

	<b>GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS</b>	<b>CÓDIGO</b>	FO-GS-15	
		<b>VERSIÓN</b>	02	
	<b>ESQUEMA HOJA DE RESUMEN</b>		<b>FECHA</b>	03/04/2017
			<b>PÁGINA</b>	1 de 1
<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>		
Jefe División de Biblioteca	Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad		

## RESUMEN DE TRABAJO DE GRADO

AUTORES:

NOMBRES: DIANA MARCELA

APELLIDOS: DELGADO GUTIERREZ

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERIA

DIRECTOR:

NOMBRES: GLORIA OMAIRA

APELLIDOS: BAUTISTA ESPINEL

TÍTULO DEL TRABAJO (PASANTIAS):

CODIGO LILA, ESTRATEGIA HUMANIZANTE HACIA EL FINAL DE VIDA EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023

El presente proyecto es un trabajo de extensión modalidad pasantía, que trata sobre el código lila como estrategia humanizante hacia el final de la vida, el cual se realizó en las tres Unidades de Cuidado Intensivo adulto de la Clínica Medical Duarte. Este proyecto se realizó durante el mes de abril, mayo y principios de junio del presente año. El proyecto tiene como objetivo principal implementar una estrategia de apropiación en el personal de salud sobre la importancia de brindar un cuidado humanizado en los pacientes con código lila en la UCI. El desarrollo de este proyecto permitió fortalecer el conocimiento del personal de salud, igualmente fortalecer las habilidades de comunicación asertiva con los pacientes y sus familiares. Se llevó a cabo en tres etapas, en la primera se elaboró y aplicó un formulario electrónico diagnóstico para el personal de salud sobre los conocimientos relacionados con el Código lila, en la segunda se elaboraron estrategias enfocadas al fortalecimiento y diseminación de la información relacionada con los cuidados al final de vida para la implementación del código lila y en la tercera se realizaron actividades relacionadas al tema tratado fortaleciendo principalmente la participación de la familia en situaciones de final de vida.

Palabras clave: Código lila, Unidad de Cuidado Intensivo, familia, final de vida, pasantía

Características: Pagina: 158 Planos \_\_\_\_ Ilustraciones  x  CD Room: \_\_\_\_

**PROYECTO PARA TRABAJO DE EXTENSIÓN MODALIDAD PASANTÍA**  
**CODIGO LILA, ESTRATEGIA HUMANIZANTE HACIA EL FINAL DE VIDA EN**  
**UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE**  
**DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023**

**PRESENTADO POR:**

**DIANA MARCELA DELGADO GUTIERREZ**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**  
**SAN JOSE DE CUCUTA**  
**2023**

**PROYECTO PARA TRABAJO DE EXTENSIÓN MODALIDAD PASANTÍA**  
**CODIGO LILA, ESTRATEGIA HUMANIZANTE HACIA EL FINAL DE VIDA EN**  
**UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LA LÍNICA MEDICAL DUARTE**  
**DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023**

**PRESENTADO POR:**

**DIANA MARCELA DELGADO GUTIERREZ**

**DIRECTOR (A):**

**GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL**  
**PHD EN BIOÉTICA**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**  
**SAN JOSE DE CUCUTA**  
**2023**

## Acta de Sustentación

**UFPS** Universidad Francisco  
de Paula Santander  
Vigilada Mineducación

NIT. 890500622 - 6



**ACTA DE SUSTENTACION N° 03**  
**PROYECTO DE GRADO MODALIDAD PASANTÍA**

**FECHA:** SAN JOSE DE CUCUTA, 23 DE JUNIO DE 2023 HORA: 3:00 P.M.

**LUGAR:** FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD- SALÓN 204 -BLOQUE C

**PROGRAMA DE:** ENFERMERÍA

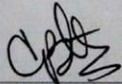
**TITULO DEL PROYECTO DE PASANTÍA:** "CODIGO LILA, ESTRATEGIA HUMANIZANTE HACIA EL FINAL DE VIDA EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023".

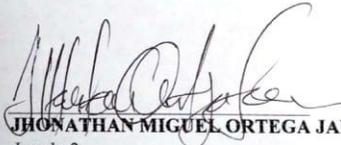
**JURADOS:**  
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL  
JHONATHAN MIGUEL ORTEGA JAIMES  
MARÍA DEL PILAR UREÑA MOLINA

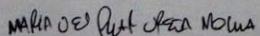
**DIRECTOR:** GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

<b>NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOTA</b>	<b>CALIFICACION</b> (A) (M) (L)
<u>DIANA MARCELA DELGADO GUITÉRREZ</u>	<u>1801073</u>	<u>4.2</u>	<u>X</u>

**FIRMA**

  
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL  
Jurado 1

  
JHONATHAN MIGUEL ORTEGA JAIMES  
Jurado 2

  
MARÍA DEL PILAR UREÑA MOLINA  
Jurado 3

  
Vo. Bo. GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL  
Directora Programa Enfermería

## **Dedicatoria**

Dedico este proyecto de manera especial a Dios por guiarme y cuidarme durante mi carrera, a mis padres y hermana porque ellos son la motivación de mi vida, por confiar siempre en mí y por estar siempre aun cuando el camino es difícil, gracias a ellos porque han ayudado a construir y forjar la persona que soy hoy en día y por ellos seguiré luchando para darles una mejor vida.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer primeramente a Dios por su amor y su bondad, por permitirme culminar con éxito una etapa más de mi vida y hacerme crecer y mejorar como ser humano

A mis padres y hermana, que con su apoyo incondicional me han enseñado que nunca se debe dejar de luchar por los sueños

A la profesora Gloria Bautista y a los coordinadores de las unidades de cuidado intensivo adulto de la Clínica Medical Duarte por guiarme durante el desarrollo del proyecto

Cada momento vivido durante todos estos años de carrera son simplemente únicos e irremplazables hubieron momentos de tristeza como de alegría pero todo esto fue para hacerme crecer y superar barreras las cuales no me dejaban avanzar.

## Índice General

1.Introducion	10
2.Título	11
3.Situación Problemática	11
4.ustificación	15
5. Resultados Esperados Y Potenciales A Desarrollar	18
6. Objetivos	21
6.1 Objetivo General	21
6.2 Objetivos Específicos	21
7. Referentes Teóricos	22
7.1 Antecedentes	22
7.2 Marco Conceptual	28
7.3 Marco Contextual	30
7.3.1 Ubicación	30
7.3.2 Direccionamiento Estratégico	32
7.4 Marco Legal	34
7.5 Marco Teórico	37
7.6 Marco Etico	40
8. Descripción Del Proyecto Desarrollado	41
9. Plan Operativo Con Resultados	43
9.1 Cronograma	149
9.2 Presupuesto	151
10. Conclusiones Del Proyecto	152
11. Recomendaciones	153
12. Referencias Bibliográficas	154

## Índice De Tablas

Tabla 1. Generación de nuevo conocimiento	18
Tabla 2. Fortalecimiento de la comunidad científica	19
Tabla 3. Apropiación social del conocimiento	19
Tabla 4. Impactos esperados	20
Tabla 5. Plan operativo con resultados	43
Tabla 6. Resultados del proyecto por objetivo	47
Tabla 7. Formulario diagnostico	49
Tabla 8. Cuadro de experiencias	58
Tabla 9. Resultados del proyecto por objetivo	72
Tabla 10. Resultados del proyecto por objetivo	94
Tabla 11. Resultados del proyecto por objetivo	132
Tabla 12. Resultados del proyecto por objetivo	143
Tabla 13. Resultados del proyecto por objetivo	145
Tabla 14. Cronograma	149
Tabla 15. Presupuesto	151

