se desarrolla una actividad en las que se requiere de la intervención de un profesional de la salud específico, considerado desde el rol que ocupa el fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un Hospital público de la ciudad de Olavarría. se realizará a través de entrevistas a los profesionales en cuestión y al equipo dentro de neonatología. Los indicadores son las áreas de deglución, lenguaje y respiración.

### **Momento de derivación**

- Definición conceptual: Tiempo puntual en el que sucede la remisión de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, el cual revisa la historia médica y explora al paciente para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento o rehabilitación.
- Definición operacional: Tiempo puntual en el que sucede la remisión de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, el cual revisa la historia médica y explora al paciente para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento o rehabilitación. El mismo va a ser considerado desde el rol que ocupa el fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un Hospital público de la ciudad de Olavarría. Se realizará a través de entrevistas a los profesionales en cuestión y al equipo dentro de neonatología. Los indicadores son los instantes medidos en días donde los neonatos son derivados al fonoaudiólogo dentro de la unidad.

### **Percepción del rol fonoaudiológico**

- Definición conceptual: Manera en que una persona percibe o comprende la función que el fonoaudiólogo desempeña en un lugar o en una situación.
- Definición operacional: Manera en que una persona percibe o comprende la función que el fonoaudiólogo desempeña en un lugar o en una situación. Esto va a ser considerado desde el rol que ocupa el fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un Hospital público de la ciudad de Olavarría. Se realizará a través de entrevistas a los profesionales en cuestión y al equipo dentro de neonatología. Los indicadores son las percepciones laborales que cada profesional de la salud tenga del labor fonoaudiológico dentro de la unidad.



### **Realización de estudios audiológicos**

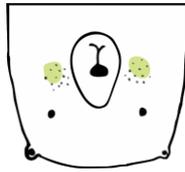
- Definición conceptual: Cumplimiento de la prueba de capacidad auditiva del paciente.
- Definición operacional: Cumplimiento de la prueba de capacidad auditiva del paciente, considerado desde el rol que ocupa el fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un Hospital público de la ciudad de Olavarría. Se realizará a través de entrevistas a los profesionales en cuestión. Los indicadores son la realización protocolar de los estudios auditivos correspondientes o en su ausencia.

### **Patologías derivadas**

- Definición conceptual: Enfermedad física o mental que padece una persona, donde se acude a la remisión de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, el cual revisa la historia médica y explora al paciente para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento o rehabilitación.
- Definición operacional: Enfermedad física o mental que padece una persona, donde se acude a la remisión de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, el cual revisa la historia médica y explora al paciente para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento o rehabilitación. Esto va a ser considerado desde el rol que ocupa el fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un Hospital público de la ciudad de Olavarría. Se realizará a través de entrevistas a los profesionales en cuestión y al equipo dentro de neonatología. Los indicadores son las patologías/síntomas que sean derivados al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad.

### **Frecuencia con la que se requiere fonoaudiólogo dentro de la UCIN**

- Definición conceptual: Número de veces en las que se solicita al fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Definición operacional: Número de veces en las que se solicita al fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, considerado desde el rol que ocupa el fonoaudiólogo dentro de la unidad en un Hospital público de la ciudad de Olavarría. Se realizará a través de entrevistas a los profesionales en cuestión y al equipo dentro de neonatología. Los indicadores son la cantidad de veces que se requiere al fonoaudiólogo en la unidad durante la semana.



### Presencia de trabajo en equipo

- Definición conceptual: Manifestación de la unión de dos o más personas organizadas de una forma determinada, las cuales cooperan para lograr un fin común que es la ejecución de un proyecto.
- Definición operacional: Manifestación de la unión de dos o más personas organizadas de una forma determinada, las cuales cooperan para lograr un fin común que es la ejecución de un proyecto. Esto va a ser considerado desde el rol que ocupa el fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un Hospital público de la ciudad de Olavarría. Se realizará a través de entrevistas a los profesionales en cuestión y al equipo dentro de neonatología. Los indicadores son la presencia del trabajo en equipo o la intervención particular de cada profesional.

Se presentan el Consentimiento Informado y los instrumentos de recolección de datos:

#### Consentimiento informado

El siguiente trabajo de investigación "Rol del fonoaudiólogo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y la visión del equipo de neonatología sobre el mismo" es una investigación que estoy llevando a cabo como trabajo de tesis para obtener el título de Licenciada en Fonoaudiología de la Universidad FASTA; los fines de dicho trabajo son meramente académicos; y se podrán usar en publicaciones avaladas por la comunidad científica y presentada en congreso. Queda resguardada la información aquí detallada, garantizando confidencialidad de la información aquí brindada.

Mi objetivo es recolectar datos sobre rol del fonoaudiólogo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y la visión del equipo de neonatología sobre el mismo en un Hospital público de la ciudad de Olavarría en Mayo de 2018.

La recolección de datos no provocará ningún efecto adverso sobre los participantes ni implicará gasto económico.

Belatinez, Ivonne

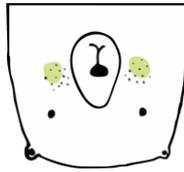
Estudiante de Lic. En Fonoaudiología  
Universidad "FASTA". Facultad de Ciencias Médicas

Yo en mi carácter de profesional de la salud dentro del equipo de la UCIN, habiendo sido informado sobre los objetivos y características del estudio "Rol del fonoaudiólogo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y la visión del equipo de neonatología sobre el mismo" acepto participar de la encuesta.

Si usted contesta esta encuesta significa que ha aceptado las condiciones de la misma.

Firma

Aclaración



### Entrevista fonoaudiólogos

Rol del fonoaudiólogo en la unidad de cuidados intensivos y visión del equipo de neonatología sobre el mismo.

1. ¿Cuál considera usted que es el rol que cumple dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?

---

---

2. ¿Cuáles son las áreas en la que interviene?

---

---

3. ¿Con qué frecuencia semanal se requiere de su intervención en la unidad?

---

---

4. ¿Cuáles son las patologías/casos que le derivan con mayor frecuencia dentro de la unidad?

---

---

5. ¿Se cumple con la primera fase del protocolo de evaluación audiológica dentro de la unidad?

---

---

6. ¿Cuál considera que es la relevancia que los demás miembros del equipo le da a su labor?

---

---

7. ¿Considera que se tiene en cuenta su opinión en la elección de la vía de alimentación de los neonatos?  
¿Por qué?

---

---

8. ¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?

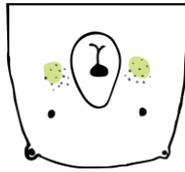
---

---

9. En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?

---

---



### Entrevista equipo de la UCIN

Rol del fonoaudiólogo en la unidad de cuidados intensivos y visión del equipo de neonatología sobre el mismo.

1. ¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?

---

---

2. ¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN? ¿Por qué?

---

---

3. ¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?

---

---

4. ¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?

---

---

5. ¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?

---

---

6. ¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos?  
¿Por qué?

---

---

7. ¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?

