

**EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO FRENTE
A PACIENTES INTERNADOS:
RECURSOS Y
ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS
DURANTE 5 JORNADAS LABORALES EN
UN HOSPITAL PÚBLICO EN EL AÑO 2023**

VERONICA M. PETELIN
FONOAUDIOLOGA

TUTORAS: Lic. MOSCARDI Y Lic. PAOLONI BALZA
ASESORAMIENTO METODOLOGICO
Lic. Carla Bravo y a la Dra.Mg Vivian Aurelia Minnaard

“La nuestra es una profesión que se nutre de la teoría, pero se construye en el hacer práctico, en la intervención presencial sobre la patología de la comunicación que presenta el paciente”

Vázquez Fernández (2013)

Al cuidador de mi tesoro, Gaspar.

Agradecimientos

Deseo agradecer a mis padres y hermanos y, sobre todo, a mi hijo Gaspar, mi gran compañero y amigo de la vida, por estar continuamente a mi lado y por la paciencia que ha tenido, por ser insustituible.

A todas las personas no citadas que me han animado y ayudado, de una forma u otra, a la realización de la presente Tesis de grado.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la Lic. Carla Bravo y a la Dra. Mg Vivian Aurelia Minnaard por el asesoramiento metodológico por su constante apoyo, técnico y moral, la dedicación a este trabajo, sus indicaciones y consejos, por iniciarme en el mundo de la investigación, apoyarme profesionalmente y, finalmente, por brindarme las facilidades dadas para la realización de intentos y por los consejos teóricos proporcionados

Resumen

Objetivo

Indagar cuál es el rol del Fonoaudiólogo frente pacientes internados, los recursos y las estrategias implementadas durante 5 jornadas laborales en un Hospital Público de Mar del Plata en el Año 2023

Materiales y métodos

La investigación es descriptiva ya que las características analizadas se miden de forma independiente. El diseño es no experimental ya que no se manipulan las variables y transversal debido a que los datos se toman en un único momento.

Resultados

En la etapa 1 en el seguimiento realizado la mayoría de los pacientes padecen ACV. En la etapa 2 se llevó a cabo una encuesta a varios agentes referentes en salud que trabajan dentro o fuera del ámbito hospitalario, los 17 datos encuestados la mayoría hace referencia que el fin último de un fonoaudiólogo es la evaluación y la rehabilitación de la deglución y el habla Si bien consideran sumamente importante el rol del fonoaudiólogo en este ámbito, no siempre es valorado.

Conclusiones

Es necesario fortalecer las especialidades fonoaudiológicas debido a que las problemáticas actuales son de gran complejidad, tal es el caso del accidente cerebro vascular, que deja grandes y graves secuelas en el paciente joven o adulto mayor.

Palabras claves: Rol del fonoaudiólogo, pacientes internados, recursos, estrategias

Introducción	1
Estado de la cuestión	5
Materiales y métodos	.18
Resultados	20
Conclusiones	42
Bibliografía	45



Introducción



La definición del concepto de salud fue variando con el tiempo. En un primer momento, se hablaba de salud como la ausencia de un cuerpo enfermo. Con un fin de mejorar esta definición, la OMS en el año (1948) involucró aspectos físicos, psíquicos y sociales. Pronto, se incorporó también lo relacionado con el medioambiente, o lo ambiental, es decir, el hábitat del individuo, con un concepto ecológico. También se introdujo en la definición de salud lo espiritual como fuerza vital, incluyendo en este término lo referente a lo cultural y a lo religioso. En definitiva, tener salud es lograr una mayor calidad de vida y un mayor bienestar que se traduzcan en una vida digna con salud plena (Arias, 2018)¹.

Rodríguez Chicaiza (2017)² se refiere a la salud como un estado armónico de las funciones biológicas del ser humano, y menciona la necesaria e íntima interrelación extensiva del individuo con el mundo que habita y lo rodea. Esta idea genera necesariamente una integración entre el ser humano y su hábitat, como un compromiso de toda la sociedad. La noción de salud no sólo es la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá de eso, puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a nivel celular o social.

La salud también es posible definirla como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”* Por lo tanto, si se considera la salud desde una perspectiva más amplia vinculada con el bienestar de cada persona, entonces aquí toma un significado más subjetivo. En este sentido, podría decirse que una persona que tiene bienestar o una buena calidad de vida, gozaría de buena salud.

Según Blanco (2020, p.1)³,

“La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.

Siguiendo dicho razonamiento, la calidad de vida está influida por la salud, por lo cual no se puede considerar por fuera del contexto en el que se encuentra inmersa la

¹ Otras nociones de salud predominantes en la población actual se desarrollan también alrededor de experiencias placenteras, relacionadas con significantes lingüísticos una persona considera como aceptables y valiosos: seguridad, satisfacción, bienestar, armonía, equilibrio, virtud, bendición, premio, regularidad, normalidad, adaptación, autonomía, tranquilidad y felicidad.

² Dentro de un estado armónico también el autor hincapié en dividirse en dos perspectivas: salud física y salud mental, aunque ambas están relacionadas, estas influyen en la calidad de vida.

³ Se trata de un concepto que tiene en cuenta la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

persona. Para tener una visión integral sobre la salud, se debe considerar lo social, económico, político y cultural. De aquí también radica la importancia de trabajar interdisciplinariamente, para poder abarcar las problemáticas de salud de manera integrada (Blanco, 2020)⁴.

Por lo tanto, la calidad de vida será siempre subjetiva ya que dependerá de la realidad en la que se encuentre cada ser humano, lo cual debe ser tenido en cuenta por el sistema de salud, sobre todo en aquellos sectores más vulnerables que se encuentran en desventaja.

Uno de los determinantes de ese bienestar es la comunicación, ya que la misma permite mantener relaciones con otras personas, es la base a una buena calidad de vida ya que somos seres sociales, los poder ser escuchados y oír o expresar pensamientos, ideas, demandas y es un componente muy importante que hace a la autonomía de cada sujeto. Permite interactuar con otros para obtener cosas, alcanzar objetivos laborales y sociales. La comunicación está inmersa en cada momento de la vida. La comunicación en salud ha sido reconocida como un elemento crucial en los resultados y desenlaces de los procesos de salud-enfermedad, lo cual dará como resultado una mejor calidad de asistencia y respuesta de quien padece una enfermedad y por eso se han desarrollado diferentes estrategias de comunicación centradas en lograr que el individuo y la población en general adopten conductas saludables (Busse y Godoy, 2021)⁵.

En cuanto a la denominación de atención o asistencia de la salud podemos decir que es el conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población Tobar (2014)⁶

En el caso de la participación del fonoaudiólogo en la atención de personas dentro de un hospital de agudos esta suele estar asociada al cuidado de la vida, principalmente en aquellas cuestiones vinculadas a las dificultades de la deglución, disfagia (Rodríguez Riaño y Ballesteros Pérez, 2018)⁷

⁴Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

⁵La confluencia entre salud y enfermedades requeridas para establecer modelos de comunicación que consideren la interpretación social en este sentido y desestimen los desencuentros que tensionan y complejizan la intensión de una comunicación integradora.

⁶Las funciones de la asistencia sanitaria configuran un continuo donde el impacto sobre la salud de la población resulta decreciente a medida que se avanza desde la promoción hacia los cuidados paliativos

⁷El rol del fonoaudiólogo como profesional dedicado a la comunicación es muy importante no sólo fuera del equipo, con el paciente y su familia sino dentro del equipo ya que contribuye positivamente la condición de salud.

En una investigación realizada por Cuervo (2018)⁸ sobre la percepción del equipo multidisciplinario, de una unidad de paciente crítico sobre el rol fonoaudiológico, se pudo evidenciar que la mayoría considera al fonoaudiólogo como profesional idóneo para rehabilitar principalmente dos áreas, deglución y voz. Los profesionales del equipo interdisciplinario entrevistado recalcaron la importancia de la intervención del profesional fonoaudiólogo para mejorar en la calidad de vida del paciente.

Por todo lo previamente citado surge el problema de investigación

¿Cuál es el rol del Fonoaudiólogo frente pacientes internados, los recursos y las estrategias implementadas durante 5 jornadas laborales en un Hospital Público de Mar del Plata en el Año 2023?

El objetivo general es:

Indagar cual es rol del Fonoaudiólogo frente pacientes internados, los recursos y las estrategias implementadas durante 5 jornadas laborales en un Hospital Público de Mar del Plata en el Año 2023

Los objetivos específicos son:

- Identificar el rol del fonoaudiólogo frente pacientes internados.
- Analizar los recursos seleccionados por el fonoaudiólogo para el tratamiento de pacientes internados.
- Indagar las estrategias implementadas por los fonoaudiólogos durante las jornadas laborales con pacientes internados.

⁸En este sentido, el papel del fonoaudiólogo en el equipo de salud, es fundamental, ya que por medio de su intervención puede contribuir de manera positiva a la condición de salud.



Estado de la cuestión



Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. Los sistemas de salud no surgieron solos, fueron desarrollados por los países en forma conjunta con las demás estrategias de acción y protección social. Las distintas formas de atención a la salud aparecen relacionadas con los sistemas previsionales y de asistencia social. En la Argentina, en (1943) se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio de Salud (Galli, 2017)⁹.

La forma concreta como los ciudadanos de un país resuelve sus problemas de salud en cada momento específico depende, entonces, de un complejo engranaje o sistema ya sea de instituciones, actores y reglas de juego; un andamio que solo adquiere su verdadera dimensión cuando uno se ve alterado, en el punto de uso, o de utilización de algún servicio (Rovere, 2016)¹⁰.

En cuanto al sistema de salud argentino, la mayor parte de los ciudadanos y trabajadores habitualmente desconocen de los dispositivos que lo conforman, sus modificaciones, las fuerzas que las impulsan. Suelen tener acceso a información puntual, incompleta y en ocasiones distorsionada, dando cuenta de las fallas que tiene este sistema hoy en día. El objetivo en su fundación fue crear sistema de salud que llegue a todas las personas y por sobre todo a las más necesitadas, buscando una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Con ese objetivo se propuso la estrategia de la Atención Primaria de la Salud¹¹, la que se definió como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (Hoyo y Losardo, 2021)¹².

⁹El sistema de salud argentino se caracteriza por presentar tres grandes subsectores: Público, De la seguridad social y Privado

¹⁰Los trabajadores de salud aportan lo mejor de sus saberes y experiencias para brindar servicios a la población.

¹¹ A partir de ahora APS

¹² Las APS constituyen, actualmente, el núcleo principal del sistema de salud según su grado de complejidad.

Para destrabar una situación de desigualdad estructural Clerico (2015)¹³ clasificó a los deberes del estado respecto a la salud en deberes positivos constructivos y deberes positivos reparadores. El primero involucra al dictado, diseño, ejecución e implementación de normas de carácter general tendientes a cumplir con las obligaciones que surgen del derecho a la salud de las personas con discapacidad. En cambio, los deberes positivos reparadores hacen alusión al cumplimiento de la obligación puntual para remediar o evitar la repetición de una violación al derecho a la salud grave o urgente o prevenirla en casos de amenaza inminente.