## Índice De Figuras

Figura 1. Logo Clínica Medical Duarte	30
Figura 2. Fuente propia	51
Figura 3. Fuente propia	52
Figura 4. Fuente propia	52
Figura 5. Fuente propia	53
Figura 6. Fuente propia	55
Figura 7. Fuente propia	56
Figura 8. Fuente propia	57
Figura 9. Fuente propia	57
Figura 10. Fuente propia	61
Figura 11. Fuente propia	62
Figura 12. Fuente propia	63
Figura 13. Fuente propia	65
Figura 14. Fuente propia	71
Figura 15. Fuente propia	92
Figura 16. Fuente propia	93
Figura 17. Fuente propia	95
Figura 18. Fuente propia	118
Figura 19. Fuente propia	121
Figura 20. Fuente propia	122
Figura 21. Fuente propia	123
Figura 22. Fuente propia	123
Figura 23. Fuente propia	124
Figura 24. Fuente propia	125
Figura 25. Fuente propia	126
Figura 26. Fuente propia	127
Figura 27. Fuente propia	128
Figura 28. Fuente propia	129
Figura 29. Fuente propia	129
Figura 30. Fuente propia	131
Figura 31. Fuente propia	135
Figura 32. Fuente propia	136
Figura 33. Fuente propia	137
Figura 34. Fuente propia	139
Figura 35. Fuente propia	140
Figura 36. Fuente propia	141
Figura 37. Fuente propia	141
Figura 38. Fuente propia	144
Figura 39. Fuente propia	144

## 1. Introducción

A lo largo de la historia, el trato humanizado en las unidades de cuidado intensivo en los pacientes con código lila sigue siendo un problema, al cual no se le ha dado la debida importancia que requiere, en la actualidad se puede observar que los pacientes son tratados como individuos que padecen una enfermedad los cuales requieren tratamiento o algún procedimiento más y se olvidan de una parte fundamental la cual es que esos individuos son seres sintientes que no solo necesitan cuidados en la parte física sino también en la parte psicológica y emocional.

También se puede decir que no se da este trato humanizado por la sobrecarga laboral del personal asistencial, porque no cuentan con ayuda profesional en la parte emocional, ya que ellos se enfrentan a la muerte todos los días o algunas veces porque el personal se acostumbra a ver morir pacientes y pierden esa parte humana con los familiares que están pasando por ese duelo.

Por todo lo anterior, nace el “Código Lila”, el cual es una herramienta más que busca humanizar los servicios de salud, representado por un colibrí lila colocado a la entrada del cubículo del paciente, indicando al grupo asistencial que allí se encuentra un paciente-familia, en una situación de los últimos días, por eso el proyecto realizado se enfoca en determinar los conocimientos del personal de salud sobre el código lila, la integración del personal con la familia y el acompañamiento hasta el final de vida del paciente.

## 2. Título

### **Código lila, estrategia humanizante hacia el final de vida en unidades de cuidado intensivo de la clínica medical duarte durante el primer semestre del 2023**

## 3. Situación Problemática

Las principales causas de mortalidad en Colombia en grandes grupos se encuentran registradas en el periodo 2020-2022, están representadas en primer lugar por enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 153.51, también encontramos todas las demás causas (enfermedades crónicas de las vías respiratorias superiores e inferiores, diabetes mellitus, peritonitis, obstrucción intestinal, cirrosis hepática y enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis) con una tasa de 132,72, Neoplasias con una tasa 98.96, las enfermedades transmisibles con una tasa de 34,11, síntomas, signos y afecciones mal definidas con una tasa de 5,55. Según los indicadores de la situación de salud en Colombia la tasa de mortalidad total es de 4,95 la cual hace parte de todas las muertes intrahospitalarias que ocurren en las unidades de cuidado intensivo. (Ministerio de salud, 2021 p.11).

Numerosos estudios evidencian la efectividad de humanizar las Unidades de Cuidado Intensivo, a través de la implementación de estrategias que mejoren la atención en los últimos momentos de vida del paciente, un ejemplo de esto es el código lila, el cual es un mecanismo institucional a través del cual se acompaña con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia, asistido desde un proceso de muerte digna en un ambiente hospitalario lleno de respeto y comprensión por parte del grupo asistencial, equipo de apoyo final de vida y administrativo en el espacio donde se encuentra el paciente .

(C.S.Rafael 2020 p.11)

“Cuando hablamos de código lila también estamos hablando de las Unidades de Cuidado

Intensivo (UCI) ya que son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida”. (C.S. Rafael 2020 p.12).

Asimismo se debe resaltar que en la UCI se encuentran los pacientes que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día debido a que su estado es crítico, los pacientes candidatos a ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos se selecciona dependiendo de las características de la misma, pero suele incluir una valoración objetiva, reproducible y cuantificable de la gravedad de los pacientes, la necesidad de esfuerzo terapéutico y los resultados medidos como supervivencia y calidad de vida. (Ministerio de salud, 2021 p.12).

Por otra parte es importante hablar del final de la vida ya que representa un problema potencial del cuidado cotidiano en la UCI, en este sentido, “La meta primordial del cuidado a la persona en estado crítico es proporcionar a los pacientes un ambiente óptimo y especializado, con personal altamente calificado y entrenado para enfrentar con solvencia profesional, autonomía, calidad y calidez los problemas reales y potenciales que caracterizan a este grupo de pacientes”. (C.S.Rafael 2020 p.12).

“La calidad de la atención al final de la vida, se define como el cuidado adecuado desde el punto de vista tanto humano como técnico, que se brinda al paciente grave o en fase terminal antes de su fallecimiento. Dicho cuidado reúne los requisitos de seguridad, oportunidad, satisfacción de necesidades, resultados, indicadores y efectividad, así como un trato digno, con respeto, información adecuada y empatía. Estos son los lineamientos humanísticos para ofrecer atención con calidez y humanismo al final de la vida”. (C.S.Rafael 2020 p.12).

Otro tema importante a tratar es la muerte en la UCI ya que es una realidad muy común, que

demanda formación y preparación del equipo multidisciplinario en salud para soportar y ayudar tanto al paciente como a la familia y contribuir asertivamente en la última etapa de vida de un ser querido (C.S.Rafael 2020 p.13), cuando hablamos del concepto de muerte para el equipo de salud es muy difícil encontrar el más acertado ya que ellos tienen como objetivo principal salvar o prolongar la vida de los pacientes, asimismo se encontró un estudio llamado -“realidad en la unidad de cuidado intensivo”- el cual habla de la muerte del paciente como sensación de fracaso y menciona las preguntas que se hace el personal de salud en el momento del deceso del paciente , preguntas como: ¿será que no hice todo lo que debía hacer?, ¿tome todas las medidas correspondientes con el paciente? además resalta que lo más cruel es que muchos profesionales se tienen que enfrentar a la muerte con escasos conocimientos psicológicos, poco apoyo institucional y desconocimiento de técnicas y estrategias terapéuticas de afrontamiento o de autoayuda y aun así se deben de armar de valor para ser un soporte emocional y psicológico para la familia de esos pacientes (Gracia C, Torres C 2017p.13).