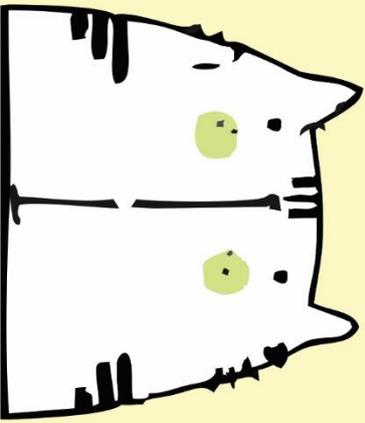
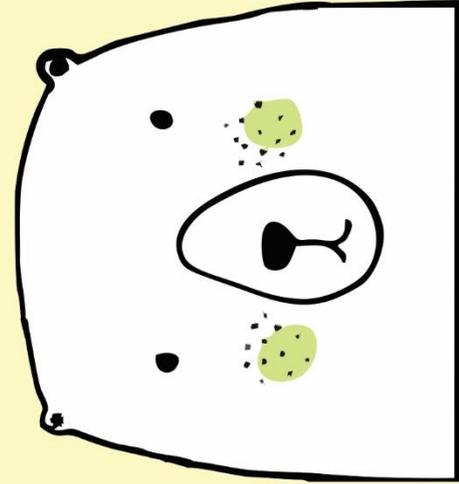
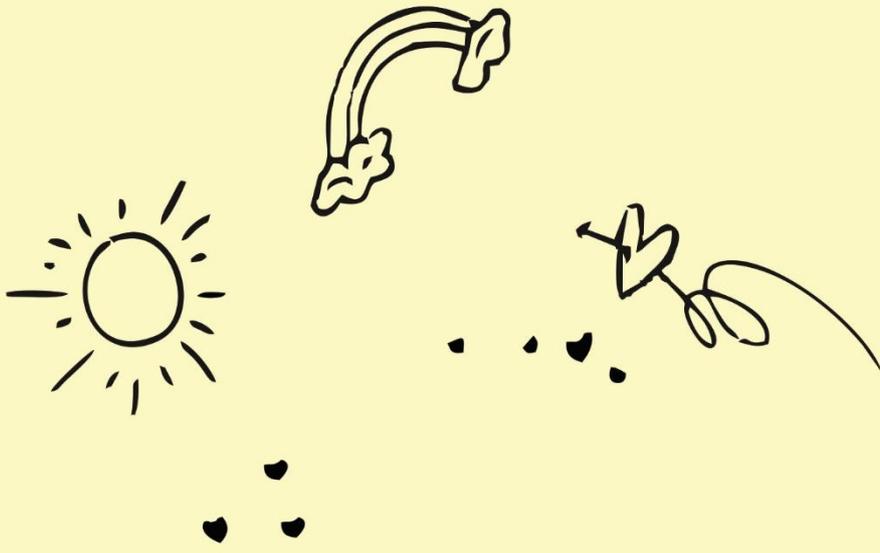
---

---

8. En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?

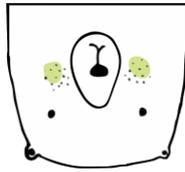
---

---



# Análisis de datos

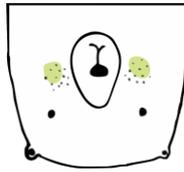




Se detallan las respuestas obtenidas a través del cuestionario de formato abierto aplicado a las fonoaudiólogas y al equipo de salud que se encuentra actualmente trabajando en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

- **Nombre:** E1.
- **Profesión:** Fonoaudióloga.
- **¿Cuál considera usted que es el rol que cumple dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?**  
*Atención de trastornos deglutorios.  
Realización de otoemisiones acústicas.  
Atención de fisurados palatinos.*
- **¿Cuáles son las áreas en las que interviene?**  
*En mi caso en particular, en audición.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de su intervención en la unidad?**  
*Cuando lo requiere el servicio. El resto de los días trabajo con turnos programados.*
- **¿Cuáles son las patologías/casos que le derivan con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Prematuros.*
- **¿Se cumple con la primera fase del protocolo de evaluación audiológica dentro de la unidad?**  
*Sí.*
- **¿Cuál considera que es la relevancia que los demás miembros del equipo le da a su labor?**  
*Consideran mis opiniones con interés.*
- **¿Considera que se tiene en cuenta su opinión en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*No trabajo en esa área.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, porque la atención de cada niño que es particular, se decide con la opinión de todos los miembros del equipo.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Se da en forma natural. Así estamos formados y necesitamos la opinión del otro según su especialidad.*

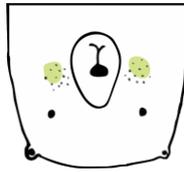
- **Nombre:** E2.
- **Profesión:** Lic. en Fonoaudiología.
- **¿Cuál considera usted que es el rol que cumple dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?**  
*Son convocados para realizar evaluación auditiva y en los casos de trastorno de succión, deglución.*
- **¿Cuáles son las áreas en las que interviene?**  
*Evaluación auditiva a través de OEA.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de su intervención en la unidad?**  
*Si el bebé puede ser trasladado se evalúa en consultorio externo y concurre diariamente o nos solicitan del servicio en los casos que no se pueda manejar.*
- **¿Cuáles son las patologías/casos que le derivan con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Evaluación audiológica (todo bebé en Neo).  
Trastornos deglutorios (fisuras palatinas, retrasos madurativos y trastornos neurológicos).*
- **¿Se cumple con la primera fase del protocolo de evaluación audiológica dentro de la unidad?**  
*Sí.*
- **¿Cuál considera que es la relevancia que los demás miembros del equipo le da a su labor?**  
*Nuestra labor es tenida en cuenta dentro del equipo interdisciplinar y solicitan nuestra opinión en caso que así lo requiera.*
- **¿Considera que se tiene en cuenta su opinión en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, porque se solicita la evaluación y abordaje fonoaudiológico para cambiar la vía de alimentación (de sonda a mamadera).*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, porque se convoca al equipo interdisciplinar y se coordinan los pasos a seguir en cada caso.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Interconsultas, reuniones donde se expone cada caso y los profesionales de las distintas especialidades aportan su opinión y conocimiento.*



- **Nombre:** E3.
- **Profesión:** Fonoaudióloga.
- **¿Cuál considera usted que es el rol que cumple dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?**  
*Abordaje y detección del niño en la evaluación audiológica (según el caso lo requiera) y deglutorio.*
- **¿Cuáles son las áreas en las que interviene?**  
*Evaluación auditiva con otoemisiones acústicas.  
Evaluación deglutoria.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de su intervención en la unidad?**  
*Si el niño está internado concurre diariamente pero si es ambulatorio, se lo controla semanalmente.*
- **¿Cuáles son las patologías/casos que le derivan con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Evaluación auditiva y deglutoria.*
- **¿Se cumple con la primera fase del protocolo de evaluación audiológica dentro de la unidad?**  
*Sí.*
- **¿Cuál considera que es la relevancia que los demás miembros del equipo le da a su labor?**  
*El evocar, comentar y compartir opiniones e ideas acerca de los casos.*
- **¿Considera que se tiene en cuenta su opinión en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, porque siempre soy consultada. Hay una necesidad de abordaje para cotejar y decidir con el equipo los pasos a seguir.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, se deciden los pasos en equipo.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*A través del intercambio de información, comunicación y abordaje interdisciplinario.*

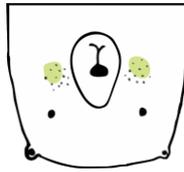
- **Nombre:** E4.
- **Profesión:** Odontopediatra.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*El rol del fonoaudiólogo en la UCIN es fundamental ya que una vez que interviene es necesario el abordaje para el tratamiento de la parte funcional.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Es muy importante.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*Una vez que interviene yo (pacientes fisurados), de manera diaria para ver la evolución del paciente en cuanto a la deglución, etc.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*En pacientes con fisuras labioalveolopalatinas.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Sólo puedo referirme a mi especialidad (fisuras labioalveolopalatinas).*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, de acuerdo a la evaluación del fonoaudiólogo y a la adaptación del paciente a la placa obturatriz se decide en qué momento comenzará la alimentación con mamadera.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, porque es de vital importancia para el paciente ya que depende del trabajo en equipo en qué momento se retira la sonda para comenzar con la alimentación con mamadera y de acuerdo a la evolución del mismo su futura alta del servicio.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Se fomenta mediante interconsulta, reuniones de cada caso para coordinar los pasos a seguir.*

- **Nombre:** E5.
- **Profesión:** Terapeuta Ocupacional.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*Intervención dirigida a evaluar funciones relacionadas con la alimentación.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Vital. Detección precoz, facilitación y orientación en el proceso de alimentación del bebé de riesgo y recién nacido pre-término.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*2 a 3 veces si se instruye a enfermería y a los padres.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*Trastornos de coordinación succión-deglución.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Trastornos deglutorios.  
Fisuras labiopalatinas.  
Síndromes genéticos con alteración de la alimentación.*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, porque es el especialista en la evolución de la alimentación desde el punto de vista madurativo.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí. Se realizan pases de sala acerca de cada paciente y se analizan los criterios de cada especialidad.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Respondido en la anterior.*