En Argentina el derecho a la salud se encuentra soportado en un amplio peso constitucional que busca permitirle a cada persona, llevar una vida digna que le genere bienestar y desarrollo. A la par de la formulación de un sistema y una serie de políticas públicas para tal fin, el estado es quien debe tener el rol como garante del derecho a la salud, esto refiere a que el estado no puede desligarse del deber de promover y facilitar las prestaciones de salud que requiera la comunidad so pretexto de la inactividad de otras entidades públicas o privadas. Sin embargo, los ciudadanos tienen derecho a su protección no sólo por el estado nacional sino asimismo en el ámbito internacional. En relación a esto, las estrategias de atención que logran mejores resultados son aquellas de cobertura universal, al alcance de todas las personas, en las que se responsabiliza a un servicio por brindar respuestas adecuadas a un grupo poblacional identificado y conocido. Esto refiere a que la ventaja radica en la capacidad de organizar la mejora de la labor del sistema de salud público en sus tres niveles lo cual permitirá cambiar integralmente el modelo de atención para toda la población y los profesionales que en ella trabajan y así lograr la integración y el trabajo en equipo (González, 2018)¹⁴.

El sistema de salud argentino se organiza en tres niveles, según su grado de complejidad. El primer nivel y unos de las más importantes ya que sirve como filtro para los otros niveles de salud, está integrado por efectores de salud sin internación, como

¹³ La mayor parte de los reclamos referidos al derecho a la salud de las personas devela que el problema no radica tanto ni en la discusión del alcance del derecho ni en la falta de producción legislativa sino en la falta de cumplimiento de las obligaciones que estas generan en cabeza de las provincias, de las obras sociales, empresas de medicina prepaga, o de la administración nacional entre otros.

¹⁴La Responsabilidad administrativa de los Estados se centra en enfocar esfuerzos con el fin de fortalecer la capacidad instalada del sistema de salud en los países, toda vez que se hace necesario contar no solo con infraestructura y personal idóneo, sino también con una estructura institucional que este en capacidad de brindarle una respuesta oportuna para que no se cometa ninguna negligencia u omisión, que acarree procesos de reparación directa por responsabilidad de un agente estatal.

centros de atención primaria en salud¹⁵, que están distribuidos en todo el territorio nacional, en los barrios, en cercanía con la población. Los CAPS están compuestos por equipos de salud multidisciplinarios que adaptan sus servicios a las necesidades básicas de la comunidad. En estos se realizan actividades de promoción, prevención, educación para la salud, diagnósticos, tratamientos, vacunación, partos de urgencia y rehabilitación entre otros. Por otro lado, el segundo nivel brinda atención ambulatoria y sólo a pacientes que hayan sido derivados desde el nivel primario o tras consultar las Unidades de Emergencia, cuando el profesional de la salud ha determinado que requiere atención de mayor complejidad. El tercer nivel, incluye aquellas acciones de alta complejidad tanto médica como tecnológica que determinan el más alto nivel de referencia dentro de la red asistencial (Vignolo, 2013)¹⁶.

Entre los principales problemas que afectan a la atención médica se ha destacado la fragmentación de la atención y los cuidados. Esto implica que no se organizan en forma continua e interdisciplinariamente sino como prestaciones aisladas que a veces se duplican y que otras veces no se llegan a concretar en forma oportuna, de modo que se pierde la oportunidad de garantizar las funciones de la asistencia médica para con el paciente. A través de revisiones de las políticas de reforma de salud se ha detectado que, a menudo, aún donde se ha logrado la cobertura universal, frente a los mismos problemas de salud, las personas reciben cuidados diferentes. La fragmentación de los cuidados repercute sobre la eficacia de un sistema de salud cuando éste toma contacto con el paciente en la etapa sintomática y pierde la posibilidad de intervenir en la etapa asintomática y de aplicar medidas preventivas o de detección precoz. Este modelo, de probada utilidad en el manejo de enfermedades agudas, no lo es tanto para las enfermedades crónicas y mucho menos para poner en práctica medidas de carácter preventivo (Belotto, 2020)¹⁷.

Un sistema fragmentado como el descrito, requiere una solución integrada como marca principal del cambio. El problema es, en esencia, un problema de política pública, de organización y de gestión de las instituciones sanitarias nacionales, provinciales y municipales. Ese diseño organizativo y de gestión debe responder a las necesidades de todas las jurisdicciones, compensar las capacidades diferentes que las mismas presenten

¹⁵ A partir de ahora CAPS

¹⁶ Un primer nivel se orienta a la promoción y prevención de la salud, así como también al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en especialidades básicas y de modalidad ambulatoria.

¹⁷ Resulta imprescindible establecer quién es responsable por los cuidados de cada persona, que cada una de ellas tenga asignado un médico de confianza o un equipo de Salud familiar.

y mantener una conducción federal coordinada. El Sistema de Salud debe integrar los tres subsectores, de manera de evitar superposición de capacidades instaladas y desatención por razones de mercado. Los servicios de salud deben conformar una red de atención integral, cualquiera sea la cobertura a la que el ciudadano accedió, ya sea por obra social, prepara o una institución pública. Se trata en definitiva de articular la atención entre las jurisdicciones zonales, regionales, provinciales y nación, rompiendo la fragmentación federal, así como articular entre instituciones de los distintos subsectores a fin de evitar la fragmentación sectorial. El objetivo de cobertura universal debe entenderse como un compromiso del Estado en que la totalidad de los habitantes estará cubierta con servicios sanitarios basados en capacidades propias de alguno de los tres subsectores, evitando duplicidades de cobertura que impliquen una mala asignación de los recursos agregados del sector (Bonpland, 2017)¹⁸.

Dentro del sistema de salud, los profesionales que brindan atención a las personas, también tienen que evitar la fragmentación de los cuidados, a través del trabajo en equipo. En este sentido, se debe distinguir entre el abordaje interprofesional y el interdisciplinario. El primero es el que afecta a varias profesiones en su relación mutua, mientras que el segundo, corresponde a un estudio o actividad que se realiza con la cooperación de varias disciplinas. Ambos términos han sido utilizados para describir la colaboración entre profesionales de la salud. En este sentido, ellos deben tener el compromiso de fortalecer y reorientar los sistemas públicos de salud hacia la universalidad y la integralidad, y confrontar el pensamiento médico hegemónico, centrado en la enfermedad, para pasar a uno que permita comprender y actuar sobre los determinantes reales de la salud (Mahler, 2014)¹⁹.

Con respecto a esto, la OMS en el año (2016)²⁰, menciona que la práctica interdisciplinaria acontece cuando múltiples trabajadores de la salud con diferentes antecedentes profesionales trabajan en conjunto con pacientes, familias, cuidadores y comunidades para entregar una atención de alta calidad... En la actualidad el posicionamiento profesional y el trabajo en equipo favorece interacciones compartidas, las

¹⁸Un sistema integrado, permitirá que un paciente sea atendido por todo el sistema, para lo cual deberá contar con capacidad de generar y mantener actualizada la historia clínica del ciudadano, a la que la institución que intervenga en un evento, consulte antecedentes y registre nuevas prácticas.

¹⁹ Esto busca crear ocasiones donde dos o más profesionales aprendan con, de y acerca de cada uno y con el otro.

²⁰ Para lograrlo se requiere que esta idea de trabajo en equipo, interdisciplinario o en grupos donde se aborde al paciente desde su todo se enseñe e instale desde las etapas formativas del profesional.

cuales direccionan el manejo hacia el cuidado de la vida y de la calidad de vida, la administración justa de los servicios y recursos en salud, y la prevención de secuelas.

En lo referente a la fonoaudiología en el ámbito de la salud Vega (2017)²¹, reflexionó que se desconoce cuántos fonoaudiólogos trabajan en salud pública, pero se sabe que el mayor porcentaje trabaja en educación y no existen datos concretos de los fonoaudiólogos en las otras áreas de desempeño. La función de los mismos se enmarca dentro de los circuitos multidisciplinares o interprofesionales por los que deben avanzar aquellos pacientes que lo necesiten.

El fonoaudiólogo dentro del equipo interdisciplinario de salud apunta a procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento que son determinantes para la toma de decisiones clínicas. En cuanto a su labor dentro de los servicios de internación de hospitales, estos profesionales de rehabilitación, aportan a decisiones como definir el egreso con estrategias de deglución seguras, hospitalización en casos de disfagia o trastorno deglutorio severo en fases agudas de enfermedades o alteraciones oromotoras, cognitivas o neuromotoras, interconsulta a otros profesionales para manejo nutricional, o derivación y/o solicitud de exámenes que apoyen el juicio clínico y permitan conductas oportunas y seguras. A su vez, procura una atención integral centrada en el paciente y su familia, lo que favorece instancias para el desarrollo de competencias necesarias para la comunicación. En este contexto se vuelve fundamental el trabajo en equipo en donde todos concuerden que la labor interprofesional e interdisciplinaria es la mejor estrategia de tratamiento para todos los pacientes.

En cuanto al rol que cumplen los fonoaudiólogos en el sector salud como ámbito laboral, Rodríguez (2017, p. 11) refiere que:

"(...) ejecutan como responsabilidad principal acciones diagnósticas y evaluativas evidenciando competencias de trabajo multidisciplinario, incorporando estrategias y materiales adecuados, seleccionando y definiendo modelos teóricos sumando también acciones de derivación, colaboración y asesoría (...) en las áreas de deglución, lenguaje, aspectos cognitivos, voz, resonancia, articulación, fonología, sistemas de comunicación alternativa aumentativa, aspectos sociales y fluidez, derivadas de patologías de base que conlleven desórdenes en estas áreas"

²¹ El autor menciona que la labor fonoaudiológica se desempeña mayormente en los niveles secundarios y terciarios de salud y que de a poco se está abriendo el campo laboral en el primer nivel de atención en salud, lo que es muy relevante debido a que éste es el de mayor acceso a la población, abarcando una mayor cantidad de usuarios.

En cuanto al rol del fonoaudiólogo en internación de adultos, el mismo interviene ante distintas patologías, siguiendo lineamientos de las instituciones de salud, proporcionando atención de forma oportuna y consistente en el tiempo, cumpliendo con la normativa legal vigente. Dentro de sus acciones dedican tiempo a la colaboración con otros profesionales, reuniones de trabajo con equipo multidisciplinario, recopilación de datos y documentación legal en caso que lo requiera el paciente, destacando también horas de tutoría y supervisión tendientes a la formación de nuevos profesionales en caso de haber rotantes o residentes, en las áreas anteriormente mencionadas. En cuanto a la población adulta, en los últimos años se ha producido un aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, un crecimiento de la cifra de población anciana a causa de los progresos sanitarios y las mejores condiciones de vida. El envejecimiento es un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. Es un fenómeno global que tiene grandes consecuencias económicas, sociales y políticas. Esto requiere proponer estrategias de intervención fonoaudiológica en internación y guiar la práctica de cuidado en el envejecimiento desde una postura clínica. La función del fonoaudiólogo en esta población, entre otras, es rehabilitar los procesos deglutorios en aquellos con enfermedades neurodegenerativas, buscando mejorar la calidad de vida (Alvarado García, 2014)²².