Cabe resaltar que en la Clínica Medical Duarte se viene trabajando en este importante tema por lo tanto se creó una línea estratégica llamada: humanización en las unidades de cuidados intensivos del cual hace parte el diseño del protocolo de atención para los pacientes con código lila que se creó en el 2019, de igual forma se realizan capacitaciones anuales sobre temas relacionados con el cuidado humanizado.

A nivel Internacional se encontró un estudio realizado en España el cual explica que en los últimos años se ha investigado todo lo referente a la muerte y el morir, se ha tratado de hallar nuevas y mejores formas de asistir a estos pacientes, el estudio se basa en el hecho de la muerte, la cual ha sido en todas las sociedades, para todos los grupos humanos y para todos los individuos una situación que se ha afrontado de muy diversas formas. En general, a pesar de que

la muerte es una parte, un fenómeno de la propia existencia, existe un rechazo hacia ella, hacia las personas que se hallan cercanas a la situación de muerte, cabe resaltar que el estudio lo que busca es invitar a la reflexión, personal o en grupo, para fomentar actitudes positivas en el equipo de salud para el adecuado cuidado de estos pacientes. (Arias R, Alejandra S 2018 p.14).

Por otro lado a nivel nacional se encontró un estudio realizado en la ciudad de Cali, donde se valoró la calidad del conocimiento que tiene el personal de salud sobre el código lila, en el estudio se pudo observar que se encontraron 183 pacientes fallecidos con activación del protocolo de código lila con un promedio de mes 15.25, y en el 2019 se encontraron 94 pacientes fallecidos con un promedio de mes de 18.8 donde se logró evaluar el conocimiento y actitud del personal de salud frente a estas situaciones, por lo tanto este estudio en relación con el proyecto busca enfatizar la importancia de la capacitación del personal de salud que atiende a estos pacientes. (Robert Suarez 2009 p.14).

Con todo lo dicho anteriormente en definitiva el problema encontrado en el servicio de UCI de la Clínica Medical Duarte es que existe el código lila pero no lo han implementado correctamente, además de que parte del personal de salud no está capacitado sobre este tema, asimismo el censo de mortalidad de la UCI se realiza mensual, el último censo realizado fue el del mes marzo < 48 horas: 5 (0.0393701) >48 horas: (0.1181102) con un total de 20 (0.1574803).

Por lo tanto desde la Universidad Francisco de Paula Santander y su Facultad de Ciencias de la Salud con su Programa de Enfermería se realizará este proyecto con el propósito de poder contribuir a la generación de conocimiento científico en la Unidad de Cuidados Intensivos ya que hay muy pocos estudios relacionados con este tema, además de lograr un cuidado humanizado para el paciente y su familia.

#### 4. Justificación

El final de la vida es uno de los momentos más difíciles, el cual con frecuencia ocurre en la Unidad de Cuidado Intensivo, este momento lo podemos dividir en dos partes, primeramente están los profesionales de la salud los cuales deben cuidar su salud emocional y psicológica ya que están expuestos a la muerte todos los días, además deben de estar capacitados para brindar cuidados basados en las necesidades de los pacientes y su familia para preservar la dignidad y el respeto de la persona, garantizar la comodidad y el bienestar. La segunda parte es permitir la presencia, el acompañamiento y la proximidad de los familiares durante el final de la vida (C.S.Rafael 2020 p.15)

El paciente y su familia conjuntamente son siempre la unidad a tratar y se debe tener presente que para la familia, el poder realizar una tarea concreta en relación con el cuidado directo del enfermo es un elemento de disminución del impacto. Se ha evidenciado que algunos miembros de la familia se encuentran interesados en atender al paciente, ya que esto aumenta la esperanza y permite tolerar la situación.

El desarrollo de este proyecto permitirá fortalecer el conocimiento del personal de salud, igualmente fortalecerá las habilidades de comunicación asertiva con los pacientes y sus familiares.

En la clínica Medical Duarte se espera obtener impacto dentro de las siguientes esferas del ámbito organizacional:

Mejorar la reputación o imagen de la entidad a través de encuestas de satisfacción que muestran la preferencia de los usuarios por sus servicios o la entidad es reconocida por la implementación de una práctica humanizada que genera valor agregado a sus procesos básicamente en el tema de calidad

En la esfera capital humano se incrementara la cualificación del personal de salud mediante procesos de fortalecimiento del conocimiento sobre el código lila.

Desde el ámbito científico, este proyecto aporta nueva información que complementará los conocimientos del personal de salud, dado que a nivel local, los datos sobre el código lila en la Unidad de Cuidados Intensivos son escasos, por lo tanto, se ampliarán los saberes y el campo de actuación científica, dando pie a nuevas investigaciones y estudios sobre la importancia de brindarle al paciente un proceso de muerte digna en un ambiente lleno de respeto y confianza en las instituciones de salud.

Así mismo, también hace una contribución importante al avance de la profesión de enfermería y de los profesionales de la salud en general, debido a que se estructuraran los cuidados e intervenciones que se deben brindar a los pacientes con código lila. Por lo tanto, brinda a los profesionales de la salud las herramientas que necesitan para su trabajo diario, y también les permite ampliar sus conocimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos, contribuyendo a su formación continua y creando personal idóneo y capacitado no solo en la parte del conocimiento, sino también con el objetivo humanizar al personal para mejorar la calidad de la atención al final de la vida de los pacientes.

Se debe destacar que durante la formación académica “existe en los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, una desproporción entre los conocimientos teórico-prácticos recibidos y la preparación en los aspectos humanos de la profesión ya que en la actualidad el personal de salud se enfoca en la práctica como lo son los procedimientos pero dejan de tratar al paciente como un ser humano y lo tratan como un usuario más que esta en la unidad”. De aquí se destaca la falta de preparación para el cuidado de enfermería entre la vida y la muerte. (Ángela J, Alejandro C, Julián A, victoria S, Mayra B, Angélica O 2019 p.16).

La significancia social se hace relevante desde dos perspectivas diferentes: una a partir de los indicadores y estadísticas a nivel mundial, de Latinoamérica y de Colombia, que reflejan la mortalidad en los servicios de salud, la otra, desde una perspectiva social que resalta la relevancia y trascendencia de la presencia, el acompañamiento y los cuidados brindados durante los últimos momentos de vida, los cuales son extensivos a la familia del paciente y deben ser evidenciados durante la comunicación, la interacción y la relación enfermero-paciente-familia. (Ángela J et al 2019 p.17).

La resolución 13437 de 1991 busca adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las instituciones hospitalarias públicas y privadas. (Burgos m, Simarro m, fremap e, jardín c, dccu e, sevilla d 2009 p.17).

Dentro de los beneficios del proyecto se encuentra el fortalecimiento de estrategias para contribuir al cuidado humanizado de los pacientes con código lila, además de minimizar los problemas con los pacientes y su respectiva familia y por ende, se reduzcan los costos asociados a las mismas, además que sea reconocida como una institución comprometida por el trato humanizado al final de la vida.

De igual manera, se reconocerá el nombre de la Universidad Francisco de Paula Santander como una institución interesada en conocer más sobre el código lila, por sus aportes y contribuciones al desarrollo científico de la disciplina de enfermería, por lo tanto tiene un efecto en el ámbito académico al aumentar los conocimientos previamente adquiridos en la universidad con una revisión extensa de la literatura, que permite profundizar y ampliar los conocimientos que promueven el desarrollo del conocimiento en el campo de investigación de los futuros profesionales.