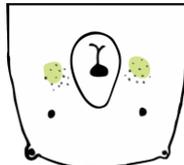
- **Nombre:** E6.
- **Profesión:** Neonatólogo.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*Detectar y tratar trastornos de la respiración-succión-deglución en los neonatos.  
Detección de trastornos auditivos mediante prueba de tamizaje.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Su importancia radica en prevenir complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución y en la prevención del desarrollo de un patrón atípico a largo plazo.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*Depende del número de causas en la unidad y de la patología del momento.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*FLAP.  
Trastornos de succión-deglución.  
Screening auditivo.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Prematuros para evaluar trastornos mencionados.  
FLAP.*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, porque en caso de inmadurez o trastornos antes mencionados deberá retrasar la succión hasta que se adquiriera un patrón maduro.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, porque la interdisciplina es imprescindible sobre todo en prematuros extremos, donde cada profesional aporta su bagaje desde su especialidad.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Congregando a todos los integrantes del equipo de salud al pase de sala para que cada uno vierta su opinión (médicos-psicóloga-TO-enfermera-trabajadora social-fonoaudióloga).*

- **Nombre:** E7.
- **Profesión:** Neonatólogo.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*Detección de problemas auditivos (prueba de tamizaje).  
Detección y tratamiento de trastornos de la respiración y succión-deglución en los recién nacidos pre-término.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Prevenir complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución (tratamiento) y prevenir afecciones a largo plazo.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*Depende el número de pacientes.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*Trastorno succión-deglución.  
Screening auditivo OEA.  
FLAP.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Trastorno succión-deglución-respiración.  
Evaluar audición OEA.  
FLAP*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, porque es necesaria la evaluación de la fono para cambiar la vía de alimentación.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, es fundamental el trabajo en equipo.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*A través del pase de sala.  
Trabajos conjuntos en el servicio con médicos, TO, enfermería, trabajo social, fonoaudiología.*



- **Nombre:** E8.
- **Profesión:** Neonatóloga.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*Su rol radica en detectar y tratar trastornos de la respiración-succión-deglución en los neonatos y en la detección de trastornos auditivos mediante OEAs.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Muy importante, previene complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*Depende del número de casos.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*Trastornos de succión-deglución.  
FLAP.  
Screening auditivo.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Prematuros.  
FLAP.*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, porque en caso de inmadurez debe retrasar la succión hasta que se adquiera un patrón maduro.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, porque es necesario que cada profesional aporte desde su especialidad en todos los casos, especialmente en los casos de prematuros extremos.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Llamando a todos los integrantes del equipo de salud al pase de sala para que cada uno aporte su opinión.*

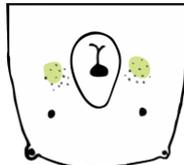
- **Nombre:** E9.
- **Profesión:** Neonatólogo.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*El rol del fonoaudiólogo es detectar problemas auditivos y trastornos de la respiración-succión-deglución en los neonatos para tratarlos.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Su importancia está en prevenir complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución y en el desarrollo de un patrón atípico posteriormente.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*Depende el número de pacientes.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*Trastornos de succión-deglución.  
Screening auditivo.  
FLAP.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*FLAP.  
Prematuros para ser evaluados.*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, porque es el encargado de la evolución de la alimentación cuando hay un patrón inmaduro.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, porque es fundamental sobre todo en casos extremos que cada profesional del equipo aporte desde su punto de vista.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*A través del pase de sala de todos los miembros del equipo (médicos-fonoaudióloga-enfermera-psicóloga-TO-trabajadora social).*



- **Nombre:** E10.
- **Profesión:** Lic. en enfermería.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*El rol es de diagnóstico precoz de deglución (alteraciones) y alteraciones auditivas.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Indispensable. Depende del éxito de la alimentación.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*Cuando hay pacientes que lo requieren, diariamente para evaluar la evolución.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*Control del niño sano.  
Otoemisiones.  
Trastornos deglutorios.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Mala formación palatina.  
Reflujo.*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, para evitar complicaciones como bronco aspiración.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, los diagnósticos de los pacientes son de todos los profesionales de salud, y todos se tienen en cuenta ante el diagnóstico final.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*La comunicación.*

- **Nombre:** E11.
- **Profesión:** Médica Otorrinolaringóloga.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*Detección temprana de hipoacusias y trastornos deglutorios o de succión.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Fundamental en el manejo de la alimentación-succión, prevención de trauma acústico por ruidos en incubadora y detección de hipoacusia por OEA.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*Diariamente según el caso que requiera de su atención.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*Falta de progresión de peso, no succión, incoordinación succión-respiración, malformación congénita craneofaciales.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Fisurados.*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Fundamental.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Se trabaja en equipo, pero depende de la disponibilidad horaria de todos los profesionales y de su voluntad.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Con la comunicación, sino puede ser presencial, que sea por medio de celulares, imágenes y videos enviados entre los diferentes profesionales.*

- **Nombre:** E12.
- **Profesión:** Especialista en estimulación Temprana.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*Muy importante, al igual que todos los profesionales que trabajan en dicho lugar.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Desde mi rol de estimuladora, lo considero sumamente importante al ser determinante en el vínculo de apego, siendo la alimentación el medio que lo facilita.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*La frecuencia depende de los bebés internados y sus características.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*Por lo observado, durante mi labor, cuando presentan trastornos de succión y deglución. También en forma "urgente" en niños nacidos con labio leporino.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Considero que respondí junto a la pregunta anterior.*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, por las miradas distintas (neonatólogos, fonoaudiólogos) posibilitan la mejor decisión a tomar.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Sí, porque al solicitarse (por parte de los neonatólogos), la intervención de diferentes profesionales, todos con suma responsabilidad aportan para la atención integral del mismo.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Como estimuladora, concurreo dos veces a la semana, pertenezco a una institución CORIM y siento la pertenencia al servicio al ser convocada a participar, considerando mi aporte y respondiendo afirmativamente a las sugerencias y estrategias brindadas.*



- **Nombre:** E13.
- **Profesión:** Lic. en Enfermería.
- **¿Cuál considera usted que es el rol del fonoaudiólogo en la UCIN?**  
*Detección temprana de diferentes patologías.*
- **¿Qué tan importante considera la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN?**  
*Es importante la labor del fonoaudiólogo para prevención de succión del bebé y ruidos en su entorno, etc.*
- **¿Con qué frecuencia semanal se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad?**  
*Según la demanda de los pacientes.*
- **¿Cuáles son las áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo?**  
*Mala succión, malformación congénita facial, etc.*
- **¿Cuáles son los casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad?**  
*Deglución, ruidos, etc.*
- **¿Considera la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos? ¿Por qué?**  
*Sí, se considera para que no sea traumática.*
- **¿Considera que se trabaja en equipo dentro de la unidad? ¿Por qué?**  
*Es fundamental trabajar en equipo para una atención integral del paciente.*
- **En caso de ser afirmativa, ¿cómo fomentan sus colegas el trabajo en equipo en su servicio?**  
*Comunicación interdisciplinaria sea presencial, telefónica, etc.*

A continuación se detalla el análisis de las respuestas obtenidas a través del cuestionario de formato abierto aplicado a las fonoaudiólogas y al equipo de salud que se encuentra actualmente trabajando en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

## Fonoaudiólogas

Tabla N°1: Rol que cumple dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

E1: Atención de trastornos deglutorios. Realización de otoemisiones acústicas. Atención de fisurados palatinos.
E2: Son convocados para realizar evaluación auditiva y en los casos de trastorno de succión, deglución.
E3: Abordaje y detección del niño en la evaluación audiológica (según el caso lo requiera) y deglutorio.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

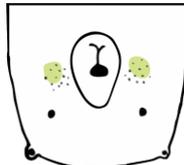
El papel del fonoaudiólogo dentro de la unidad es estimular y asegurar una succión-deglución apropiada, favorecer la alimentación oral, acompañar a las familias en el proceso de interacción padre/madre-neonato que va a tener impacto en el desarrollo presente y futuro del bebé y detectar posibles alteraciones auditivas.

De esta forma, los fonoaudiólogos dentro de neonatología deberán efectuar la prueba de tamizaje auditiva, la evaluación e intervención de la comunicación en el contexto de desarrollo, la asistencia y servicio centrado en la familia, la intervención en la alimentación y la deglución, incluyendo evaluación de las habilidades de pre-alimentación, y promoción de la lactancia materna.

Las fonoaudiólogas entrevistadas manifestaron tener absoluto conocimiento de su labor dentro de la unidad.