En el caso del rol del fonoaudiólogo en un hospital de agudos las intervenciones parten de la realización de una evaluación inicial para determinar el nivel de partida del profesional, dependiendo de los servicios que lo requieran. Tras esta, se realiza una intervención con el objeto de rehabilitar los déficits observados. A su vez, se evalúa el proceso del tratamiento con el objetivo de ir ajustando la intervención y observar cómo evoluciona el paciente. En el ingreso, se realiza una evaluación inicial en las personas mayores para determinar si existen o no déficits deglutorios, comunicativos y/o lingüísticos. De no existir, se plantearía una intervención preventiva para intentar mantener el mayor tiempo posible las funciones preservadas. De existir déficits, se ejecutaría una intervención terapéutica con el objetivo de que los mismos no avancen a lo largo del tiempo. Por otro lado, la intervención en estas áreas no se limita a los casos de envejecimiento patológico, sino que muchas de las actuaciones son de carácter

²² En su estudio la autora describe que el mundo está experimentando una transformación demográfica: para el 2050, el número de personas de más 60 años aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, y se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población anciana se multiplique por cuatro en los próximos 50 años

asistencial y se realizan de forma grupal, para el mantenimiento del dinamismo deglutorio, comunicativo y lingüístico en la vejez (Huenchuan, 2018)²³

La estadía del paciente hospitalizado en las diferentes áreas de servicio depende de la patología base y de los eventos posteriores a éste, que en mayoría de ocasiones es el principal determinante del tiempo de permanencia del individuo en la sala de hospitalización. Entre los cuadros con los que se puede encontrar el fonoaudiólogo en internación aguda en el adulto mayor se encuentran: accidentes cerebrovasculares²⁴, traumatismos craneoencefálicos²⁵, internaciones por autolesiones en el cuello, pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva²⁶, internación por trastornos en la alimentación, entre otras.

Los ACV son uno de los cuadros más comunes cuadros en la práctica clínica. Se pueden dividir en accidente cerebro vascular isquémico, accidente cerebro vascular hemorrágico y hemorragias subaracnoidea, teniendo cada uno de estos subtipos de ACV una diferente evolución hospitalaria y secuelas funcionales. Las causas asociadas a la mortalidad son la presencia de comorbilidades, el retraso en el diagnóstico, la terapéutica utilizada y las complicaciones asociadas. En el estudio citado se concluyó que la mortalidad fue mayor en el ACV hemorrágico, así como la estancia hospitalaria. En Argentina, la prevalencia de esta patología registrada en el año 2012 fue de 868,1 casos por 100.000 habitantes, siendo la primera causa de situación de discapacidad (Rodríguez Toro, 2017)²⁷.

Se calcula que al menos dos tercios de los pacientes que han sufrido ACV presentan secuelas que afectarán su independencia, su calidad de vida y requerirán rehabilitación, la cual incluirá la atención de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, psicólogos, enfermeros, involucrando además al paciente y sus cuidadores en un programa de rehabilitación progresivo y dinámico. Para cada déficit existen una serie de

²³En general se preservan el vocabulario, la fonología, la sintaxis, el lenguaje escrito, la organización visual y la memoria implícita y pueden debilitarse la agudeza sensorial, la sensibilidad cenestésica y táctil, la rapidez de reacción, la eficacia en estrategias de organización semántica, las aptitudes visoconstructivas, la atención múltiple, la retención de nombres y el procesamiento y codificación de la memoria a largo plazo.

²⁴ A partir de ahora ACV

²⁵A partir de ahora TEC

²⁶ A partir de ahora se abreviará EPOC

²⁷ El autoreestima una incidencia de 130 por 100.000 habitantes/año y una prevalencia de 6 por 1.000 habitantes, aumentando con la edad y que representa el 9% de todas las muertes en nuestro país

tests y de escalas que permiten evaluar de manera objetiva la situación del paciente y sus cambios evolutivos (Sánchez, 2023)²⁸.

La evolución del paciente con ACV se puede dividir en una etapa aguda, intrahospitalaria, en la cual el fonoaudiólogo interviene junto al servicio de kinesiología una vez que se logra la estabilidad clínica tanto hemodinámica y sistémica del paciente. En dicha etapa se realizan las primeras evaluaciones y el tratamiento, se busca prevenir lesiones cutáneas y complicaciones respiratorias. Se evalúa el tipo y modo de alimentación con el servicio de nutrición. En la etapa aguda, y por protocolo, todos los pacientes reciben una evaluación y/o screening para detectar disfagia y determinar si es posible iniciar dieta oral y bajo qué características y cuidado, ya que, en esta etapa, una gran cantidad de pacientes presenta algún signo de disfagia que la mayoría recupera a corto y/o mediano plazo.

La segunda etapa luego del ACV es la llamada subaguda y suele ser crónica y poshospitalaria, donde el paciente puede estar internado ya sea en Unidad de Terapia Intermedia²⁹ o Clínica Médica, o bajo el modo hospital de día, terapia ambulatoria o consultorio eterno según el caso y diferentes factores, que llevan al fonoaudiólogo a determinar el lugar, modo y la periodicidad de las diversas terapias.

En cuanto al trastorno deglutorio o disfagia propiamente dicha son muchos los profesionales que intervienen en el abordaje, pero aún, no está el papel del fonoaudiólogo como uno de los principales rehabilitadores de este trastorno de la deglución, a pesar de ser una incumbencia profesional. Un estudio en donde se analizaron artículos referentes a disfagia en el paciente neurológico llegó a la conclusión de que de los 23 artículos expuestos solo 8 hablan Fonoaudiólogo como especialista que interviene en la rehabilitación de la disfagia, junto con otros profesionales, formando en conjunto el equipo multidisciplinar, mientras que otros 10 artículos, hablan repetidas veces de equipos interdisciplinarios o multidisciplinarios, en el cual puede que esté incluido el papel del fonoaudiólogo, pero no lo nombra de forma directa (Rojo-Amo, 2018)³⁰.

Con el tratamiento fonoaudiológico oportuno de disfagia se busca que el usuario, logre una sensación de bienestar la cual para él siempre es psicosocial, así la dolencia, aunque sea física, tiene que ver con la manera como uno se siente, como funciona, como

²⁸Las escalas de evaluación funcional y test dan información objetiva de los grados de recuperación en las diversas funciones sensorio-motrices. También es importante tener en cuenta que parte de la recuperación observada se atribuye a los efectos de la neuroplasticidad.

²⁹ UTIM de aquí en más.

³⁰ Para el estudio la autora selecciono 23 artículos científicos, todos ellos obtenidos de: Dialnet, Google Academics, Google Avanzado, Índice Médico Español y Pub Med.

se relaciona con los demás, cuando se altera la salud no solo cambia el individuo, sino que también, se producen cambios en la familia y la comunidad en la que está (Rodríguez Toro, 2017)³¹

Otro de los casos en el que interviene el fonoaudiólogo en internación y que tiene a la disfagia como consecuencia es en los traumatismos craneoencefálicos. La vigilancia de la evolución de los pacientes con secuelas de TEC en el periodo temprano de rehabilitación se debe realizar con el objetivo de identificar de manera temprana las lesiones tardías o secundarias que pueden complicar el manejo y/o empeorar el pronóstico funcional y vital, ya que incluso se pueden presentar lesiones menores que no son inocuas y pueden llevar a diferentes niveles de disfunción cognitiva y neurológica en general. Incluso distribuidas durante meses o años estas lesiones pueden tener efectos acumulativos que conllevan a deterioro. Se debe tener en cuenta que la rehabilitación requiere un equipo multidisciplinario, en donde la responsabilidad del personal sanitario es facilitar la atención apropiada, resolver problemas, educar e identificar y eliminar barreras que impidan una integración completa del paciente en la comunidad (Buitrago, 2013)³².

Las diferentes técnicas y métodos de rehabilitación en estos pacientes están dirigidas a los tres grandes ámbitos de afectación: alteraciones de estructura y/o función corporal, limitación de la actividad y restricción de la participación (Lagos, 2013)³³.

El proceso de rehabilitación tiene como objetivo principal mejorar y/o compensar aquellas capacidades funcionales afectadas o perdidas después del TEC, ayudando al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y autonomía física, así como a mejorar su calidad de vida física, mental y social o reinserción social. Para el desarrollo de estos objetivos, se deben evaluar los siguientes puntos: estado cognitivo, el comportamiento y el estado emocional, la comunicación, la deglución, la sensibilidad, el control motor y aspectos sensoriales. Es importante tener en cuenta la repercusión en la funcionalidad, considerar la edad y los factores psicofamiliares y evaluar los aspectos sociofamiliares.

Otro de los cuadros en que el fonoaudiólogo en internación interviene es en los casos de autolesiones, tanto adolescentes como en adultos causados por ahogamiento, el

³¹En este sentido, una alteración en la ejecución de este acto produciría una serie de cambios, no solo a nivel fisiológico, sino también en el ámbito socioemocional del individuo, lo que puede ocasionar aislamiento social, disminución de la autoestima y/o un aumento de la ansiedad a la hora de alimentarse

³²Un proceso de rehabilitación integral debe comprender a los elementos:

³³En la rehabilitación del TEC existen diferentes periodos, cada uno de los cuales tiene un objetivo a alcanzar. Estos periodos son: la rehabilitación en régimen de ingreso hospitalario, la rehabilitación ambulatoria y el apoyo comunitario.

estrangulamiento, un atragantamiento donde ocurre un caso de asfixia que puede desencadenar una lesión cerebral por hipoxia. Esta deficiencia de oxígeno afecta al cerebro. El daño cerebral adquirido³⁴ es uno de los problemas de salud más importantes en la sociedad actual. La importancia de las secuelas neurológicas depende de la duración de la asfixia y de la efectividad de las maniobras de reanimación como la rehabilitación. Los síntomas de hipoxia cerebral leve incluyen falta de atención, desaciertos, pérdida de memoria y disminución en la coordinación motriz como ser en el habla ocasionando disartrias, anartrias, disfonías, entre otras. Las células cerebrales son muy sensibles a la privación de oxígeno y pueden comenzar a morir dentro de cinco minutos de presentarse un corte en el suministro de oxígeno (Rivera Cortez, 2023)³⁵.

Entre las consecuencias de estas lesiones cerebrales adquiridas se encuentra la afasia o la disartria, según el caso. En gran medida, la población que acude a rehabilitación fonoaudiológica tras sufrir un daño cerebral son pacientes moderados o graves. Sin embargo, no se debe olvidar que el trabajo con los pacientes leves es de gran importancia, debido a la repercusión sustancial que menores dificultades pueden tener en su actividad laboral y social cotidianas.³⁶

Otro tipo de pacientes que ingresan a internación son aquellos con EPOC, que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo de naturaleza progresiva y poco reversible y que se asocia a una respuesta inflamatoria anómala de los pulmones a gases o partículas nocivas, entre ellas, fundamentalmente, el humo del tabaco. El curso natural de los pacientes con EPOC está caracterizado por episodios de falla respiratoria y exacerbaciones recurrentes lo cual genera interurrencias constantes a las internaciones del hospital (Rapela, 2014)³⁷. Durante la primera semana de internación del paciente se evalúa la función pulmonar, mediante mediciones de presiones estáticas máximas y prueba espirométrica, se realiza una rutina de laboratorio y estado ácido-base arterial y se establece un programa de rehabilitación en sala con fonoaudiología y kinesiología respiratoria, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.

El fonoaudiólogo en internación interviene en la rehabilitación y estimulación de la fuerza respiratoria, la disfonía, el habla, la relajación muscular y la ingesta, todos ellos

³⁴ De aquí en más DCA (Daño Cerebral adquirido)

³⁵ Cuando la hipoxia dura por períodos más prolongados puede ocasionar coma, convulsiones o incluso muerte cerebral no teniendo posibilidad de rehabilitación.

³⁶ Para que estos pacientes tengan un buen desempeño en las actividades físicas terapéuticas es importante el estado de ánimo que presentan a lo largo del tratamiento.