Finalmente, brinda a los estudiantes de enfermería acceso a las bases necesarias para la formación académica, ya que este proyecto por ser de extensión se enfoca en uno de los aspectos misionales de la universidad, la proyección social mediante la interacción con el sector productivo.

### 5. Resultados esperados y potenciales a desarrollar

En este proyecto se obtendrán resultados relevantes en cuanto al cumplimiento de los procesos de humanización con los pacientes con código lila, en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Medical Duarte

- Diseño de un formulario electrónico de diagnóstico para el personal de salud sobre los conocimientos relacionados con el Código lila.
- Planteamiento de las acciones de mejora derivadas de los resultados obtenidos en los formularios y la observación realizada.
- Elaboración de estrategias enfocadas en el fortalecimiento y diseminación de la información relacionada con el código lila.
- Elaboración de estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones de final de vida en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Tabla 1 Generación de nuevo conocimiento**

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Fortalecimiento del conocimiento relacionado con el tema código lila.	N° de jornadas de capacitación realizadas N° de personal que participa en las jornadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de salud que trabaja en la UCI de la Clínica Medical Duarte.</li> <li>• Estudiante del proyecto de extensión-pasantías.</li> </ul>

**Tabla 2 Fortalecimiento de la comunidad científica**

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Fortalecimiento del trato humanizado a los pacientes con código lila en la Unidad de Cuidado Intensivo.	N° de jornadas de capacitación realizadas N° de personal que participa en las jornadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de salud que trabaja en la UCI de la Clínica Medical Duarte.</li> <li>• Estudiante del proyecto de extensión-pasantías.</li> <li>• Pacientes que se encuentran en la UCI.</li> </ul>

**Tabla 3 Apropiación social del conocimiento**

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Se realizara un video explicativo con el personal de salud sobre el proceso del Código lila en la UCI.	N° de videos interactivos elaborados para el personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de salud que trabaja en la UCI de la Clínica Medical Duarte.</li> <li>• Pacientes que se encuentran en la UCI.</li> </ul>

**Impactos esperados a partir del uso de los resultados (máximo 500 palabras):** Este proyecto tiene como objetivo principal implementar estrategias humanizantes para los pacientes con código lila, se desea lograr a mediano plazo con resultados como el fortalecimiento de los conocimientos del equipo de salud sobre el código lila, cabe resaltar que no solo se espera en la parte de conocimientos sino también en la parte práctica, como ofrecer un trato humanizado lleno de respeto hacia estos pacientes y promover la participación de la familia, además se espera que la realización del video con el equipo de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos sea exitoso y se pueda colocar en la plataforma de la Clínica Medical Duarte.

**Tabla 4 Impactos esperados:**

<b>Impacto esperado</b>	<b>Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)</b>	<b>Indicador verificable</b>	<b>Supuestos</b>
Se incrementa la cualificación del personal de salud mediante procesos de fortalecimiento del conocimiento sobre el código lila.	Después de finalizado el proyecto 5-9 años (mediano).	% de conocimiento sobre el código lila. Nº de jornadas de capacitación realizadas.	Las nuevas estrategias de fortalecimiento del conocimiento sobre el código lila, son apropiados para el personal de salud.
Mejorar el posicionamiento de la institución en la comunidad por medio de encuestas de satisfacción que muestran la preferencia de los usuarios por sus servicios o la entidad es reconocida por la implementación de una práctica humanizada que genera valor agregado a sus procesos básicamente en el tema de calidad.	Después de finalizado el proyecto 5-9 años (mediano).	Aumento de la credibilidad institucional en un 90%  El 80% del personal de salud de la entidad mejoran sus competencias en cuanto al trato humanizado con los pacientes con código lila.	El contexto organizacional de la entidad se mantiene estable durante la ejecución del proyecto y hay adecuada sinergia en las acciones adelantadas con la UFPS.

## **6. Objetivos**

### **6.1 Objetivo General**

Implementar una estrategia de apropiación en el personal de salud sobre la importancia de brindar un cuidado humanizado en los pacientes con código lila en los servicios de Cuidado intensivo de la clínica Medical Duarte de la ciudad de Cúcuta Norte de Santander, mediante el desarrollo de un proyecto de extensión-modalidad pasantía durante el primer semestre del 2023.

### **6.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar las necesidades de conocimiento por parte del personal de salud en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Medical Duarte sobre el código lila.
2. Desarrollar estrategias enfocadas al fortalecimiento y diseminación de la información relacionada con los cuidados al final de vida para la implementación del código lila en los servicios de cuidado intensivo.
3. Promover a nivel institucional los elementos, acciones y actividades que involucran la implementación del código lila, fortaleciendo principalmente la participación de la familia en situaciones de final de vida

## 7. Referentes Teóricos

### 7.1 Antecedentes

Se encontraron algunas investigaciones a nivel internacional y nacional relacionadas con el código lila en las Unidades de Cuidado Intensivo, de las cuales se tomaron como referentes las siguientes:

A nivel internacional en España en el 2019, Encarnación Pérez, et Al, publicaron una revista denominada “Cuidados al paciente y su familia al final de la vida: la anticipación compasiva” El objetivo principal de esta investigación consiste en describir el concepto de “anticipación compasiva” como una forma de cuidar al paciente y a su familia al final de la vida desde la perspectiva tanto de los profesionales, profesores y estudiantes de las ciencias de la salud, como de las personas con enfermedad avanzada y sus familiares. Se ha empleado para ello una metodología cualitativa. Los datos se recogieron a través de entrevistas en profundidad y de grupos focales, siendo analizados y codificados usando la técnica de la teoría fundamentada. Se obtuvo la aprobación de un Comité de Ética. La muestra intencionada fue de 29 participantes: pacientes y familiares de pacientes con enfermedad avanzada, profesionales asistenciales de CP y expertos en bioética, profesores universitarios y estudiantes de Ciencias de la Salud. Los datos se recogieron en un Hospital de CP en Madrid, España. Los participantes valoran positivamente la anticipación compasiva de los profesionales que supone estudiar y reflexionar sobre las posibles complicaciones que pueden derivarse de la situación de enfermedad avanzada que padece el enfermo y dialogar con él acerca de las posibles actuaciones al respecto. El artículo concluye que la compasión es una virtud que implica adelantarse a las necesidades de los pacientes para que el enfermo pueda tomar decisiones compartidas acertadas. Es lo que se denomina anticipación compasiva. Son necesarios ulteriores estudios que profundicen en las características de la

anticipación compasiva y cómo desarrollarla de forma óptima en los pacientes al final de la vida. (Ángela J et al 2019 p.22).

También se encontró en España en el 2017, Girbau Campo et Al, Publicaron un estudio denominado “Calidad de la atención en pacientes que fallecen en cuidados intensivos” En el estudio se pudo evidenciar que la calidad de la atención del fallecimiento en las unidades de cuidados intensivos (UCI) debería perseguirse del mismo modo que se busca la excelencia en otros aspectos clínicos. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de atención que se le brinda a los pacientes fallecidos mediante un análisis del grado de implementación de los indicadores de calidad desarrollados por el Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos de la Robert Wood Johnson Foundation (RWF), que definen criterios de excelencia en el cuidado de final de vida de calidad en cuidados intensivos. La mayor fortaleza se encontró en la continuidad de cuidados, en el cumplimiento de la información médica, en las medidas que dirigen su objetivo a centrar las decisiones de tratamiento en el paciente/familia. En las demás, la comunicación interdisciplinar con la familia, la documentación del control sintomático, el apoyo psicosocial y espiritual al paciente/familia, el cumplimiento fue bajo. Como conclusión, el cuidado al final de la vida en las UCI observadas es de baja calidad, además el estudio identifica déficits y señala recursos reales que permiten diseñar un plan de mejora gradual adaptado a cada realidad hospitalaria. (Girbau Campo 2017 p.23).