Tabla N°2: Áreas en las que interviene.

E1: En mi caso en particular, en audición.
E2: Evaluación auditiva a través de OEA.



---

E3: Evaluación auditiva con otoemisiones acústicas. Evaluación deglutoria.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

La fonoaudiología dentro de la unidad es la especialidad que se dedica al diagnóstico y tratamiento de los trastornos asociados a las áreas de audición, deglución, lenguaje y comunicación. Manifestaron que su labor reside mayormente en el área de audición. Sólo una de ellas indicó ser la encargada del área de deglución favoreciendo también, el vínculo de apego entre la díada madre-bebé, trabajando sobre el área de comunicación.

Tabla N°3: Frecuencia semanal con la que se requiere de su intervención en la unidad.

---

E1: Cuando lo requiere el servicio. El resto de los días trabajo con turnos programados.

---

E2: Si el bebé puede ser trasladado se evalúa en consultorio externo y concurre diariamente o nos solicitan del servicio en los casos que no se pueda manejar.

---

E3: Si el niño está internado concurre diariamente pero si es ambulatorio, se lo controla semanalmente.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Su frecuencia de intervención dentro de la unidad va a depender del número de casos/pacientes que haya en ese momento en la unidad. Los casos que derivan con mayor frecuencia son prematuros, que si bien no es una patología en sí misma, trae asociado trastornos en la deglución.

Del mismo modo, son convocadas a la unidad para realizar la evaluación audiológica a todo bebé que nace y se vuelve a controlar a los que entran dentro del Protocolo de Alto Riesgo (bajo peso, prematuros, hiperbilirrubinemia, citomegalovirus, asfixia, etc.).

Tabla N°4: Patologías/casos que le derivan con mayor frecuencia dentro de la unidad.

---

E1: Prematuros.

---

E2: Evaluación audiológica (todo bebé en Neo). Trastornos deglutorios (fisuras palatinas, retrasos madurativos y trastornos neurológicos).

---

E3: Evaluación auditiva y deglutoria.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Tabla N°5: Cumplimiento o no de la primera fase del protocolo de evaluación audiológica dentro de la unidad.

---

E1: Sí.

---

E2: Sí.

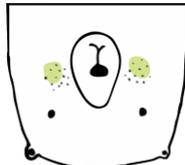
---

E3: Sí.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

En cuanto al cumplimiento del protocolo de evaluación audiológica, la totalidad de las fonoaudiólogas entrevistadas manifestaron el acatamiento del mismo. El testeo auditivo



universal forma parte del Programa de Pesquisa Neonatal del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El mismo, establece que todo recién nacido debe ser evaluado auditivamente. Se ha explicitado en la reglamentación vigente el testeo por otoemisiones (OEA) -primer nivel- y por potenciales auditivos (PEA) -segundo nivel-.

En la evaluación objetiva de la audición, a través de PEA, se determina la maduración de la vía auditiva y los umbrales auditivos de cada recién nacido. Este estudio se realiza a todos los bebés que presenten algún factor de riesgo auditivo (malformación craneofacial, TORCHS, hiperbilirrubinemia, síndromes genéticos, etc.) y a aquellos cuya evaluación fonoaudiológica (OEA) no fue satisfactoria.

Tabla N°6: Relevancia que los demás miembros del equipo le da a su labor.

---

E1: Consideran mis opiniones con interés.
E2: Nuestra labor es tenida en cuenta dentro del equipo interdisciplinar y solicitan nuestra opinión en caso que así lo requiera.
E3: El evocar, comentar y compartir opiniones e ideas acerca de los casos.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

La relevancia que le dan los demás miembros del equipo a la labor fonoaudiológica dentro de la unidad es muy importante. Las fonoaudiólogas entrevistadas manifestaron que los otros profesionales solicitan y consideran sus opiniones e ideas acerca de los casos.

Con respecto a su opinión en la elección de la vía de alimentación, ésta resulta fundamental para la decisión y el cambio de la vía de alimentación de los neonatos –de sonda a mamadera-.De esta forma, se hizo referencia a que no se saca la sonda a los neonatos hasta que la fonoaudióloga manifieste que el mismo posee una succión eficaz.

Tabla N°7: Consideración de su opinión en la elección de la vía de alimentación de los neonatos.

---

E1: No trabajo en esa área.
E2: Sí, porque se solicita la evaluación y abordaje fonoaudiológico para cambiar la vía de alimentación (de sonda a mamadera).
E3: Sí, porque siempre soy consultada. Hay una necesidad de abordaje para cotejar y decidir con el equipo los pasos a seguir.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

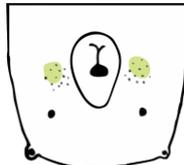
Tabla N°8: Presencia de trabajo en equipo dentro de la unidad.

---

E1: Sí, porque la atención de cada niño que es particular, se decide con la opinión de todos los miembros del equipo.
E2: Sí, porque se convoca al equipo interdisciplinar y se coordinan los pasos a seguir en cada caso.
E3: Sí, se deciden los pasos en equipo.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.



Las fonoaudiólogas entrevistadas, dieron a conocer la existencia del trabajo en equipo dentro de la unidad. Es un trabajo conjunto que se da en forma natural, se necesita la opinión de cada especialista para decidir los pasos a seguir en cada paciente. El mismo se realiza a través de interconsultas, reuniones e intercambios de información.

Tabla N°9: Fomentación del trabajo en equipo de los colegas en su servicio.

---

E1: Se da en forma natural. Así estamos formados y necesitamos la opinión del otro según su especialidad.

---

E2: Interconsultas, reuniones donde se expone cada caso y los profesionales de las distintas especialidades aportan su opinión y conocimiento.

---

E3: A través del intercambio de información, comunicación y abordaje interdisciplinario.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

### Equipo de salud.

Tabla N°10: Rol del fonoaudiólogo en la UCIN según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos.

---

E4: El rol del fonoaudiólogo en la UCIN es fundamental ya que una vez que interviene es necesario el abordaje para el tratamiento de la parte funcional.

---

E5: Intervención dirigida a evaluar funciones relacionadas con la alimentación.

---

E6: Detectar y tratar trastornos de la respiración-succión-deglución en los neonatos. Detección de trastornos auditivos mediante prueba de tamizaje.

---

E7: Detección de problemas auditivos (prueba de tamizaje). Detección y tratamiento de trastornos de la respiración y succión-deglución en los recién nacidos pre-término.

---

E8: Su rol radica en detectar y tratar trastornos de la respiración-succión-deglución en los neonatos y en la detección de trastornos auditivos mediante OEAs.

---

E9: El rol del fonoaudiólogo es detectar problemas auditivos y trastornos de la respiración-succión-deglución en los neonatos para tratarlos.

---

E10: El rol es de diagnóstico precoz de deglución (alteraciones) y alteraciones auditivas.

---

E11: Detección temprana de hipoacusias y trastornos deglutorios o de succión.

---

E12: Muy importante, al igual que todos los profesionales que trabajan en dicho lugar.

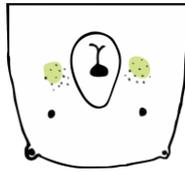
---

E13: Detección temprana de diferentes patologías.

---

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Según el resto de los miembros del equipo de salud, el rol del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos radica en la detección e intervención temprana de trastornos asociados a la audición, deglución y comunicación. De esta forma, las labores más importantes del fonoaudiólogo en el servicio son la prueba de tamizaje mediante el screening auditivo; la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos en la alimentación; y la estimulación de la comunicación y el lenguaje desde edades tempranas. Se considera que los entrevistados manejan dichos conceptos y manifiestan conocer el rol del fonoaudiólogo dentro del servicio, que coincide con lo señalado por las fonoaudiólogas.



Las respuestas en su mayoría son similares, demostrando mayor conocimiento en trastornos de deglución y pruebas de tamizaje auditivo, no así en la comunicación y el apego que genera la alimentación en la diada madre-bebé.

Nube de palabras N°1: Rol del fonoaudiólogo en la UCIN según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos, n:13.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°12: Importancia de la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN, según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos.

E4: Es muy importante.

E5: Vital. Detección precoz, facilitación y orientación en el proceso de alimentación del bebé de riesgo y recién nacido pre-término.