³⁷ Debido al compromiso pulmonar, muscular y nutricional, experimentan dificultad en el destete o eliminación de la traqueostomía.

procesos vitales que permiten impactar positivamente la calidad de vida de un paciente. El tratamiento consiste en emplear procedimientos integrados de orientación, psicodinámica y entrenamiento vocal. El objetivo de la intervención está orientado a lograr una sinergia fisiológica de todo el mecanismo laríngeo, a restaurar en orden de trascendencia para la vida, la biomecánica respiratoria, la esfinteriana, la deglutoria y la fonatoria, de acuerdo al compromiso neurológico. De hecho, tales mecanismos fisiológicos buscan de forma específica evitar la anquilosis de la articulación cricoaritenoides y la atrofia del músculo cordal al tiempo que busca restituir la función valvular laríngea, evitar la fatiga vocal y lograr la adducción cordal para la fonación. Esta etapa dura aproximadamente 0,8 segundos y se activa luego del desencadenamiento de la propulsión del bolo alimenticio; este entra en contacto con los pilares anteriores de la cavidad oral, generando posteriormente una actividad neuromuscular involuntaria o refleja. La fase faríngea demarca la excitación neuromuscular más compleja de las funciones estomatognáticas, la permanencia del músculo esquelético en esta zona y la presión ejercida por la acción esfintérica de las zonas respiratorias, modulan la presión del bolo cohesivo durante el acto deglutorio. En la fisiología, se describen como eventos funcionales posteriores a la propulsión lingual de la fase oral, la contracción del velo del paladar, la movilidad de la pared posterior faríngea, el cierre del esfínter glótico y la apertura de la transición faringoesofágica. (Kamarunas, Mccullough, Mennemeier, Munn& Rock, 2016)³⁸.

Los trastornos de la alimentación, como la anorexia, que son derivados al servicio de fonoaudiología se caracterizan por tener un desarrollo crónico y por presentar frecuentes recaídas. Este trastorno suele debutar en la adolescencia y afecta a las mujeres mucho más que a los hombres, reflejando unos porcentajes estimados de 0,3% a 0,7 (MelianDonatte, 2020)³⁹. Se ha constatado que la precocidad en la detección y en el tratamiento mejora su pronóstico. Esto ocurre porque ambos aspectos disminuyen su cronificación, así como las consecuentes complicaciones tanto psiquiátricas como somáticas que se desencadenan (Vogel, 2017)⁴⁰. Con respecto al tratamiento, actualmente se recomienda abordar la anorexia desde un enfoque multidisciplinar, es aquí

³⁸Componentes neuromusculares que actúan en la fase faríngea sensorial motor V y IX paladar V, VII, IX y X IX lengua V, VII Y XII V y faringe IX y X laringe IX y X cricofaríngeo X

³⁹ la autora en su investigación refiere a que la mayor incidencia se da en mujeres adolescentes (jovencitas)

⁴⁰ La implementación de estrategias fonoaudiológicas tempranas tiene como objetivo identificar mejoras para tratar el tipo de trastorno que desarrolle el paciente, ajustando un plan de intervención individualizado, independiente de la etiología y gravedad del trastorno que padezca aplicando una estrategia terapéutica adecuada, evitando así un mayor tiempo prolongado en hospitalización, optimizando la calidad de vida del paciente

donde el trabajo en conjunto se pone en marcha con el servicio de soporte nutricional, nutrición y fonoaudiología para el adecuado asesoramiento nutricional del paciente y el familiar que acompañe y realizar el seguimiento de otros factores como: el aumento de peso, modificación de ingesta, los cambios en el estilo de vida y la recuperación física y psicológica.

El reconocimiento del fonoaudiólogo en áreas de hospitalización como un miembro clave en la pronta rehabilitación en este tipo de pacientes y áreas de hospitalización es fundamental para lograr una mejor intervención multidisciplinaria, elaborando planes de intervención temprana con el objetivo de prevenir y reducir complicaciones que a futuro pueden desencadenar problemas más severos, evitando el menor tiempo posible una estadía hospitalaria que se caracteriza a procesos clínicos, alteraciones en patrones miofuncionales orofaciales, alimentación, función deglutoria y lenguaje. Considerando lo anteriormente expuesto, y lo fundamental del bienestar psicosocial en usuarios que hayan presentado alguna de las patologías descritas, es fundamental una intervención fonoaudiológica que cubra las necesidades, reduzca los riesgos y mejore la calidad de las intervenciones para favorecer la calidad de vida de los usuarios (Delgado Vélez, 2020)⁴¹.

⁴¹ La intervención fonoaudiológica en los hospitales es relativamente reciente debido al poco conocimiento del accionar y desempeño que realiza este profesional en dichas áreas, especialmente en lo que respecta a los pacientes hospitalizados, por lo que se tiene desconocimiento del accionar del fonoaudiólogo en dichas áreas.



Materiales y métodos



Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional dado que es una investigación que busca caracterizar y describir el objeto de estudio. El diseño es no experimental dado que no manipula variables y se distinguen dos etapas. En la primera que se realiza en forma longitudinal considera como unidad de análisis cada una de las consultas realizadas por los servicios de neurología, clínica médica, guardia, terapia intermedia y terapia intensiva unidad coronaria y guardia de un hospital de agudos durante el periodo comprendido de cinco días en una franja horaria de 8 horas am a 12 horas pm en el año 2023 y que haya participado fonoaudiología. En la segunda etapa se desarrolla en forma transversal ya que se toman datos en un único momento empleando un formulario on line.

Variables de la Etapa 1			
Horarios en que asiste la fonoaudióloga ,	Tipo de servicio	Tipo de diagnóstico	Intervención fonoaudiológica
Derivación para seguimiento	Anamnesis	Tipo de evaluación	Tipo de resultado
Variables de la Etapa 2			
Tipo de profesión que ejerce	Creencia sobre el rol del fonoaudiólogo en la atención de pacientes internados	Grado de importancia que le asigna al rol fonoaudiológico en el hospital	Opinión sobre la valoración de la asistencia fonoaudiológica en el Hospital

Resultado

A continuación, se detalla el análisis de los datos obtenidos a partir de la investigación.

Etapa 1

SEMANA DE TOMA DE MUESTRA DE DATOS.

DIA	NUMERO DE PACIENTE	HORARIO	PACIENTE	SERVICIO	DIAGNOSTICO	INTERCONSULTA	CONSUL. EXT
LUNES	1	8 hs	M 60	GUARDIA	ACV ISQ	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
	2	9 hs	F 69	NEURO	ACV ISQ	EVALUACION Y TRATAMIENTO DE AFASIA	NO
	3	10 hs	M 62	NEURO	DISARTRIA	TRATAMIENTO HABLA	NO
	4	11hs	M 76	GUARDIA	ACV ISQ	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
	5	12 hs	M 75	GUARDIA	DFA + AFASIA	TRATAMIENTO HABLA	NO
MARTES	6	8 hs	M 72	CLINICA	CA de Lengua	EVALUACION Y TRATAMIENTO DE AFASIA	NO
	7	9 hs	F 75	UTI	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	EVALUACION Y TRATAMIENTO DE AFASIA	NO
	8	10 hs	F 45	CLINICA	ACV ISQUEMICO	TRATAMIENTO HABLA	NO

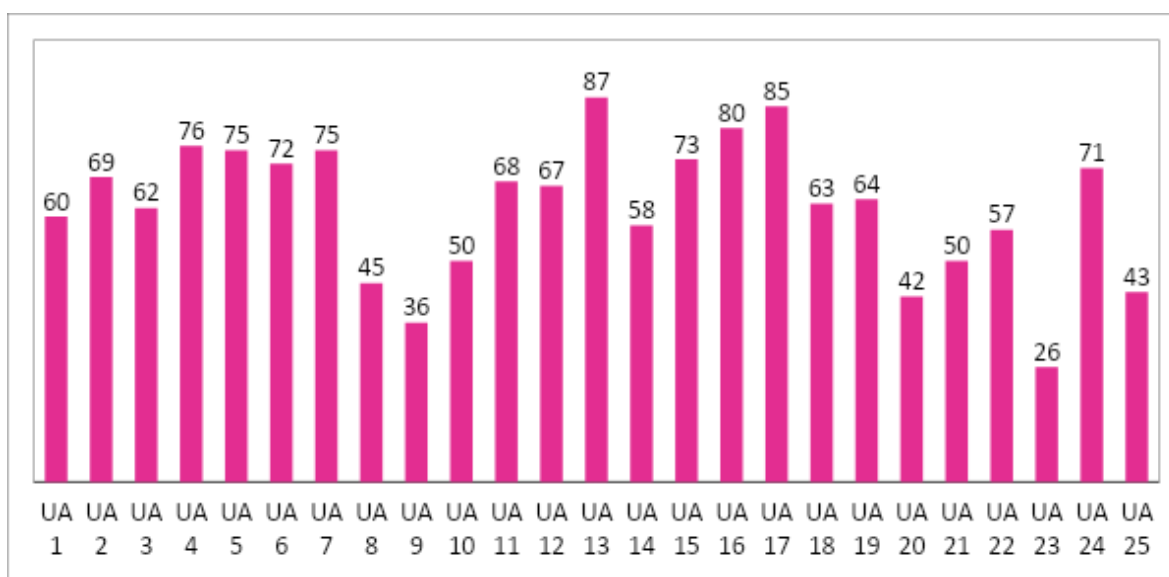
RESULTADOS

	9	11 hs	F 36	GUARDIA	EPILEPSIA	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
		12 hs	M 50	UTIM	MENINGITIS	TRATAMIENTO HABLA	
MIÉRCOLES	10	8 hs	M 68	GUARDIA	ACV ISQUEMICO	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
	11	9 hs	M 67	GUARDIA	ACV HEMORR	TRATAMIENTO HABLA	NO
	12	10 hs	M 87	CLINICA	ACV ISQUEMICO	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
	13	11 hs	M 58	UTIM	ACV ISQUEMICO	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
	14	12 hs	F 73	GUARDIA	ACV ISQUEMICO	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
JUEVES	15	8 hs	M 80	UTIM	ACV ISQUEMICO	TRATAMIENTO HABLA	NO
	16	9 hs	M 85	GUARDIA	ACV ISQUEMICO	TRATAMIENTO HABLA	NO
	17	10 hs	M 63	UTIM	ACV ISQUEMICO	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
	18	11 hs	F 64	CLINICA	EPOC - DISFONIA	EVALUACION VOZ	NO
	19	12 hs	F 42	GUARDIA	ANOREXIA	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
VIERNES	20	8 hs	F 50	UTIM	ACV ISQUEMICO	TRATAMIENTO HABLA	NO
	21	9 hs	M 57	UTI	ACV HEMORRAGICO	EVALUACION DEGLUTORIA	NO
	22	10 hs	M 26	UTI	AUTOLISIS	EVALUACION DEGLUTORIA	NO

	23	11 hs	M 71	CLINICA	ACV ISQUEMICO	EVALUACION Y TRATAMIENTO DE AFASIA	NO
	24	12 hs	M 43	UCO	ACV ISQUEMICO	EVALUACION Y TRATAMIENTO DE AFASIA	NO