A nivel nacional en Nariño en el 2021, Revelo Mueses et Al, publicaron un estudio denominado “Código Lila, una mirada integral hacia los pacientes terminales” el objetivo de este estudio fue la aplicación de una herramienta que permita la muerte digna en los centros hospitalarios, especialmente en el servicio de UCI. Por lo tanto, el artículo de investigación se basa en conocer la percepción que tiene tanto el paciente, familiar y personal asistencial de

enfermería sobre el código lila. El estudio refiere que a pesar del avance tecnológico y la consideración de los derechos del paciente, se hace evidente la inexistencia de estrategias y herramientas que se centren en las necesidades sentidas por aquellos que se encuentran en estado terminal; pues, la rigurosidad en la ejecución de procedimientos médicos hace que exista una oposición frente a dinámicas de cuidado flexibles e innovadoras, que tengan efectos positivos, aun cuando la persona tiene un diagnóstico desalentador. De igual manera, el estudio es novedoso porque en el departamento de Nariño, en la actualidad, existen 10 instituciones sanitarias que cuentan con cuidados paliativos, 7 de ellas en el municipio de pasto y 3 en el municipio de Ipiales, pero en ninguna se ha implementado el Código Lila con su respectivo protocolo de activación, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y todo lo que ello implica, y la importancia para los pacientes en estado terminal, quienes fallecen sin que se les conceda su última voluntad. (Luz I, Julian L, Maria R, Martha E, Miguel S 2018 p.24).

En Bogotá en el 2021, Erazo Muñoz et Al, Publicaron un estudio denominado “Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19” Este estudio se basó en los resultados de una estrategia de acompañamiento virtual y presencial, con base en el cuidado centrado en la persona durante la atención a pacientes hospitalizados por sospecha o confirmación de enfermedad por el nuevo coronavirus 2019. Los resultados de la estrategia de acompañamiento virtual y presencial con enfoque centrado en la persona mostraron que la participación de las familias es importante en el cuidado del paciente y mejora la comunicación e interacción entre los pacientes, las familias y el equipo de salud. Para la modalidad de información virtual se establecieron tres niveles de información : el nivel 1 estaba integrado por profesionales de la salud de diferentes áreas entre los que se encontraban enfermeros, bacteriólogos, psicólogos y trabajadores sociales; en el nivel 2 estaban los médicos

no tratantes y, en el nivel 3, los médicos tratantes o especialistas de cuidados intensivos; cuando los profesionales que hacían parte del nivel 1 de información no estaban en capacidad de resolver las inquietudes de las familias, Para el acompañamiento presencial se adaptó el protocolo organizacional existente conocido como Código Lila para el acompañamiento al final de la vida, que establece las modalidades de acompañante permanente, visita presencial y contacto compasivo. Estas se activaron de manera selectiva a juicio de los equipos de salud para los pacientes que presentaban mayor probabilidad de fallecimiento en el corto plazo, deterioro importante en su estado de salud, dependencia funcional o quienes fallecieron en soledad. (Erazo M, Benavides, Cantor C, Acosta M, castillo A, Aranguren A 2021 p.25).

Así mismo se encontró en Barranquilla en el 2018, Rodríguez Cruz et Al, publicaron un estudio denominado “la enfermera y los cuidados de final de vida”. En este estudio se pudo evidenciar que se tomó como referente la teoría del final de vida tranquilo de las enfermeras Ruland y Moore, ya que postulan una serie de afirmaciones básicas que se deberían cumplir para proporcionar estabilidad al paciente en los momentos finales, facilitando el reposo y la relajación. El estudio destaca la importancia de incluir al paciente y sus cuidadores en la toma de decisiones, haciéndoles partícipes en los cuidados, proporcionando apoyo emocional, siempre inspirando confianza en el desempeño de la profesión y teniendo presente que las experiencias del paciente en estos ámbitos contribuyen a un final tranquilo de vida. Asimismo La enfermera desempeña dentro del equipo de salud un lugar privilegiado, pues entre otras razones permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente y su familia. Su campo de acción abarca todas las etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, adecuándose constantemente a las necesidades de cada grupo (Cruz O, Concepción M 2019 p.25).

Por otra parte se encontró que en Bogotá en el 2018, Ruiz Arias, Publico un proyecto

denominado “Plan de Cuidado de enfermería para el paciente al final de la vida en la Unidad de Cuidado Intensivo”, En este proyecto se evidencio que la UCI es una Unidad especializada para la atención de personas en estado crítico de salud. Sin embargo, no todos los pacientes que ingresan son susceptibles de recuperación y muchos de estos experimentan la última etapa de la vida en estas unidades. Asimismo también habla sobre que el Código lila es un derecho del paciente y su familia, su activación requiere del conocimiento, aceptación y consentimiento informado por parte del paciente y/o su familia, ya que es una herramienta simbólica y una estrategia de acompañamiento que alerta el equipo multidisciplinario en salud, que permite identificar al paciente que se encuentran durante la última etapa de la vida y su familia, con el fin de proporcionar un ambiente de respeto, privacidad y silencio, y brindar los cuidados físicos, emocionales, sociales y espirituales necesarios durante los últimos momentos del ser humano, además resalta los componentes del Código Lila los cuales son: “entrevista familiar, la familia y la notificación médica, la sala de información, la dotación y los elementos y el equipo del Código Lila (Medico Intensivista, Médico General, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería 29 Terapeuta Respiratoria, Trabajadora Social, Psicóloga Clínica y Auxiliar de Servicios generales. La presente propuesta, está enmarcada desde la perspectiva teórica de Ruland y Moore, la cual representa un aporte significativo a la praxis de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo. (Arias R, Alejandra S 2019 p.26).

A nivel regional se encontró en Bucaramanga en el 2019, Cáceres Rivera et Al, publicaron un artículo denominado “Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos “En este artículo se puede evidenciar que en las unidades de cuidado intensivo (UCI) es frecuente el contacto con la muerte a la que se expone el profesional de enfermería. Estas características de las uci generan ciertas repercusiones para el

profesional de enfermería, tal y como lo describió Zambrano en su estudio sobre estresores en las unidades de cuidado intensivo, en donde describe el contacto con el dolor, la toma de decisiones que pueden comprometer la vida del paciente y la muerte como principales estresores, lo cual está fundamentado en la responsabilidad sobre la vida, la salud y el cuidado de otras personas. En razón a lo anteriormente expuesto, algunos autores, como Díaz y colaboradores, refieren que los profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidado intensivo adoptan ciertas actitudes hacia la muerte que pueden ser causadas por un agotamiento emocional, por la ansiedad y por el estrés. Estas actitudes que el profesional de enfermería toma frente a la muerte dependen de varios factores. Alonso, en 2014, define la muerte como un suceso que ocasiona todo tipo de comportamientos, actitudes y emociones, como el miedo y la ansiedad en la mayor parte de las ocasiones. El objetivo de este estudio fue describir las actitudes hacia la muerte en un grupo de enfermeras que laboraban en una UCI de alta complejidad. Se aplicó el perfil revisado de actitudes.