E6: Su importancia radica en prevenir complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución y en la prevención del desarrollo de un patrón atípico a largo plazo.

E7: Prevenir complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución (tratamiento) y prevenir afecciones a largo plazo.

E8: Muy importante, previene complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución.

E9: Su importancia está en prevenir complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución y en el desarrollo de un patrón atípico posteriormente.

E10: Indispensable. Depende del éxito de la alimentación.

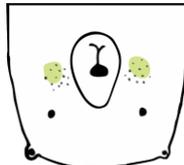
E11: Fundamental en el manejo de la alimentación-succión, prevención de trauma acústico por ruidos en incubadora y detección de hipoacusia por OEA.

E12: Desde mi rol de estimuladora, lo considero sumamente importante al ser determinante en el vínculo de apego, siendo la alimentación el medio que lo facilita.

E13: Es importante la labor del fonoaudiólogo para prevención de succión del bebé y ruidos en su entorno, etc.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

La presencia del fonoaudiólogo dentro del equipo de la UCIN es vital para alcanzar una alimentación por vía oral, segura y eficiente, que cumpla con los requerimientos alimenticios del neonato, al mismo tiempo que promueva la lactancia materna, debido a que más allá de los beneficios nutricionales y de apego que genera, es la forma de alimentación más natural para la constitución de las estructuras que más tarde estarán involucradas en el



habla. Además, es el encargado de la detección de trastornos deglutorios o auditivos en caso de que los haya, brindando una detección e intervención temprana.

Las respuestas manifiestan mayor conocimiento en la prevención de complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución. Asimismo se nombran también las funciones de detección de hipoacusia mediante OEA y vínculo de apego mediante la alimentación.

Nube de palabras N°2: Importancia de la labor del fonoaudiólogo dentro de la UCIN según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos, n:13.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°13: Frecuencia semanal con la que se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad, según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos.

E4: Una vez que intervine yo (pacientes fisurados), de manera diaria para ver la evolución del paciente en cuanto a la deglución, etc.

E5: 2 a 3 veces si se instruye a enfermería y a los padres.

E6: Depende del número de causas en la unidad y de la patología del momento.

E7: Depende el número de pacientes.

E8: Depende del número de casos.

E9: Depende el número de pacientes.

E10: Cuando hay pacientes que lo requieren, diariamente para evaluar la evolución.

E11: Diariamente según el caso que requiera de su atención.

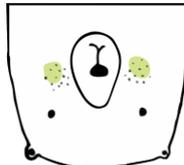
E12: La frecuencia depende de los bebés internados y sus características.

E13: Según la demanda de los pacientes.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

En cuanto a la frecuencia semanal, se ve evidenciado en las entrevistas que en casos de pacientes de alto riesgo se recurre a las fonoaudiólogas diariamente para la estimulación adecuada. En caso de bebés prematuros, 2 a 3 veces por semana, instruyendo al personal de enfermería y a los padres.

También indican que la frecuencia va a depender del número de casos de neonatos que requieran de la intervención del fonoaudiólogo dentro de la unidad.



Nube de palabras N°3: Frecuencia semanal con la que se requiere de la intervención del fonoaudiólogo en la unidad según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos, n:13.



Fuente: Elaboración propia.

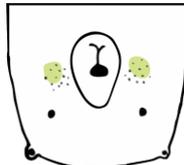
Tabla N°14: Áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo, según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos.

E4: En pacientes con fisuras labioalveolopalatinas.
E5: Trastornos de coordinación succión-deglución.
E6: FLAP. Trastornos de succión-deglución. Screening auditivo.
E7: Trastorno succión-deglución. Screening auditivo OEA.FLAP.
E8: Trastornos de succión-deglución. FLAP. Screening auditivo.
E9: Trastornos de succión-deglución. Screening auditivo. FLAP.
E10: Control del niño sano. Otoemisiones. Trastornos deglutorios.
E11: Falta de progresión de peso, no succión, incoordinación succión-respiración, malformación congénita craneofaciales.
E12: Por lo observado, durante mi labor, cuando presentan trastornos de succión y deglución. También en forma "urgente" en niños nacidos con labio leporino.
E13: Mala succión, malformación congénita facial, etc.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Tanto las fonoaudiólogas dentro de la unidad como el personal del equipo de salud dentro de la UCIN, coinciden en que se deriva al fonoaudiólogo en las áreas de audición, succión-deglución y fisuras labioalveolopalatinas.

También se manifestó la derivación en casos de control del niño sano, falta de progresión de peso, incoordinación succión-respiración y malformaciones congénitas craneofaciales.



Nube de palabras N°4: Áreas/síntomas en los que se deriva al fonoaudiólogo según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos, n:13.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°15: Casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad, según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos.

E4: Sólo puedo referirme a mi especialidad (fisuras labioalveolopalatinas).

E5: Trastornos deglutorios.

E6: Prematuros para evaluar trastornos mencionados. FLAP.

E7: Trastorno succión-deglución-respiración. Evaluar audición OEA.FLAP.

E8: Prematuros. FLAP.

E9: FLAP. Prematuros para ser evaluados.

E10: Mala formación palatina. Reflujo.

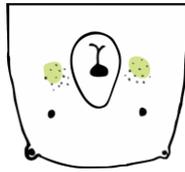
E11: Fisurados.

E12: Considero que respondí junto a la pregunta anterior.

E13: Deglución, ruidos, etc.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Los casos/patologías que se derivan con mayor frecuencia al fonoaudiólogo dentro de la unidad son trastornos deglutorios, prematuros, screening auditivo, trastornos de succión-deglución-respiración y fisuras labioalveolopalatinas. Del mismo modo, se hace referencia a la derivación en casos de reflujo gastroesofágico.



Nube de palabras N°5: Casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos, n:13.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°16: Consideración de la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos.

E4: Sí, de acuerdo a la evaluación del fonoaudiólogo y a la adaptación del paciente a la placa obturatriz se decide en qué momento comenzará la alimentación con mamadera.

E5: Sí, porque es el especialista en la evolución de la alimentación desde el punto de vista madurativo.

E6: Sí, porque en caso de inmadurez o trastornos antes mencionados deberá retrasar la succión hasta que se adquiera un patrón maduro.

E7: Sí, porque es necesaria la evaluación de la fono para cambiar la vía de alimentación.

E8: Sí, porque en caso de inmadurez debe retrasar la succión hasta que se adquiera un patrón maduro.

E9: Sí, porque es el encargado de la evolución de la alimentación cuando hay un patrón inmaduro.

E10: Sí, para evitar complicaciones como bronco aspiración.

E11: Fundamental.

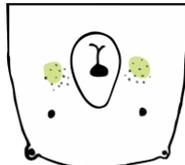
E12: Sí, por las miradas distintas (neonatólogos, fonoaudiólogos) posibilitan la mejor decisión a tomar.

E13: Sí, se considera para que no sea traumática.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

Con respecto a la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos, la totalidad de los entrevistados manifestaron que era fundamental para la decisión final. Se evidencio que existe la necesidad de abordaje multidisciplinar para cotejar y decidir con el equipo los pasos a seguir.

Dentro de este equipo, el fonoaudiólogo es especialista en la evolución de la alimentación desde el punto de vista madurativo, fundamental para evitar complicaciones como bronco aspiración. De esta forma, se hizo referencia a que no se saca la sonda a los neonatos hasta que la fonoaudióloga manifieste que el mismo posee una succión eficaz.



Nube de palabras N°6: Consideración de la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos, n:13.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°17: Presencia de trabajo en equipo dentro de la unidad, según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos.

E4: Sí, porque es de vital importancia para el paciente ya que depende del trabajo en equipo en qué momento se retira la sonda para comenzar con la alimentación con mamadera y de acuerdo a la evolución del mismo su futura alta del servicio.

E5: Sí. Se realizan pases de sala acerca de cada paciente y se analizan los criterios de cada especialidad.

E6: Sí, porque la interdisciplina es imprescindible sobre todo en prematuros extremos, donde cada profesional aporta su bagaje desde su especialidad.

E7: Sí, es fundamental el trabajo en equipo.

E8: Sí, porque es necesario que cada profesional aporte desde su especialidad en todos los casos, especialmente en los casos de prematuros extremos.