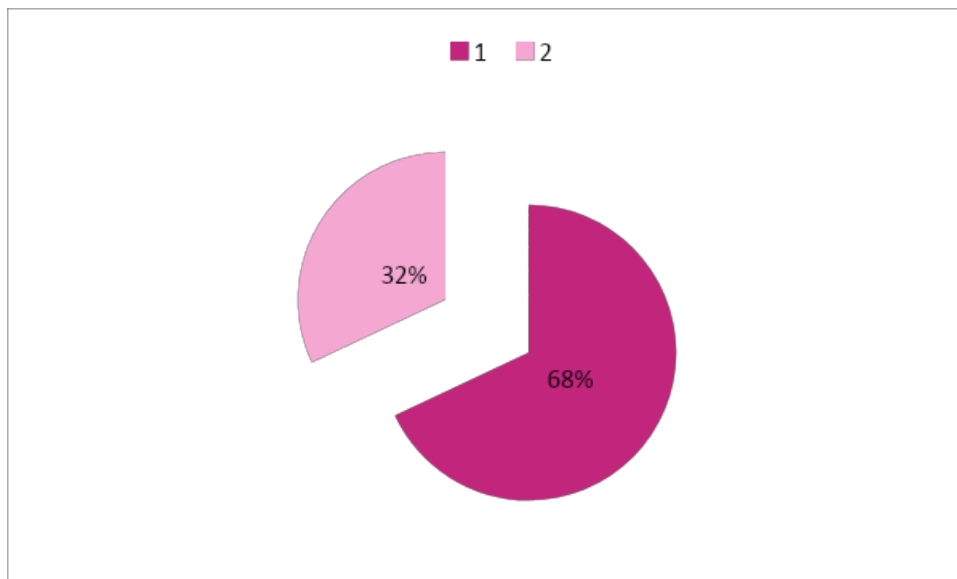
Total: 24 pacientes evaluados

Gráfico 1: Edad de cada paciente atendido en la semana



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Considerando la edad de los pacientes admitidos en un total de 24 personas en una jornada semanal podemos decir que los datos obtenidos proyectan un rango máximo de 87 años y un mínimo de 26 años, con una media de 60 años promedio entre ambos sexos.

Gráfico 2: Sexo

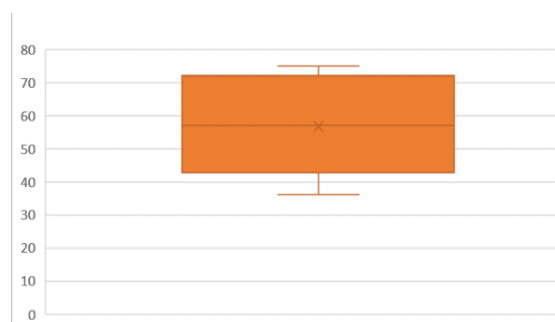
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En cuanto al sexo de los pacientes atendidos en un se puede observar que existe una amplia prevalencia en hombres más que en mujeres, el 68% refiere al género masculino siendo en su mayoría y un 32% restante del género femenino del total del 100% (24 pacientes). Esto debido a que el sexo masculino tiene mayor cantidad de factores de riesgo en comparación al sexo femenino

Un estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en la ciudad de Mar del Plata demuestra los resultados obtenidos, por la Dra. Clement, quien hizo un estudio epidemiológico prospectivo basado en una población cautiva de adultos mayores en donde determinó las tasas brutas anuales y específicas (expresadas por cada 100.000

habitantes/año) por sexo, edad y ajustadas al Municipio de General Pueyrredón en pacientes adultos con ACVi y ACVh, dando como resultado que el sexo masculino sigue incidiendo por encima del sexo femenino (Clement2017)⁴²

Gráfico 3: Edad pacientes de sexo femenino atendidos en la semana

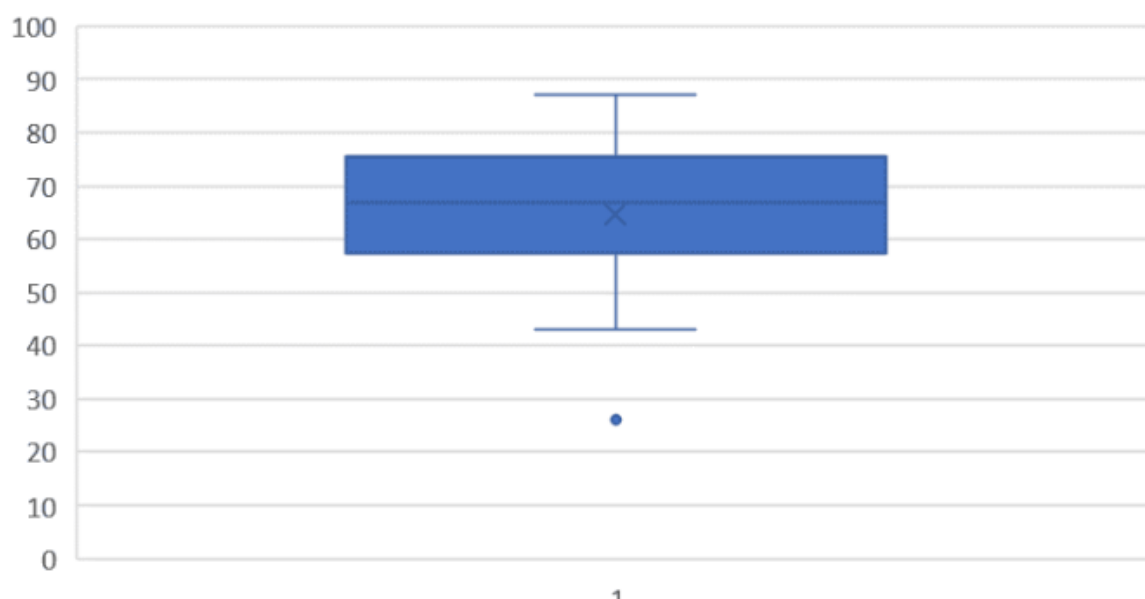


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Al determinar el rango de edad de los pacientes de sexo femenino solicitados por los diferentes servicios se observa estas fueron comprendidas entre los 42 años y los 72 años.

Gráfico 4: Edad pacientes de sexo masculino atendido en la semana

⁴² La tasa de incidencia anual bruta de ACVi fue de 201,3 por cada 100.000 (IC 95% 186-218); 239,3 en hombres y 181 en mujeres. En el grupo de ACVh fue de 30,9 por cada 100.000 (IC 95% 24,9-37,6), 37,6 en hombres y 27,21 en mujeres. Se observará una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0007$) al comparar ambos sexos para el grupo de ACVi.

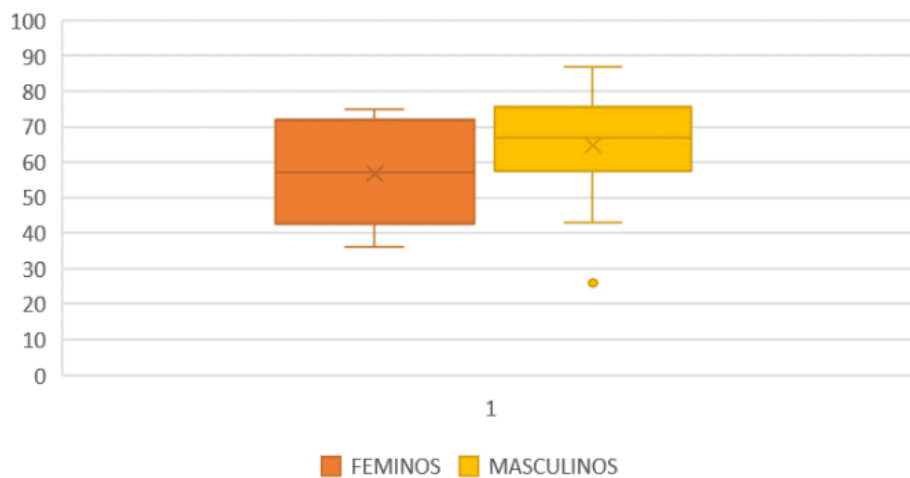


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

La edad de las interconsultas realizadas de sexo masculino las mismas están promediando en una edad entre los 58 años y los 77 años de edad. Un estudio de investigación realizado por Borja Santillán (2021)⁴³ cuyo objetivo fue determinar las principales complicaciones en pacientes adultos mayores con accidente cerebro vascular de enero 2019 a junio en 110 pacientes los cuales su diagnóstico era ACV y sus variantes, mayores de 65, resultó que el rango de edad más común fue de 65 a 70 años con 33.6%, el sexo más frecuente fue el masculino con un 58.2%.

Gráfico 5: Edad pacientes de sexo femenino y masculino atendido en la semana

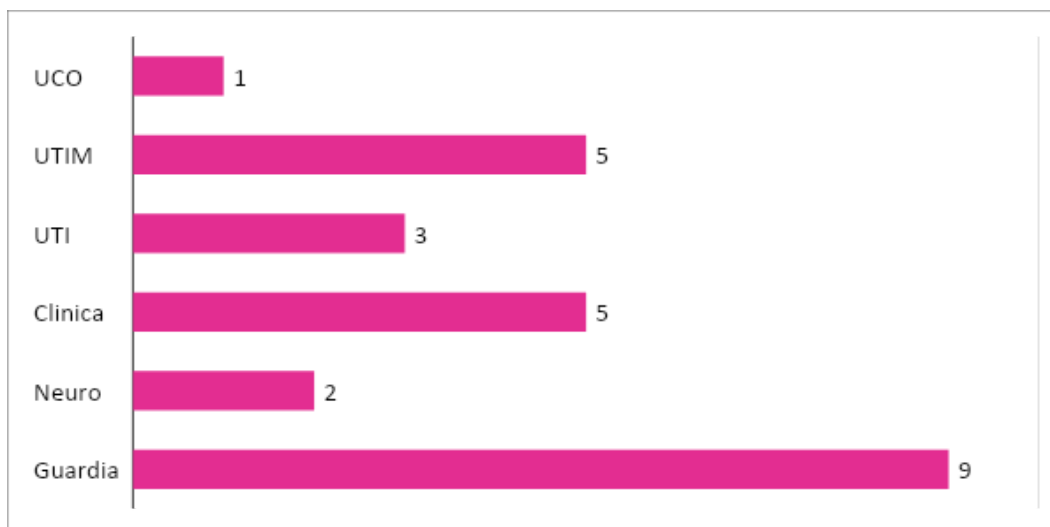
⁴³ La autora manifiesta la necesidad de estudio de campo que permita identificar y determinar cómo incide la enfermedad ACV en los adultos mayores. No existe a nivel nacional datos sobre la prevalencia del accidente cerebro vascular en estos pacientes y mucho menos sobre las complicaciones relacionas a la misma razón por la cual es necesario un estudio que permita determinar las principales complicaciones en pacientes adultos mayores



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En el grafico se observa que el rango de edad promedio entre ambos sexos, es de 55 años aproximadamente.

Gráfico 6: Unidades de atención a pacientes internados y atendidos en internación.