En los resultados de este estudio se encontró que el promedio general de la escala de actitud hacia la muerte fue  $133,53 \pm 21,50$ . La actitud con mayor promedio fue la de aceptación de acercamiento con  $48,17 \pm 12,64$ , seguida por la actitud de aceptación neutral con  $28,94 \pm 4,62$  y miedo a la muerte con  $23,0 \pm 7,42$ . (Cáceres Rivera, Crisancho Zambrano, López Romero 2019 p. 27).

## 7.2 Marco Conceptual

**Código lila:** Es un mecanismo institucional a través del cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia, brindando un proceso de muerte digna en un ambiente hospitalario lleno de respeto y confianza, por parte del grupo asistencial y de personal de apoyo administrativo donde se encuentra el paciente. (Kelly de la Cruz 2018 p.28).

El objetivo del código lila es identificar y brindar una asistencia humanizada a las familias durante el proceso de preparación al inminente fallecimiento de los pacientes, en el ambiente hospitalario, acompañado en un contexto de respeto y consideración fomentado por parte del grupo asistencial, el equipo de apoyo final de vida y administrativo.

(Ministerio de salud, 2021 p.28).

### **El código lila debe brindar los siguientes apoyos:**

- **Apoyo médico:** El personal médico deberá brindar una adecuada información a la familia del paciente con el fin de poderse preparar a la experiencia de la pérdida para así favorecer espacios de reconciliación y sanación emocional entre la familia y su ser querido. (Ministerio de salud, 2021 p.28).
- **Apoyo personal de enfermería:** “ubicar la tarjeta código lila en la puerta de la habitación o cubículo del paciente, además de propiciar el silencio y promover el respeto en el espacio donde se encuentra el paciente”. (Ministerio de salud, 2021 p.28).
- **Apoyo psicológico:** “se tendrá que contar con el apoyo del personal de psicología de la institución, quienes orientaran en el cuidado emocional y el adecuado desarrollo del pre duelo”. (Ministerio de salud, 2021 p.28).

- **Acompañamiento y experiencia del paciente:** brindara asistencia espiritual al paciente y su familia de acuerdo con su postura religiosa o ideológica. Orientara a la familia en el adecuado acompañamiento del paciente en su etapa terminal y en el momento del fallecimiento del paciente. (Ministerio de salud, 2021 p.29).
- **Visita al paciente:** “Se debe considerar importante que la familia pueda tener un espacio de acompañamiento digno con su ser querido, por esta razón se debe favorecer el ingreso ordenado de la familia para el encuentro con su paciente”. (Ministerio de salud, 2021 p.29).

### **Tarjeta código lila y su significado:**

Esta tarjeta será ubicada en la puerta de la habitación del paciente terminal, indicará a todo el personal que en esa habitación se encuentra un paciente en su proceso de final de vida. El corazón representa el amor con el que deben estar rodeados los pacientes en su ciclo final de vida ya que todo paciente terminal merece ser acompañado en su ciclo final de vida en forma digna y respetuosa, desde el lenguaje del amor y la fe. (Ministerio de salud, 2021 p.29).

### **Paciente en final de vida:**

“Se describe al paciente en final de vida como el período que precede a la muerte del individuo como parte de un proceso que no puede ser detenido por el equipo de salud”. (Universidad de Chile Medicina 2019 p.29).

### **Estrategias humanizantes:**

Son todas aquellas prácticas individuales y colectivas, en la sociedad, en el sector salud y en la formación de las personas que conducen a favorecer y a respetar el valor intrínseco de cada persona, el goce del derecho fundamental de la salud, la dignidad humana y la autonomía de los seres humanos en su interacción con el entorno. (Ministerio de salud 2020 p.29).

## Servicios de cuidado Intensivo

“Se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación”. (Gracia C, Torres C 2017 p.30).

## 7.3 Marco Contextual

### 7.3.1 Ubicación



Figura 1. Logo Clínica Medical Duarte

**Razón Social:** Medical Duarte ZF SAS

**Nit:** 900.470.642-9

**Ciudad:** Cúcuta

**Dirección:** Calle 0N Esquina 16E-20 av. Libertadores

**Teléfono(s):** 5955859

**Correo:** <http://clinicamedicalduarte.com>

**Servicios prestados:**

- Unidades de cuidados intensivo
- Urgencias
- Unidad de consulta externa especializada
- Unidad de apoyo diagnóstico especializado
- Unidad de ginecología y obstetricia de alto riesgo
- Unidad de gastroenterología
- Unidad de hemodinámica diagnóstica e intervencionista
- Unidad de electrofisiología segunda fase
- Unidad de cirugía cardiovascular para adultos
- Unidad de cirugía vascular y endovascular
- Unidad de cardiología no invasiva
- Centro de cirugía general
- Centro de cirugía en ortopedia y traumatología
- Unidad de cirugía maxilofacial
- Unidad de cirugía plástica y reconstructiva
- Unidad de cirugía en otorrinolaringología
- Unidad de cirugía de tórax
- Unidad de cirugía ambulatoria
- Unidad especializada de neurocirugía
- Complejidad de la IPS: Alta y mediana (servicios)
- Servicios:
- Cuidado Intermedio: Pediátrico X Neonatal X Adultos X
- Cuidado Intensivo: Neonatal X Adultos X Cardiovascular X (19).

### 7.3.2 Direccionamiento Estratégico

#### **Misión.**

En la Clínica Medical Duarte Trabajamos por la recuperación de la salud de nuestros pacientes, a través de servicios integrales de Mediana y Alta Complejidad desarrollados con estándares de calidad, de manera segura y humanizada apoyados en un modelo organizacional eficiente, un recurso humano competente y comprometido y una tecnología de vanguardia.

#### **Visión**

Para el año 2024 seremos reconocidos como el centro de referencia en servicios de salud de alta complejidad en la región, por su liderazgo en la integralidad, la atención segura y humanizada y los estándares de calidad superiores.

#### **Valores Corporativos**

Atención humanizada: trabajamos por la humanización en la prestación de los servicios.

**Seguridad:** actuamos con responsabilidad para prestar un servicio a nuestros clientes externos e internos

**Satisfacer necesidades:** brindar un servicio cálido y oportuno, direccionado a superar las expectativas de nuestros pacientes y generar confianza en los usuarios.

**Compromiso social:** velar por prestar el servicio integral orientando a mejorar el bienestar y calidad de vida de los usuarios.

#### **Objetivos Corporativos**

- Rentabilidad Y Estabilidad Financiera.
- Reconocimiento Como Centro De Referencia De Alta Complejidad.
- Liderazgo En Atención Integral Segura Y Humanizada.
- Alcanzar Estándares De Calidad Superior.
- Recurso Humano Competente.

## **Política institucional**

La Clínica Medical Duarte ZF SAS como una institución dedicada a la prestación de servicios de salud se compromete en brindar una atención eficaz y oportuna, buscando eliminar barreras de acceso, garantizando un servicio humanizado y cuidados médicos de excelencia, logrando disminuir el riesgo asociado en la atención en salud, soportada en una infraestructura física y tecnológica que proporciona las condiciones adecuadas para la recuperación de los pacientes, a través de un enfoque sistémico de la atención médica y así alcanzar el mejoramiento continuo en sus procesos y el desarrollo integral del recurso humano para obtener los más altos estándares de calidad, seguridad y responsabilidad social, asegurando la satisfacción integral de los usuarios.