E9: Sí, porque es fundamental sobre todo en casos extremos que cada profesional del equipo aporte desde su punto de vista.

E10: Sí, los diagnósticos de los pacientes son de todos los profesionales de salud, y todos se tienen en cuenta ante el diagnóstico final.

E11: Se trabaja en equipo, pero depende de la disponibilidad horaria de todos los profesionales y de su voluntad.

E12: Sí, porque al solicitarse (por parte de los neonatólogos), la intervención de diferentes profesionales, todos con suma responsabilidad aportan para la atención integral del mismo.

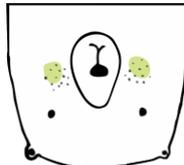
E13: Es fundamental trabajar en equipo para una atención integral del paciente.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

La prestación de cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal debe planificarse y llevarse a cabo contando con un equipo multidisciplinar.

Con respecto a esto, todos los entrevistados manifestaron su existencia. En cada caso clínico, se convoca al equipo interdisciplinar y se coordinan los pasos a seguir, se analizan los criterios de cada especialidad.

No obstante, también hubo manifiesto de que si bien se trabaja en equipo, a veces depende de la disponibilidad horaria de todos los profesionales y de su voluntad.



Nube de palabras N°7: Presencia de trabajo en equipo dentro de la unidad según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos, n:13.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°18: Fomentación del trabajo en equipo de los colegas en su servicio según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos.

E4: Se fomenta mediante interconsulta, reuniones de cada caso para coordinar los pasos a seguir.

E5: Respondido en la anterior.

E6: Congregando a todos los integrantes del equipo de salud al pase de sala para que cada uno vierta su opinión (médicos-psicóloga-TO-enfermera-trabajadora social-fonoaudióloga).

E7: A través del pase de sala. Trabajos conjuntos en el servicio con médicos, TO, enfermería, trabajo social, fonoaudiología.

E8: Llamando a todos los integrantes del equipo de salud al pase de sala para que cada uno aporte su opinión.

E9: A través del pase de sala de todos los miembros del equipo (médicos-fonoaudióloga-enfermera-psicóloga-TO-trabajadora social).

E10: La comunicación.

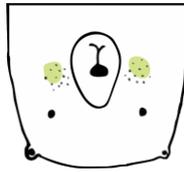
E11: Con la comunicación, sino puede ser presencial, que sea por medio de celulares, imágenes y videos enviados entre los diferentes profesionales.

E12: Como estimuladora, concurro dos veces a la semana, pertenezco a una institución CORIM y siento la pertenencia al servicio al ser convocada a participar, considerando mi aporte y respondiendo afirmativamente a las sugerencias y estrategias brindadas.

E13: Comunicación interdisciplinaria sea presencial, telefónica, etc.

Fuente: Elaboración a través de datos obtenidos en la investigación.

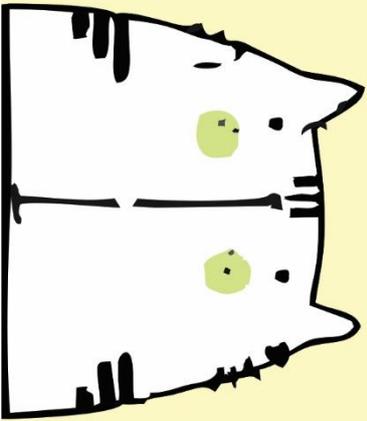
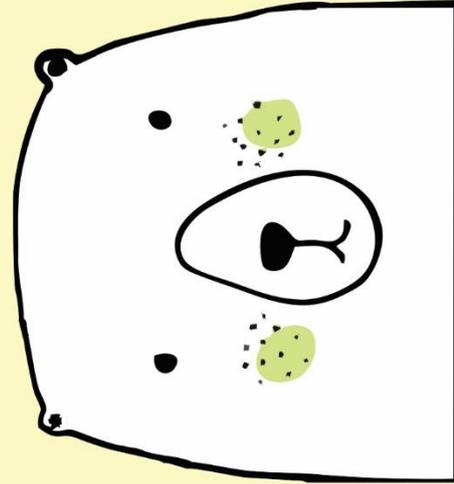
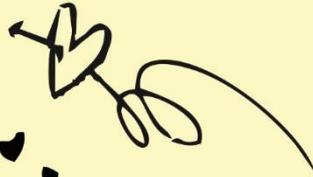
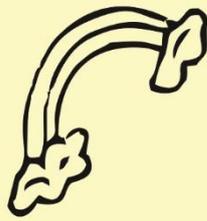
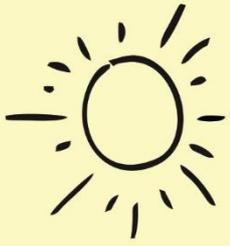
El trabajo en equipo dentro de la unidad se fomenta a través de la comunicación, la interconsulta, reuniones, el pase de sala, el intercambio de información en forma presencial, por teléfono, imágenes o videos enviados entre los diferentes profesionales. Se consideran los aportes y conocimientos de cada especialidad y se responde afirmativamente a las sugerencias y estrategias brindadas por los colegas.



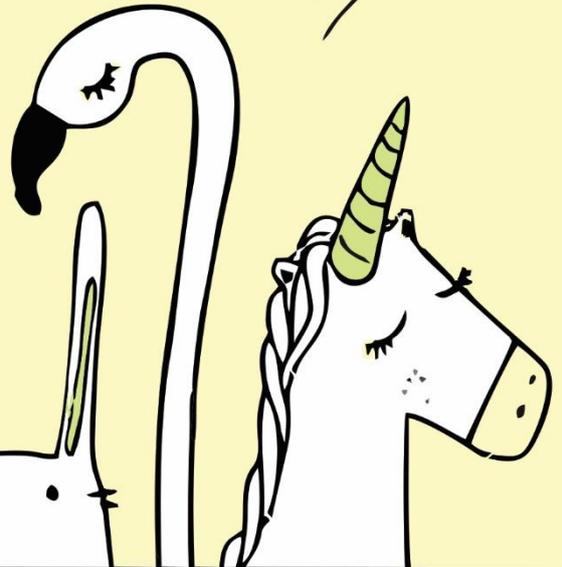
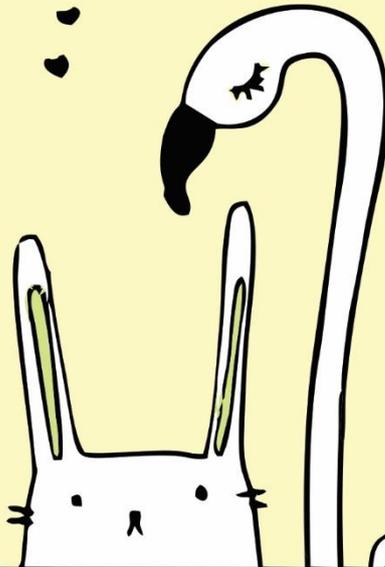
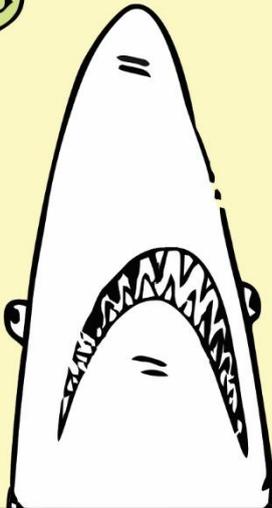
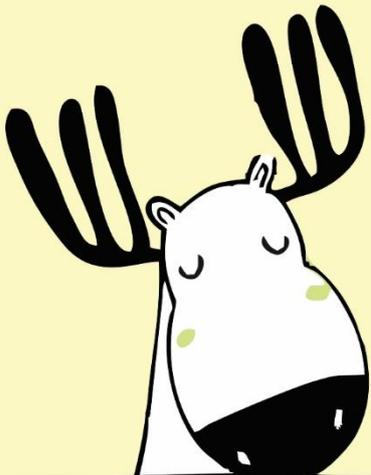
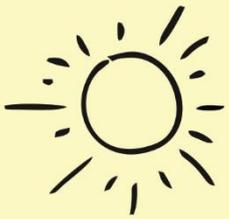
Nube de palabras N°8: Fomentación del trabajo en equipo de los colegas en su servicio según los profesionales de la salud no fonoaudiólogos, n:13.