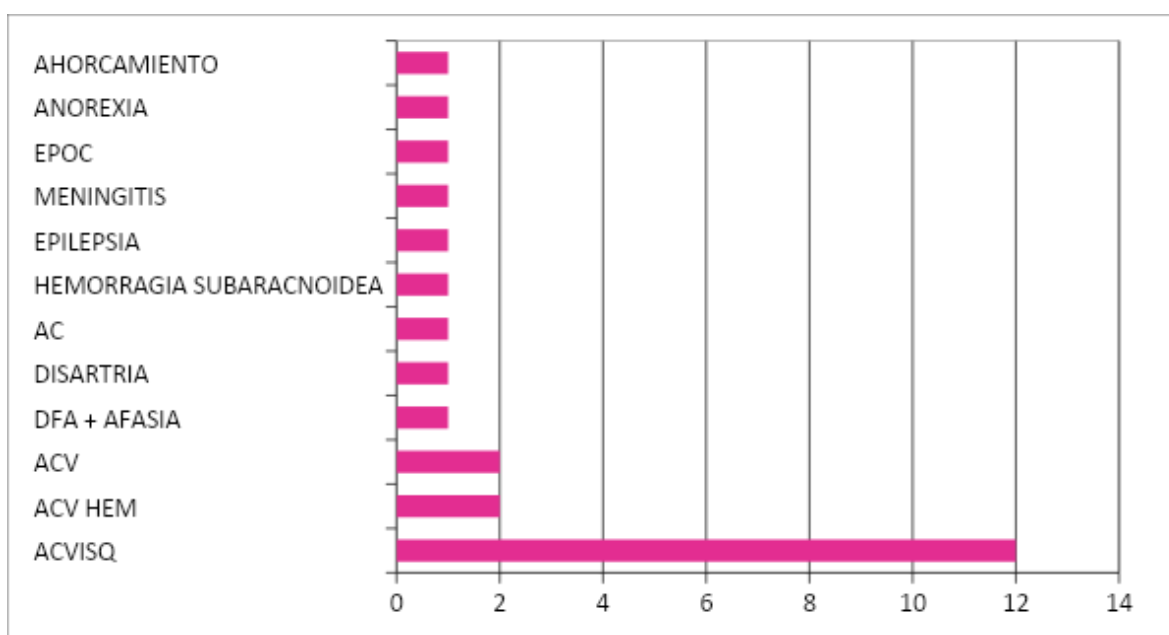


Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Haciendo una comparación en relación a las diferentes áreas médicas que hacen la interconsulta al servicio de fonoaudiología podemos detectar que su mayoría esta solicitada desde la guardia. Un estudio de la Universidad Manuela Beltrán, en el año (2021)⁴⁴ Rincón Pinilla, Quecho Rodríguez demostraron que la atención temprana en la rehabilitación de la disfagia en sala de urgencias, es clave para disminuir los riesgos de aspiración y neumonía, y para actuar interdisciplinariamente de la manera más acertada para el paciente, dada la necesidad inmediata para tomar decisiones clínicas conjuntas, se orientan hacia el cuidado de la cavidad oral, maniobras deglutorias y técnicas de alimentación segura, con cambios posturales y modificación de consistencias en los alimentos o líquidos como la toma de decisión que tipo de alimentación, dieta o consistencia se la va a suministrar al paciente. En segunda instancia y con un porcentaje menor son las interconsultas desde el área de clínica médica junto con terapia intermedia. Le siguen terapia intensiva, el servicio de neurología y en última instancia el área de unidad coronaria.

⁴⁴ El fonoaudiólogo en el área de urgencias aporta conocimientos y estrategias fundamentales en las decisiones médicas y en las condiciones respiratorias, cognitivas, comunicativas y nutricionales

Gráfico 7: Diagnóstico de pacientes atendidos y distribuidos en una semana vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el área habla y/o fonoestomatología



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

A continuación, se exhibe el análisis de manera gráfica para tener una visualización general de la cantidad de los diagnósticos evaluados y tratados.

Se puede ver a simple vista que es el ACVi (Accidente Cerebro Vascular isquémico) es el más predominante en el área de la fonoaudiología en una jornada laboral de cinco días, ya sea para evaluar o tratar.

Un Consenso sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo reciente, realizado en la ciudad de Tandil, provincia de Buenos Aires, halló una incidencia para primer ACVi estandarizado para la población argentina de 78.9 casos por cada 100 000 habitantes/año.

En un estudio de la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, la tasa bruta ajustada a la población nacional en mayores de 21 años, fue de 43.2 para ACVi por cada 100 000 habitantes/año, y del 7 para ACV hemorrágico. Resultando los eventos isquémicos el 80% de los casos (Pigretti, 2019)⁴⁵.

⁴⁵ El consenso abarcó la atención del paciente con accidente cerebrovascular isquémico en la fase pre-hospitalaria, evaluación inicial en la central de emergencias, terapias de recanalización (trombolisis y/o trombectomía mecánica), craneotomía descompresiva, neuroimágenes y cuidados clínicos en la internación.

Tabla 1: Entrevista a pacientes internados en diferentes áreas de internación del hospital de agudos.

PROFESIONAL	NUMERO DE PACIENTE	ANAMNESIS	EVALUACION	RESULTADOS
<p>Guardia</p> <p>Acv Isquémico</p>	Paciente 1	<p>Se entrevista al paciente</p> <p>¿Buen día?</p> <p>¿Cómo se siente?</p> <p>Mi nombre es Verónica, fonoaudióloga y voy a evaluar su deglución.</p> <p>¿Comprende cuando le hablo?</p> <p>Evalúo reflejos de protección de vía aérea</p> <p>Evalúo deglución con dos consistencias</p>	<p>Asiente con la cabeza.</p> <p>Paciente no logra toser</p> <p>El paciente no tiene reflejo nauseoso</p> <p>Tolera semisólidos</p> <p>No tolera líquidos</p>	<p>Se deja indicada ingesta vía oral con M1 asistida por 24 hs</p> <p>Líquidos con espesante</p> <p>Control evolutivo</p> <p>Se escribe en HC y en el sistema</p>
<p>Neurología</p> <p>Acv isquémico</p>	Paciente 2	<p>Buen día, me llamo Verónica, soy –fonoaudióloga.</p> <p>¿Cómo se llama usted?</p> <p>Voy a darle este postre para ver si lo puede comer.</p>	<p>Paciente con disartria y afasia de expresión no logrando decir su nombre.</p> <p>Se realiza la prueba del Test del Agua, el paciente no la pasa.</p> <p>Se evalúa con semisólidos, tolera.</p>	<p>Se deja indicado M1 sin líquidos, asistido.</p>

<p>Neurología Disartria</p>	<p>Paciente 3</p>	<p>Buen día, mi nombre es Verónica, soy Fonoaudióloga y vengo a evaluarla ya que en la IC manifiesta disartria, ¿es así?</p>	<p>Se evalúa el habla a través del diálogo directo.</p>	<p>Comprende órdenes simples. Disartria post ACV Manifiesta lo sucedido desde el episodio. Comienzo de seguimiento en internación</p>
<p>Guardia ACV Isquémico</p>	<p>Paciente 4</p>	<p>Se llega de inmediato a la guardia directamente a evaluar al paciente con un semisólido y doy agua</p>	<p>Paciente dormido, responde al llamado verbal, pero con tendencia al sueño. Desorientado en las tres esferas.</p>	<p>No pasa el test del agua. Sin reflejos de protección Se solicita colocación de SNG</p>
<p>Guardia DFA – Afasia</p>	<p>Paciente 5</p>	<p>Buenos días, mi nombre es Verónica. Se evalúa lo cognitivo a través de preguntas personales.</p>	<p>Paciente orientado en persona, no en tiempo no en espacio. Afasia de comprensión. Leve afasia de expresión. Sin contexto familiar o red de apoyo</p>	<p>Se deja IC con CM para el seguimiento con TO y FO en conjunto.</p>
<p>CA de lengua Clínica Medica</p>	<p>Paciente 6</p>	<p>Se lee HC previamente. Se habla con familiares. Paciente con tendencia a la depresión. Ex enolista, tabaquista, sustancias toxicas.</p>	<p>Paciente sin ánimo y predisposición a la evaluación. Lesión muy severa que le impide alimentarse. Exceso de secreciones que no logra aclarar. Tos y ahogos post deglución.</p>	<p>Inicio de M1 terapéutica, se habla con nutrición para colocación de SNG. Control evolutivo</p>

<p>UTI</p> <p>Hemorragia Subaracnoidea</p>	<p>Paciente 7</p>	<p>Paciente sedado Tendencia a la excitación Contenido de MMSS No responde al llamado verbal ni táctil</p>	<p>Se habla con médico de seguimiento y enfermería sobre como paso la noche, manifiesta que no descanso nada y estuvo muy inquieto</p>	<p>Sin evaluar Control evolutivo</p>
<p>Clínica Médica</p> <p>ACV Isquémico</p>	<p>Paciente 8</p>	<p>Buen día, mi nombre es Verónica, soy fonoaudióloga ¿Puedo evaluarlo con una encuesta breve?</p>	<p>Paciente accede, se inicia el dialogo. Orientado en espacio, persona, pero no en tiempo. Dificultad para expresar. Hemiparesia facial. Praxias linguales alteradas. Alimentación VO con M1 La esposa lo asiste y me comenta lo sucedido</p>	<p>Se habla con el servicio de Nutrición y clínica médica para comenzar el seguimiento conjunto con TO.</p> <p>Control evolutivo Alimentación asistida</p>

<p>Guardia Crisis epiléptica</p>	Paciente 9	<p>Se lee HC Se baja al servicio de nutrición y se busca un semisólido Agua en vaso</p>	<p>Se realiza una entrevista rápida y concreta al paciente y se evalúan: Reflejos de protección de VA Estado cognitivo Orientación de tres esferas Red de apoyo</p>	<p>Comprende ordenes simples y semi complejas Orientado en 3esferas Praxias levemente alteradas Manifiesta cansancio y sed Red de apoyo, su madre quien lo asiste en la AVD Reflejo nauseoso sin evaluar Tusígeno presente Inicio de alimentación M1 con líquidos espesados</p>
<p>UTIM MENINGITIS</p>	Paciente 10	<p>Paciente en seguimiento desde UTI 80 días de internación Otitis, meningitis, absceso cerebral Tqt Afasia mixta Hemiparesia lateral</p>	<p>Paciente en seguimiento interdisciplinario Sin habla, sin lenguaje EL tratamiento consiste en la aspiración de secreciones por cánula de traqueotomía Movilizaciones pasivas</p>	<p>Paciente desorientado en tres esferas Buena red de apoyo Se solicita el CUD Botón gástrico Pase a INAREPS</p>

<p>UTIM</p> <p>ACV</p> <p>ISQUEMICO</p>	<p>Paciente 11</p>	<p>Paciente despierto</p> <p>Se evalúan tres tipos de consistencias</p> <p>Reflejos de protección de AV</p> <p>Praxias deglutorias</p>	<p>Leve disartria</p> <p>Responde ordenes simples de dos comandos</p> <p>Reflejo nauseoso alterado</p> <p>praxias linguales lábiles con debilidad hacia el lado derecho facial</p> <p>Reflejo tusígenos voluntario débil</p> <p>Reflejo tusígeno espontaneo sin evaluar</p> <p>Manifiesta tos y ahogos post deglución con líquidos</p>	<p>Se considera inicio de M1 con líquidos espesados asistidos en las cuatro ingestas de ser posible</p> <p>Se trabaja con nutrición y kinesiología</p> <p>Control evolutivo</p>
<p>UTIM</p> <p>ACV</p> <p>ISQUEMICO</p>	<p>PACIENTE 12</p>	<p>Paciente con 5 días de internación</p> <p>Con alimentación M1 por VA</p> <p>Se prueban dos consistencias: semisólidos y líquidos con vaso, en pequeños sorbos.</p> <p>Praxias deglutorias</p> <p>Reflejos de protección</p> <p>Estado cognitivo</p>	<p>Paciente manifiesta que tolera bien la ingesta de semisólidos y líquidos. intención comunicativa</p> <p>Dificultad para movilizar MMSS</p> <p>Se dificulta con las AVD</p>	<p>Se indica ingesta con M1</p> <p>Líquidos en forma terapéutica y controlados</p>