- Política de la seguridad y la salud en el trabajo SST (AA-SST-PO-9000)
- Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas (AA-SST-PO-9010)
- Política de seguridad vial (AA-SST-PO-9015)
- Política uso de internet y correo electrónico (AA-SST-PO-9000)
- Política de gestión de talento humano (AA-TH-PO-9000) (19)

La Unidad de Cuidados Intensivos se encuentra localizada en el 2,4 y 5 piso de la Clínica Medical Duarte es la encargada de atender a los a los pacientes de mayor gravedad que requieren una vigilancia y una atención continua y específica. Actualmente existen 3 Unidades de Cuidado Intensivo de adultos, la UCI 1y 2 Cuenta cada una con 28 camas, 48 auxiliares de enfermería, 24 profesionales de enfermería y 14 médicos de los cuales 7 son de medicina general y 7 especialistas, también está la UCI coronaria la cual cuenta con 14 camas, 24 auxiliares de enfermería, 12 enfermeros profesionales y 8 médicos de los cuales 4 son de medicina general y 4

especialistas. En este servicio se desarrollara el proyecto de pasantías llamado código lila, estrategia humanizante en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El censo de mortalidad de la UCI se realiza mensual, el último censo realizado fue el del mes marzo < 48 horas: 5 (0.0393701) >48 horas: (0.1181102) con un total de 20 (0.1574803) por otro lado la humanización al final de la vida se está realizando a través de capacitaciones al personal de salud y mejorando la relación enfermero-paciente.

#### **7.4 Marco Legal**

En la revisión bibliográfica de la ley 266 de 1996, en su artículo N° 20 establece que los deberes del personal de enfermería radican en:

1. “Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud
  2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad , a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición
  3. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.
- (Ministerio de salud 1996 p.34).

“En el año 2014 se creó la Ley 1733, mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados en el final de la vida para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales,

crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”. (Gestor normativo 2014 p.34).

Ley 1751 del 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, en el artículo N°10 establece los derechos y deberes que tienen los pacientes.

Todos los pacientes tienen derecho a:

- A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.
- A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.
- A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud
- A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos
- A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que ~ sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad ' de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine
- A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación I de sus órganos de conformidad con la ley

Los deberes de los pacientes son:

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad
  - Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención
  - Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas
  - Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud
  - Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema
  - Cumplir las normas del sistema de salud
  - Actuar de buena fe frente al sistema de salud
  - Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio
  - Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.
- (Ministerio de salud 2019 p.36).

La resolución 13437 de 1991 adopta como postulados básicos el propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones, además de garantizar a todo paciente el ejercer sin restricciones los derechos descritos en esta resolución por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social.(Ministerio de salud 1991 p.36).

Durante la realización del IX Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, III Congreso Panamericano e Ibérico de Enfermería y el II Encuentro Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica, llevado a cabo del 29 de noviembre al 3 Diciembre del 2011, en la ciudad de Cartagena de Indias - Colombia, fue oficializado el avance realizado con la investigación científica del CODIGO LILA. Esta presentación dio amplitud al tema y muchos profesionales de la salud, apoyaron la iniciativa y lo activaron en sus labores diarias. (Leidy Suarez 2011 p.37).

## **7.5 Marco Teórico**

### **Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland & Moore**

Es una Teoría de enfermería desarrollada por Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore1 en 1998, fundamentada en el conocimiento empírico, derivado de la práctica clínica y el conocimiento sintetizado de sus autoras.

Fue desarrollada en conjunto con un grupo de enfermeras oncológicas en Noruega a partir de un estándar asistencial para el final tranquilo de la vida, el cual está compuesto por prácticas basadas en la literatura científica sobre áreas del control del dolor, bienestar, nutrición y relajación

La teoría define el contexto como un sistema familiar (el paciente terminal y sus allegados) que recibe cuidados de los profesionales en una servicio intrahospitalario y el proceso se define como las acciones (intervenciones de enfermería) dirigidas a promover los siguientes desenlaces: ausencia del dolor, sentir bienestar, dignidad, respeto, paz y sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores. (Ministerio de salud 2016 p.37).

La teoría propone los siguientes **conceptos y definiciones:**

- Ausencia de dolor Expresada como la “ausencia de sufrimiento o de

molestias sintomáticas, el dolor está considerado como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada con una lesión tisular potencial o real”

- Experiencia de bienestar “El bienestar es definido de forma global como el alivio de la molestia, el estado de relajación, satisfacción, tranquilidad y todo lo que hace la vida fácil o placentera”
- Experiencia de dignidad y respeto “Toda persona en proceso de muerte es respetada y apreciada como un ser humano. Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía, que establece que las personas deben ser tratadas como entes autónomos y que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección”
- Estado de tranquilidad “La tranquilidad es un sentimiento de calma, armonía y satisfacción, libre de ansiedad, agitación, preocupaciones y miedo. Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual”
- Proximidad de los allegados “Proximidad es el sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan. Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas íntimas”. (Ministerio de salud 2016 p.38).

### **Principales supuestos**

Las autoras postulan que los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final de la vida son personales e individuales. Además consideran que el cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia del final de la vida tranquilo. Puesto que los profesionales de enfermería evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia de la persona e intervienen de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena. (Ministerio de salud 2016 p.38).

La teoría propone el término familia e incluye en ella a todos los allegados como una parte fundamental del cuidado al final de la vida. Por último, esta considera que el objetivo del cuidado del final de la vida es proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso racional de la tecnología y las medidas de bienestar con el fin de ofrecer calidad de vida, lograr una muerte tranquila y evitar tratamientos excesivos e innecesarios que prolonguen el sufrimiento.

(Ministerio de salud 2016 p.39).

### **Afirmaciones teóricas**

Las afirmaciones teóricas propuestas para contribuir al final tranquilo de la vida de la persona en proceso de muerte, incluyen:

- Para contribuir a la experiencia de la persona de no tener dolor, se debe controlar y administrar analgesia, incluyendo intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (las cuales no están definidas)

- Para contribuir a la experiencia de bienestar de la persona, se debe prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación, la satisfacción y prevenir complicaciones

- Para contribuir a la experiencia de la persona de sentir dignidad y respeto se debe involucrar persona y familia de forma activa en la toma de decisiones terapéuticas, tratarlo con dignidad, empatía y respeto y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias

- Para contribuir a la experiencia de sentir tranquilidad se debe proporcionar apoyo emocional, control y satisfacción de las necesidades expresadas por la persona; inspirar confianza, brindar educación y permitir las funciones del cuidador principal bien sea un familiar o un allegado

- Para contribuir a la experiencia de proximidad de los allegados o cuidadores directos se

debe permitir y fomentar su participación activa, atendiendo sus preocupaciones y preguntas. Al cumplir cada una de las intervenciones anteriormente mencionadas, con las cuales el paciente terminal logre experiencias de no dolor, bienestar, dignidad, respeto, paz y proximidad de los allegados la teoría afirma que se contribuye al final tranquilo de la vida. (Ministerio de salud 2016 p.40).

La teoría del final tranquilo de la vida se relaciona con el proyecto en cuanto a los cuidados que se deben dar a estos pacientes no solo en la parte física si no en la parte emocional, además de la importancia del acompañamiento familiar y el respaldo psicológico en los últimos días tanto para el paciente como para los familiares.