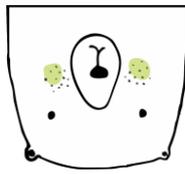


Fuente: Elaboración propia.



# Conclusiones





A partir de la siguiente investigación sobre el rol del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y la visión del equipo de neonatología sobre el mismo, queda expuesto que tanto las fonoaudiólogas dentro de la unidad como los profesionales de salud dentro de la misma, tienen una clara percepción de su labor.

Según el análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas, se observa que el rol del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos radica en la detección e intervención temprana de trastornos asociados a la audición, deglución y comunicación. Sus labores primordiales son la prueba de tamizaje mediante el screening auditivo; la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos en la alimentación; y la estimulación de la comunicación y el lenguaje desde edades tempranas. Se considera que los entrevistados manejan dichos conceptos y manifiestan conocer el rol del fonoaudiólogo dentro del servicio.

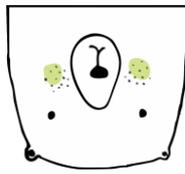
Con respecto a la importancia del fonoaudiólogo dentro del equipo, es vital para alcanzar una alimentación por vía oral, segura y eficiente, que cumpla con los requerimientos alimenticios del neonato, al mismo tiempo que promueva la lactancia materna. De la misma forma, cumple un rol fundamental para la detección temprana de trastornos deglutorios y auditivos, brindando una intervención prematura. Las respuestas revelan mayor conocimiento en la prevención de complicaciones asociadas a la incoordinación succión-deglución. Asimismo se nombran las funciones de detección de hipoacusia mediante OEA y vínculo de apego mediante la alimentación.

Al momento de consultarles a las fonoaudiólogas que son parte del equipo de Neonatología por el cumplimiento o no de la primera fase del protocolo de evaluación audiológica dentro de la unidad, la totalidad de ellas afirmaron que ésta se cumple.

En cuanto a la frecuencia semanal, se ve reflejado en las entrevistas que en casos de pacientes de alto riesgo se recurre a la unidad diariamente para la estimulación adecuada. En caso de bebés prematuros, 2 a 3 veces por semana, instruyendo al personal de enfermería y a los padres. La frecuencia con la que se presente el fonoaudiólogo dentro del servicio va a depender principalmente del número de casos de neonatos que requieran de su intervención dentro de la unidad.

Las áreas derivadas al fonoaudiólogo dentro de la unidad son las de audición, succión-deglución y fisuras labioalveolopalatinas. También se hace hincapié en las entrevistas en la derivación en casos de control del niño sano, falta de progresión de peso, incoordinación succión-respiración y malformaciones congénitas craneofaciales.

Asimismo, los casos/patologías que se derivan con mayor frecuencia son trastornos deglutorios, prematuros, screening auditivo y fisuras labioalveolopalatinas. Se hace referencia también, a la derivación en casos de reflujo.



En relación a la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos, la totalidad de los entrevistados revelaron que es tomada en cuenta para la decisión final. Hay una necesidad de abordaje multidisciplinar para equiparar y resolver con el equipo los pasos a seguir. Se evidenció que no se saca la sonda a los neonatos hasta que la fonoaudióloga manifieste que el mismo posee una succión eficaz.

Con respecto a la presencia del trabajo en equipo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, todos los entrevistados manifestaron su existencia. En cada caso clínico, se consideran los criterios de cada especialidad.

Si bien todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que se trabaja en equipo, uno de los profesionales, manifestó que a veces depende de la disponibilidad horaria de todos los profesionales y de su voluntad.

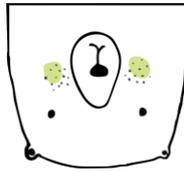
Cuando se les solicitó que describieran cómo se fomenta el trabajo en equipo dentro de la unidad, manifestaron que se realiza a través de la comunicación, la interconsulta, reuniones, el pase de sala, el intercambio de información en forma presencial, por teléfono, imágenes o videos enviados entre los diferentes profesionales. Se consideran los aportes y conocimientos de cada especialidad y se responde afirmativamente a las sugerencias y estrategias brindadas por los colegas.

En base a los datos obtenidos en este trabajo, surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

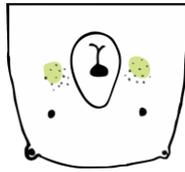
- ¿Qué grado de conocimiento tienen los padres de los neonatos de la labor fonoaudiológica dentro de la unidad?
- ¿Qué grado de aporte tiene el fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación de los neonatos?
- ¿Qué beneficios brinda la intervención fonoaudiológica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?
- ¿Qué nivel de conocimiento poseen los profesionales de Salud del equipo de Neonatología sobre la labor fonoaudiológica dentro de la unidad?



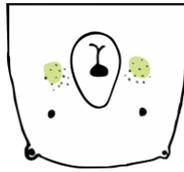
# Bibliografia



- Adler, W. (2010). *Neurología para el logopeda*. Masson.
- Arredondo, S. (2005). *La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Medellín .
- Ayala, P. (2015). Realidad laboral del Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Signos fónicos*, 44-56.
- Chavarri, N. (2017). Descripción de la volición de las madres de niños prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.*, 133-147.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, M. d. (2015). Nutrición del niño prematuro. Recomendaciones para las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.
- Fernández. (2011). Funciones orofaciales en el neonato. En P. Villanueva, *Motricidad Orofacial: Fundamentos anatomofisiológicos y evolutivos para la evaluación clínica*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Fernandez, B. D. (2010). *Evaluación de los reflejos orofaciales, succión nutritiva y succión no nutritiva en lactantes prematuros y de término, de 3 y 6 meses de edad*.
- Fernández, M. (2016). *Intervenciones enfermeras para el manejo del estrés en padres de niños prematuros en UCIN*.
- Figuroa-Ibarra, C. (2016). Calidad de la Comunicación del Personal de Enfermería en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil del Sonora . *Bol Clin Hosp Infant Edo* , 14-18.
- Gallegos-Martinez, R.-H. S.-S. (2010). La Unidad Neonatal y la participación de lo padres en el cuidado del prematuro. *Perinat Reprod Hum.*, 98-108.
- García, G. (2015). *Estrategias de estimulación oromotora empleadas por las madres y/o cuidadores de bebés prematuros de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de un Hospital del Suroccidente colombiano*. Colombia.
- González, M. (2011). El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enfermería intensiva* , 13-21.
- Hernández. (2003). El neonato de alto riesgo: propuesta de intervención global; Conocimientos esenciales para atender bien al neonato. . *Actuación fonoaudiológica con el sistema estomatognático y la función de alimentación.* , 15-23.



- Higuera, A. (2013). Percepción de la labor del fonoaudiólogo en instituciones de la ciudad de Popayán. *Areté*, 29-53.
- Jacintha. (2002). Estimulación de la succión para el recién nacido de alto riesgo. . En J. P. Queiroz, *Fundamentos de Fonoaudiología de Juan Pablo Queiroz | D. Marchessan*.
- Klaus-Fanaroff. (2003). *El cuidado del neonato de Alto Riesgo*. MCGRAW-HILL / Interamericana de México.
- La Orden, S. C. (2012). *Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz*. *Nutrición Hospitalaria*.
- Lizzi, E. (2014). *Atención temprana. Una perspectiva fonoaudiológica*. . Rosario: AKADIA.
- Newman, K. P. (2001). Swallowing function and medical diagnoses in infants suspected of dysphagia. . *Pediatrics*.
- Olivera, A. (2013). *El trabajo en equipo desde la percepción del profesional de salud, servicio de neonatología - Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo*. Chiclayo.
- OPS/OMS. (2014). *Guía para el manejo integral del recién nacido grave*. Guatemala.
- Pediatría, A. E. (2004). Recomendaciones en reanimación neonatal. *An Pediatr.*, 65-74.
- Quiroga. (2016). Revisando técnicas: Drenaje pleural. *Revista de Enfermería*, 15-20.
- Quiroga, C. (2016). VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. *Prácticas preprofesionales en una maternidad de San Luis. Una propuesta de trabajo*. . Buenos Aires, Argentina.
- Rendón, S. (2011). *Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes*. . México.: Boletín médico del Hospital Infantil.
- Riaño, J. (2017). *Práctica Fonoaudiológica en Unidades de Cuidado Crítico en Bogotá y Cundinamarca*. . Corporación Universitaria Iberoamericana .
- Rodríguez&, c. (2016). *Manual de Procedimientos de Enfermería en las Unidades Neonatales* . Bogotá.
- Salud, M. d. (2014). Programa Nacional de fortalecimiento de la detección precoz de enfermedades congénitas. Pesquisa Neonatal Auditiva.