<p>GUARDIA</p> <p>ACV ISQUEMICO</p>	<p>PACIENTE 13</p>	<p>Se llega a la guardia, paciente en pasillo en situación de calle. Se habla con enfermería al respecto sobre situación del mismo y se busca algún familiar o persona que lo haya traído hasta el nosocomio. Se realiza una breve entrevista.</p>	<p>Enolista, consumidor de sustancias tóxicas, bajo peso, sin piezas dentarias, mala higiene bucal. Desorientado en persona y tiempo. Reconoce el espacio y lugar. Alt. Memoria y la atención. Verborrágico. Se observan muchas secreciones que manifiesta hace mucho tiempo. ¿Neumonía espirativa? No se logra evaluar reflejos de protección de VA. No tolera líquidos, no tolera semisólidos.</p>	<p>Se indica colocación de SNG</p> <p>Control evolutivo</p> <p>Se hace IC con SS</p> <p>Se habla con Mujeres dama Rosa para asistirlo en higiene y vestimenta.</p>
<p>UTIM</p> <p>ACV ISQUEMICO</p>	<p>Paciente 14</p>	<p>Paciente adulto mayor con disartria y anartria que no logra mejorar luego de tres episodios de acv isquémicos.</p> <p>Manifestaba el familiar que ya traía estas alteraciones del habla y del lenguaje</p>	<p>Me presento como terapeuta del habla. Evaluó la parte cognitiva a través de preguntas directas, concretas y sencillas relacionadas a su persona, tiempo, familia, laboral, experiencia de vida y red de apoyo. Evaluó el habla y el lenguaje. alfabetizado</p>	<p>Paciente con afasia expresiva Leve afasia comprensiva</p> <p>Se realiza una pizarra y tablero con hojas para comunicarse Se lo asiste en las AVD</p> <p>Ingesta con M1 asistido</p> <p>Control evolutivo</p>

<p>GUARDIA</p> <p>ACV ISQUEMICO</p>	<p>Paciente 15</p>	<p>Se responde IC por el servicio. Paciente en shockroom derivado por dificultades para comunicarse. Dg ACV traído por un familiar hace 24 hs en estudio con ingesta de líquidos y semisólidos</p>	<p>Me presento y realizo evaluación breve y concisa del habla y del lenguaje. Se observan alteraciones expresivas fonológicas y articulatorias del habla. Intención comunicativa. Logorrea. Anomias. Verborragia, circunloquios. Alt de la escritura, no reconoce el dibujo, buena imitación, mala repetición. Afasia expresiva y afasia comprensiva.</p>	<p>Se deja escrito en IC afasia a predominio expresivo. Ingesta VO con M1 asistida en lo posible por algún familiar. Control evolutivo se habla con médico de cabecera.</p>
<p>UTIM</p> <p>ACV ISQUEMICO</p>	<p>Paciente 16</p>	<p>Se realiza evaluación cognitiva, evaluación de reflejos de protección de VA, ingesta de dos consistencias, posicionamiento.</p>	<p>Paciente con internación prolongada, ingresa derivado de guardia. Con ingesta de M1 con episodios de ahogos y regurgitación en VAS. Se posiciona cabeza, cuello y tronco. Se lo sedesta al borde de cama para la ingesta de líquidos y sólidos junto con el servicio de kinesiología</p>	<p>Se indica SNG más alimentación VO con M1 terapéutica hasta nuevo control y/o evolución. Paciente con muchas secreciones que no logra aclarar, manifiesta ahogos post deglución y durante el sueño que ocasionan apneas repetidas.</p> <p>Control evolutivo y en seguimiento</p>

<p>CLINICA</p> <p>EPOC - DISFONIA</p>	Paciente 17	<p>Se responde IC por paciente con disfonía y dificultad respiratoria. Disfagia Fumador excesivo</p>	<p>Se realiza evaluación respiratoria y capacidad fonatoria. Paciente manifiesta cansancio, pérdida de peso en el último mes. Trastorno deglutorio. Xerostomía. SNG.</p>	<p>Se suprime ingesta de líquidos por VO, y semi sólidos en forma terapéutica asistida.</p> <p>Requerimiento de cánula de oxígeno permanente. saturación 92 ° Tendencia al sueño Control evolutivo.</p>
<p>GUARDIA</p> <p>ANOREXIA SEVERA</p>	Paciente 18	<p>Paciente con 3 meses de internación en guarida. Sin contexto familiar. Abandono. SGN colocada en reiteradas veces. A la espera de botón gástrico</p>	<p>Solo se ayuda y colabora con la ingesta de semisólidos y poco líquidos con jeringa. Se intenta colocar SNG, pero se la saca. A la espera de botón gástrico Alteración de la conciencia Afasia mixta Desorientada en tres esferas</p>	Paliativo Judicializada
<p>UTIM</p> <p>ACV HEMORRAGICO</p>	Paciente 19	Paciente derivado por dificultad para comunicarse	<p>Me presento y evalúo comunicación Disartria Afasia expresiva Comprende órdenes simples de dos comandos y concretas.</p>	<p>En seguimiento para estimular el habla y el lenguaje Uso de escritura Uso de pizarra CAAC</p>

UTI TEC	Paciente 20	Se evalúa deglución con líquidos en jeringa y semisólidos solo dos cucharadas	Paciente con tendencia al sueño lo cual dificulta el tratamiento Con cánula de traqueotomía y válvula fonatoria En proceso de weaning	Se habla con el servicio de nutrición para reevaluar y considerar el seguimiento de SNG mientras de rehabilitan las praxias bucales, y la voz
UTI AUTOLISIS	Paciente 21	EV deglución	Paciente en despertar Con cánula de traqueotomía ventilado	Paciente crítico, se trabaja solo lo cognitivo y movilización es cama con Terapista ocupacional y Kinesiólogorespiratorio.
CLINICA ACV ISQUEMICO	Paciente 22	Paciente derivado por afasia de comprensión y afasia de expresión	Se evalúa habla, lenguaje, atención, percepción y memoria	Afasia mayormente expresiva Comprende ordenes simples Buena red de apoyo Se dejan indicaciones al familiar y al paciente quien comprende y colabora
UCO ACV ISQUEMICO	Paciente 23	Paciente derivado por afasia de comprensión y afasia de expresión	Se evalúa alimentación, lenguaje y habla. Desorientado en tiempo y espacio no en persona. Se lo asiste en la alimentación con M1 y líquidos con espesante	Se habla con TO para trabajar en conjunto AVD, posicionamiento en cama. Se rehabilita el trastorno deglutorio y se aplican técnicas de posicionamiento en cama al momento de alimentarse Tos efectiva

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la investigación

La tabla 1 describe la entrevista que se realiza a todos aquellos pacientes que son solicitados por diferentes áreas de internación para evaluación, diagnóstico o tratamiento en menor medida. Cabe aclarar que es un hospital de alta complejidad en donde según el grupo etario de atención y la demanda exponencial y las patologías críticas a tratar la rehabilitación es siempre en menor medida. Antes de la anamnesis propiamente dicha, se acude a la lectura de la historia clínica, el diálogo con profesional de seguimiento, se recurre a buscar los materiales ya sean diferentes alimentos, protocolos de evaluación, screening, o se realiza una evaluación cognitiva de su estado de comunicación a través del habla con el paciente. Todo se deja asentado por escrito por con firma, nombre y fecha de quien fue atendido.

Etapa 2

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta realizada a diferentes profesionales

Tabla 2 Opinión sobre qué es el rol del fonoaudiólogo en la atención de pacientes internados según profesión que desempeña

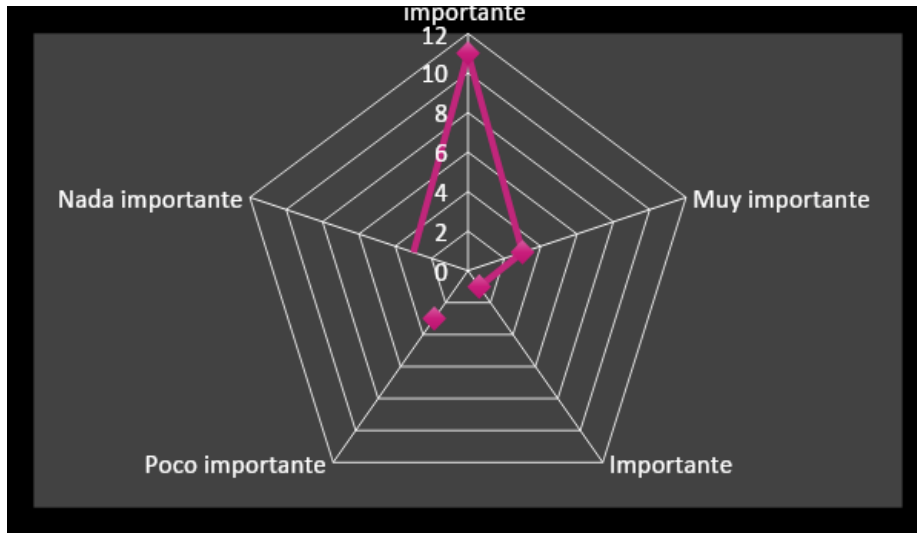
	Profesión que desempeña	Opinión sobre que es el rol del fonoaudiólogo en la atención de pacientes internados
E1	Médico	Fundamental en el equipo interdisciplinario de rehabilitación
E2	Secretaria medica	Rehabilitación del habla
E3	Empleado	Evaluación, diagnóstico, rehabilitación, promover y prevenir
E4	Medico	Trabajo en el equipo médico rehabilitación deglución, rehabilitación uso del lenguaje
E5	Médico cirujano	Es fundamental en la rehabilitación de muchos pacientes postquirúrgicos dentro lee la especialidad de cirugía de cabeza y cuello
E6	Medico	Rehabilitación
E7	Secretario de salud	Muy valiosa en múltiples patologías de pacientes internados. Para trabajar en conjunto con ORL, neurólogos, clínicos, etc., práctica que no tenemos en nuestros hospitales

E8	Farmacéutica	Evaluar los pacientes y diagnosticar tratamiento. Deglución, audición, habla, etc.
E9	Empresario	Colaborar en lo inherente al habla y escucha del paciente de manera asertiva
E10	Cuidadora domiciliaria	Si
E11	Fonoaudióloga	Evaluación de la deglución
E12	Enfermera	Enseñanza y contención
E13	atención socio sanitaria	Muy importante para rehabilitación y/ o diagnóstico
E14	Médico	Evaluación y seguimiento
E15	Empresaria	Rehabilitación de funciones en pacientes
E16	Enfermería	En pacientes internados, dependiendo del caso, evaluar y rehabilitar en cuestiones que tienen que ver con trastornos del habla y la comunicación
E17	Medico	Diagnóstico y rehabilitación de diferentes patologías

Fuente: Elaboración propia

Se llevó a cabo una encuesta a varios agentes referentes en salud que trabajan dentro o fuera del ámbito hospitalario, debiendo responder sobre su parecer del rol del fonoaudiólogo en internación, de los 17 datos (anónimos) encuestados la mayoría hace referencia que el fin último de un fonoaudiólogo es la evaluación y la rehabilitación de la deglución y el habla (comunicación humana).