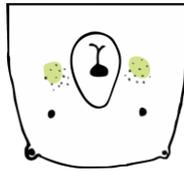
SENeo, G. d. (2013). Guía de Uso Terapéutico de Nutrición en lactantes con situaciones especiales. . España.

UU., B. N. (2018). *MedlinePlus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000590.htm>

Vargas, K. (2014). Rol del Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Areté*, 54-64.

Ventura, P. (2008). *El acompañamiento a los padres con un recién nacido grave cercano a la muerte*. Buenos Aires .

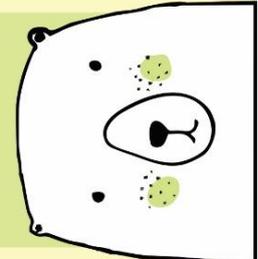
Webb. (1998). *Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje*. . Panamericana.



UNIVERSIDAD FASTA  
Facultad de Cs. Médicas  
Licenciatura en Fonoaudiología

## Labor fonoaudiológica en la UCI Neonatal

EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RESIDE EN LA PRUEBA DE TAMIZAJE MEDIANTE EL SCREENING AUDITIVO; LA EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS EN LA ALIMENTACION; Y LA ESTIMULACION DE LA COMUNICACION Y EL LENGUAJE DESDE EDADES TEMPRANAS. LA PERCEPCION Y EL CONOCIMIENTO TANTO DE LOS FONOAUDIÓLOGOS, COMO DEL EQUIPO DE SALUD DENTRO DE LA UNIDAD SER DE SUMA IMPORTANCIA PARA SU INTERVENCION TEMPRANA.



**OBJETIVO:** Analizar el rol del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la visión del equipo de neonatología sobre el mismo en un Hospital público de la ciudad de Olavarría en Mayo de 2018.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Investigación descriptiva, observacional y transversal. Se trabajó sobre una muestra conformada por 13 personas que forman parte del equipo interdisciplinario de neonatología del Hospital público de la ciudad de Olavarría, mediante una entrevista.

**CONCLUSIÓN:** Los profesionales de la salud de la presente muestra tienen una percepción positiva y adecuada de la labor fonoaudiológica dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

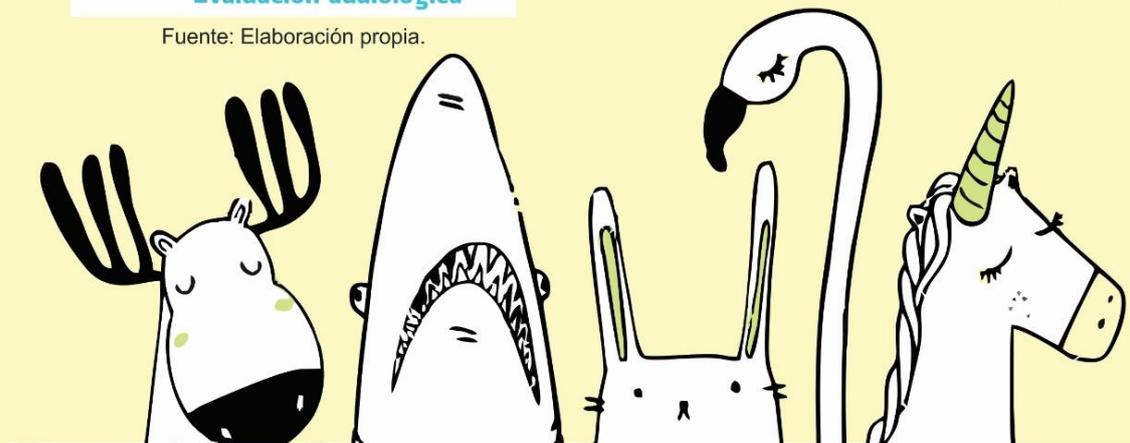
**RESULTADOS:** Los profesionales de la salud entrevistados manifiestan que el rol del fonoaudiólogo dentro de la unidad radica en la detección e intervención temprana de trastornos asociados a la audición, deglución y comunicación. Las áreas derivadas son las de audición, succión-deglución y fisuras labioalveolopalatinas; control del niño sano, falta de progresión de peso, incoordinación succión-respiración y malformaciones congénitas craneofaciales. En relación a la opinión del fonoaudiólogo en la elección de la vía de alimentación, no se saca la sonda a los neonatos hasta que la fonoaudióloga manifieste que el mismo posee una succión eficaz.

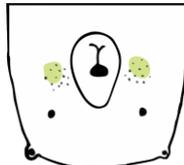
*Casos/patologías que se derivan al fonoaudiólogo con mayor frecuencia dentro de la unidad, n:13*



Fuente: Elaboración propia.

Tesis de Licenciatura  
Fga. Ivonne Belatinez  
ivobelatinez@hotmail.com





## REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACION DEL AUTOR

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

### 1. Autor:

Apellido y Nombre:  
Tipo y Nº de Documento:  
Teléfono:  
Título obtenido:

### 2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra:



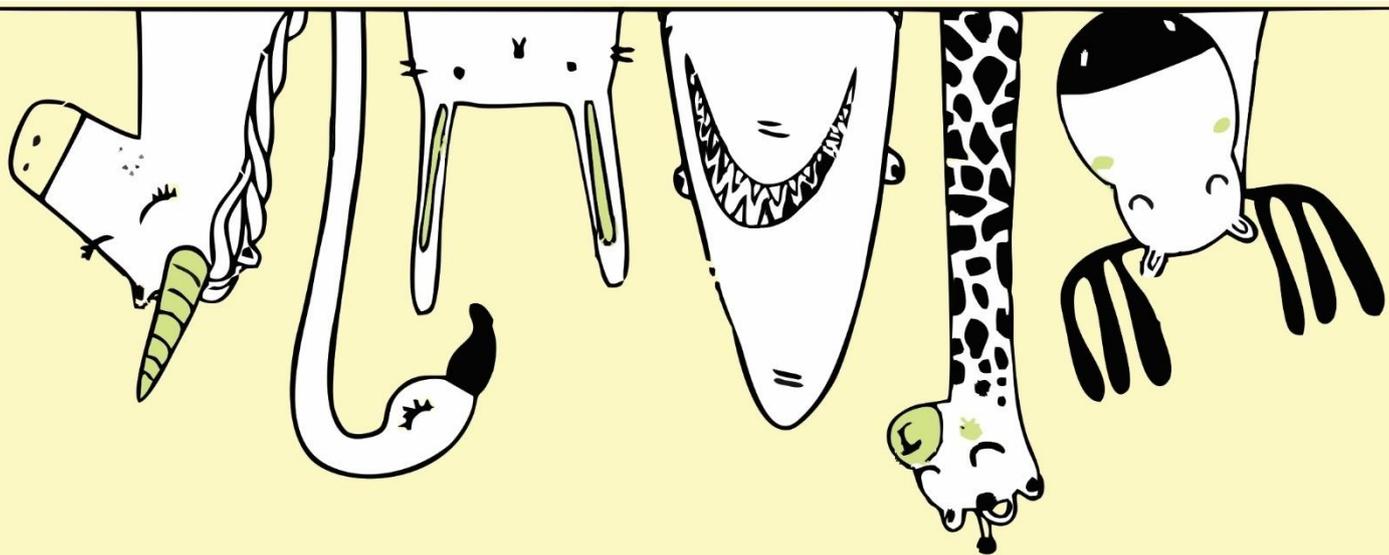
Fecha de defensa \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2016

### 3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA CreativeCommons

Esta obra está bajo una licencia de CreativeCommons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

### 4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [ ]

NOTA: Las Obras **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y Resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa".



Tesis de Licenciatura  
Fga. Ivonne Belatinez  
2018