Gráfico 8: Grado de importancia que le otorga rol fonoaudiológico en todas las áreas



En lo que respecta a grado de importancia del fonoaudiólogo que se le otorga dentro de un hospital, la mayoría señala como sumamente importante

Tabla N°3 Opinión si se valora la asistencia fonoaudiológica

Opinión si se valora la asistencia fonoaudiológica
1. No
2. Debería ser más valorada
3. Hace falta valoración
4. No, creo faltan nombrar más por el nivel de complejidad e integrar equipos
5. Está poco valorada
6. No
7. No
8. Considero que está medianamente valorada
9. No
10. No es valorada
11. No
12. No
13. Está infravalorada

14. Debería ser más valorada
15. No del todo. Y ocurre en muchos ámbitos
16. En mí consideración, creo que no está siendo valorada.
17. Sólo en parte

Fuente: Elaboración propia

Ante las respuestas obtenidas se observa que la asistencia fonoaudiológica debería ser más valorada.

Conclusiones

El objetivo de este estudio tuvo por finalidad conocer las diferentes interconsultas solicitadas al servicio de fonoaudiología y los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la especialidad según las áreas de la comunicación humana y el trastorno deglutorio, se buscó identificar las características de los pacientes según los registros de género y edad al momento de ser ingresados/as por el área en el efector perteneciente al sector del tercer nivel de salud público de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2023. Se indagaron las acciones llevadas a cabo desde la fonoaudiología durante cinco días de trabajo, donde se pudo conservar que los diagnósticos más destacados son el ACV isquémico seguido por el ACV hemorrágico. Junto a otros profesionales, y desde el área de urgencias, el fonoaudiólogo es un eslabón importante en la rehabilitación del daño neurológico. En relación las disciplinas con las que la fonoaudiología se relaciona en internación, se pudieron afirmar que la mayor parte de los diagnósticos fueron solicitados desde el área de la guardia. Esto hace referencia al papel esencial del fonoaudiólogo en dicho espacio. Las salas de urgencias son espacios con protocolos coordinados y actuaciones diagnósticas y terapéuticas secuenciales. Los profesionales de rehabilitación en urgencias aportan a la toma de decisiones sobre conductas de hospitalización o egreso, planes alimenticios, ayudas diagnósticas y remisión a especialistas. Las edades de los pacientes fueron entre la edad media adulta, los 42 años y los 72 años. En relación a la distribución de diagnósticos según el sexo el registro sobresaliente se da en el masculino (68%) por sobre el femenino (32%) del total evaluados y tratados. Los pacientes de sexo masculino duplicaron en cantidad de registros al femenino en los siguientes diagnósticos: ACVi, ACVh. lo que aporta información para repensar la formación de salud capacitando y especializando a los fonoaudiólogos en un área específica. Para ello, es necesario que el profesional sostenga una educación permanente que le permita continuar capacitándose, siendo el aprendizaje sistemático y contextualizado, esto refiere a un aprendizaje centrado en las necesidades y expectativas de la comunidad. Teniendo en cuenta lo antes dicho la fonoaudiología como disciplina científica tiene de objeto de estudio la comunicación humana y su manifestación en trastornos de la voz, la audición, y el lenguaje. Y que sus acciones se expresan en promoción, prevención de la Salud, diagnóstico, terapéutica y rehabilitación de las perturbaciones que interfieren en el desarrollo del proceso comunicativo-lingüístico según el Ministerio de Salud y Acción Social, (1999) actualizado a la fecha, además de patologías entendidas como funciones orales de succión, masticación, sorbición y

deglución para el tránsito de la saliva y para la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurorrehabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje según el Boletín Oficial de la República Argentina(2020)⁴⁶.

Teniendo en cuenta lo antes dicho, se llega a la conclusión de que aún es necesario el requerimiento de aumentar los cargos públicos en los efectores de Salud, y de este modo atender al derecho de Salud de la población. Se puede observar además la necesidad de que se generen puestos de trabajo para profesionales de la Fonoaudiología acordes a lo que la demanda requiera, siendo además capaces de conocer a la comunidad desde una mirada integral, en donde el paciente no sea un diagnóstico, a una persona en una población determinada, con características propias. Es necesario fortalecer las especialidades fonoaudiológicas debido a que las problemáticas actuales son de gran complejidad, tal es el caso del accidente cerebro vascular, que deja grandes y graves secuelas en el paciente joven o adulto mayor. Para la selección de diagnósticos de intervención fonoaudiológica, es importante tener en cuenta el Manual de CIE-10 en su undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Si bien las clasificaciones son de utilidad a la hora de generar estadísticas y pueden resultar ordenadoras en tanto codifica y normaliza, en contrapartida pueden empobrecer la mirada y reducir las posibilidades para actuar y concebir al sujeto como tal refiere Kurtzbart (2022)⁴⁷ Si bien la población actual va concienciando de la necesidad de este profesional, como lo demuestra la contratación de la fonoaudiólogos en diferentes lugares como son los centros de mayores, asociaciones de diversa índole y algunos centros de día, la brecha entre la oferta y la demanda es muy grande (Del Pozo, 2016)⁴⁸.

⁴⁶En cuanto a la distribución de diagnósticos según la edad, el rango etario que obtuvo más diagnósticos fue de 58 años a 77 años para el sexo masculino y de de 42 años a 72 para el sexo femenino.

⁴⁷El Fórum Infancias trabaja para despatologizar y desmedicalizar al considerar al sufrimiento como causado por un funcionamiento cerebral deficitario dejando de lado otras circunstancias e incidencias como su condición familiar, ambiental, cultural, social, económica, etc.

⁴⁸esta Guía de Autoempleo se ha realizado gracias a la ayuda recibida a través del Proyecto PID 13-58 del Programa de Innovación y Buenas Prácticas Docentes del Secretariado de Innovación Docente (actual Unidad de Calidad, Innovación y Prospectiva de la Universidad de Granada).

Surgen interrogantes para futuras investigaciones.

¿Cuáles son los criterios a considerar para incorporar en administraciones públicas mayor número de el número de fonoaudiólogos en los centros hospitalarios?

¿Qué líneas de investigación en fonoaudiología tienen prioridad para dar respuestas a necesidades de la sociedad?

¿Cuáles son las demandas más frecuentes de atención en centros de salud de la ciudad de gestión privada y estatal?



Bibliografía



Belotto, J. A., Ayala, C. S. P., Lird, A., & Rojas, C. O. M. (2020). Entornos virtuales de aprendizaje desde la perspectiva de estudiantes de educación superior universitaria del Paraguay. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 9, 67-68.

Brasil, &Ministério da Saúde (MS). (2003). SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica.

Cuervo Echeverri, C. (1998). La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional. *Fonoaudiología*.

Cuatrocasas, N. (2003) *Estudio descriptivo sobre la intervención temprana en pacientes con síndromes neurolingüísticas causados por A.C.V, según el conocimiento y la realidad del Ejercicio Profesional de Fonoaudiólogos, en la ciudad de Rosario durante el año 2002.* -- Escuela de Fonoaudiología - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario: Rosario

Green, L. A., Fryer Jr, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D., &Dovey, S. M. (2001). The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*, 344(26), 2021-2025.

Mera, J., & Bello, J. (2003). Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción. *Representación OPS/OMS Argentina*; 56.

Ministerio de Salud. / “Salud Pública.” -- en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx> (05/09/2020).

Organización Mundial de la Salud. / “¿Quiénes somos y qué hacemos?”. -- en <https://www.who.int/about/es/> (02/09/2020).

Organización Mundial de la Salud. / “Salud y derechos humanos.”. -- en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (02/09/2020)

Planells Del Pozo, E. M., Molina Cantero, C., Jacobe-Martínez, S., Jiménez Rodríguez, J., & Herrera Torres, F. (2016). Guía de autoempleo en Logopedia.

Rodríguez Riaño, L. J., Ballesteros Pérez, D. V., Franco Hernández, S. G., Burgos García, M., Hernández Blanco, M. L., & Ramírez Lozano, M. T. (2018). Práctica fonoaudiológica en unidades de cuidado crítico en Colombia.

Rojas, C. O. M., Fretes, L. M. G., Arapayú, M., & Vanni, C. M. L. (2019). Perfil lipídico en una cohorte de pacientes HIV positivos con tratamiento antirretroviral del Programa Regional de Control VIH-SIDA de la VII Región Sanitaria de Itapúa. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 8, 231-232.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina / Ley 27568 del ejercicio profesional de la fonoaudiología. --en Boletín Oficial del día 27 de octubre de 2020. -- Buenos Aires. -- en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027> (05/11/2020).

Tobar, F. (2011). La atención de salud ¿Que aprendimos de las reformas de Salud? Evidencias de la experiencia Internacional y propuestas para Argentina. *Buenos Aires*, 62.

Tobar, F. (2015). Módulo 1 Salud y cuestión social. *Gestión territorial integrada para el sector salud*, 11.

Tobar, F., Anigstein, C. (2013). *Redes en salud*. Universidad Arturo Jauretche

Vega Rodríguez, Y. E., Torres Rodríguez, A. M., & del Campo Rivas, M. N. (2017). Análisis del Rol del Fonoaudiólogo (a) en el Sector Salud en Chile. *Ciencia & trabajo*, 19(59), 76-80.

Villarreal, S. (1998) La interdisciplinariedad en el equipo de salud. -- Apunte de Cátedra Introducción a la Fonoaudiología. -- Universidad Nacional De Rosario. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Fonoaudiología. Rosario.

White, K. L., Williams, T. F., & Greenberg, B. G. (1961). The ecology of medical care. *N Engl J Med*, 265(18), 885-892.

Zurro, A. M., Castelltort, A. L., & Miret, A. S. (2000). El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Atención primaria*, 25(1), 48.

Zurro, A. M. (2005). Sobre la calidad percibida de la atención primaria. *Atención primaria*, 36(7), 364.

Sitios consultados

Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud *versión On-line* ISSN 2307-2113
Rev. cuba. inf. cienc. salud vol.32 no.3 La Habana jul.-set. 2021 Epub 01-Sep-2021

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR⁴⁹

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/s _____

E-mail _____

Título obtenido _____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

⁴⁹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ópagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **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

Firma del Autor Lugar y Fecha

EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO FRENTE A PACIENTES INTERNADOS: RECURSOS Y ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS

VERÓNICA PETELIN

Objetivo:

Indagar cuál es el rol del Fonoaudiólogo frente pacientes internados, los recursos y las estrategias implementadas durante 5 jornadas laborales en un Hospital Público de Mar del Plata en el Año 2023

Materiales y métodos

La investigación es descriptiva ya que las características analizadas se miden de forma independiente. El diseño es no experimental ya que no se manipulan las variables y transversal debido a que los datos se toman en un único momento.

Resultados

En la etapa 1 en el seguimiento realizado la mayoría de los pacientes padecen ACV. En la etapa 2 se llevó a cabo una encuesta a varios agentes referentes en salud que trabajan dentro o fuera del ámbito hospitalario, los 17 datos encuestados la mayoría hace referencia que el fin último de un fonoaudiólogo es la evaluación y la rehabilitación de la deglución y el habla Si bien consideran sumamente importante el rol del fonoaudiólogo en este ámbito, no siempre es valorado.

Conclusiones

Es necesario fortalecer las especialidades fonoaudiológicas debido a que las problemáticas actuales son de gran complejidad, tal es el caso del accidente cerebro vascular, que deja grandes y graves secuelas en el paciente joven o adulto mayor.