## **7.6 Marco Ético**

A nivel nacional se encuentra la Resolución 1051 de 2016 la cual establece los requisitos y formas de realización de la formalidad de declaración voluntaria anticipada, con el fin de otorgarles confianza de la decisión a los profesionales de la salud y a los pacientes para cumplir su última voluntad.(Ministerio de salud 2010 p. 40).

El Código Belmont (1979) define los principios éticos y las pautas para la protección de los sujetos humanos en la investigación. El principio de la beneficencia es fundamental, porque en este proyecto el foco no está solo en el bienestar fisiológico, sino en el bienestar psicológico de los pacientes, es decir, la implementación de buenas prácticas en base a los resultados y hallazgos. También podemos hablar del principio de justicia dando a cada uno lo que se le debe y tratando a todos los participantes por igual. (Universidad de Barcelona O.B 1979 p.40).

También se habla de la Declaración de Helsinki (1964) porque el objetivo principal de este proyecto es el bienestar de los participantes durante su estancia en el servicio y de la población investigadora, incluso por encima de la ciencia y la sociedad, el objetivo principal es

mejorar los recursos terapéuticos de la institución. (Universidad libre 2018 p.41)

De igual manera, se apoya e implementa la asesoría ética y el comité de ética profesional de la universidad, que decide sobre la integración, tareas, organización y financiamiento de los trabajos de investigación. (Asociación medical mundial 2012 p.41).

### **8. Descripción Del Proyecto Desarrollado**

Este proyecto apoyo los procesos asistenciales de la Clínica Medical Duarte ubicada en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, principalmente aquellos que hacen referencia al cuidado humanizado de los pacientes con Código lila . El desarrollo de este proyecto permitió fortalecer el conocimiento del personal de salud, igualmente fortalecer las habilidades de comunicación asertiva con los pacientes y sus familiares.

El proyecto se llevó a cabo por la estudiante de enfermería de manera presencial en la institución con la supervisión del profesional de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo, el cual fue el encargado de aprobar las actividades diarias que se realizaron. Se desarrolló durante el primer semestre del 2023, que comprenden los meses de abril, mayo y principios de junio del 2023, dando cumplimiento a las horas requeridas para la aprobación de la pasantía, de la siguiente forma:

- **Etapa 1:** Se elaboró y aplico un formulario electrónico de diagnóstico para el personal de salud sobre los conocimientos relacionados con el Código lila que permitió diligenciar y guardar en tiempo real los resultados obtenidos en las observaciones realizadas al personal de salud de la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Medical Duarte, facilitando la cuantificación de datos. El diseño del formulario de diagnóstico electrónico se llevó a cabo en la primera semana de práctica, mientras que su aplicación se desarrolló a lo largo de la segunda semana de la práctica.

- **Etapa 2:** Se elaboraron estrategias enfocadas al fortalecimiento y diseminación de la información relacionada con los cuidados al final de vida para la implementación del código lila en los servicios de cuidado intensivo, esta actividad se llevó a cabo en la quinta y sexta semana de práctica.

- **Etapa 3:** Se realizaron actividades que involucran el código lila fortaleciendo principalmente la participación de la familia en situaciones de final de vida. Esto se llevó a cabo desde la semana siete, hasta la semana nueve.

## 9. Plan Operativo con Resultados

Tabla 5 plan operativo con resultados

<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Implementar una estrategia de apropiación en el personal de salud sobre la importancia de brindar un cuidado humanizado en los pacientes con código lila en los servicios de Cuidado intensivo de la clínica Medical Duarte de la ciudad de Cúcuta Norte de Santander, mediante el desarrollo de un proyecto de extensión-modalidad pasantía durante el primer semestre del 2023.				
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO N 1:</b> Identificar las necesidades de conocimiento por parte del personal de salud de la Clínica Medical Duarte sobre el código lila.				
<b>ACTIVIDAD DESARROLLADA</b>	<b>META LOGRADA CON FECHA DE EJECUCIÓN</b>	<b>INDICADOR OPERACIONALIZADO</b>	<b>PRODUCTOS ENTREGADOS Y EVIDENCIAS DEL OBJETIVO</b>	<b>N° DE BENEFICIARIOS</b>
Elaboración de un formulario electrónico de diagnóstico sobre el Código lila.	En la segunda semana del mes de abril de 2023 se diseñó un (1) formulario electrónico, sobre conocimientos relacionados con el código lila, dirigido a los servicios de UCI adulto de la Clínica Medical Duarte	Se diseñó (1) formulario sobre el código lila para las tres unidades de cuidado intensivo adultos de la clínica Medical Duarte.	-Informe y análisis de los resultados encontrados en el formulario aplicado. -Formulario –link	80 usuarios que forman parte del equipo de salud que trabaja en las unidades de cuidado intensivo

Aplicación y análisis del formulario sobre el código lila.	El 17 de abril del año 2023 se aplicó el formulario al 80% del personal de salud ubicado en las tres Unidades de Cuidado Intensivo adultos.	El formulario lo diligenciaron 80 usuarios de 95 usuarios que forman parte del personal de salud que trabaja en las unidades de cuidado intensivo adulto.		adulto.
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO N 2:</b> Desarrollar estrategias enfocadas al fortalecimiento y diseminación de la información relacionada con los cuidados al final de vida para la implementación del código lila en los servicios de cuidado intensivo.				
Actualización del protocolo de atención para los pacientes con código lila.	El 8 de mayo del año 2023 se actualizó el protocolo, del código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	Se actualizó un (1) protocolo sobre el código lila.	-Documento: protocolo actualizado. -Correo de aceptación -Matriz educativa sobre el código lila.	36 usuarios que forman parte del equipo de salud que trabaja en las unidades de cuidado intensivo adulto.
Verificación de las directrices administrativas para la actualización del protocolo del código lila	El 16 de mayo del año 2023 se realizó la verificación de las directrices administrativas para la actualización del protocolo del código lila.	Se aceptaron todas las directrices del protocolo del código lila.	-Lista de asistencia a la socialización. -Acta de entrega de kits ludio pedagógicos. -Acta de entrega del rotafolio sobre el código lila.	
Socialización del protocolo del código lila	El 26 de mayo del año 2023 se socializó el protocolo al del personal de salud que trabaja en las tres Unidades de Cuidado Intensivo adultos.	Se socializó el protocolo a 36 usuarios de 95 usuarios que forman parte del personal de salud que trabaja en las unidades de	-Acta de entrega del distintivo (colibrí lila).	

		cuidado intensivo adulto.		
Diseño de material lúdico pedagógico sobre el código lila (Kits)	El 26 de mayo del año 2023, se hizo entrega de tres kits lúdico pedagógicos sobre el código lila, a los coordinadores de las UCI adultos.	Se diseñaron y entregaron 3 kits a los coordinadores de las UCI adultos.		
Diseño de un rotafolio sobre el código lila.	El 26 de mayo del año 2023 se hizo entrega de un (1) rotafolio sobre el código lila (diseñado el 18 de mayo del presente año), a las tres UCIS adultos de la Clínica Medical Duarte.	Se diseñó 1 rotafolio sobre el código lila para cada UCI adulto de la clínica.		
Diseño de un símbolo distintivo que usara la entidad para conocer el código lila	El 26 de mayo del 2023 se hizo entrega de un símbolo distintivo sobre el código lila (diseñado el 8 de mayo del presente año), dirigido la Clínica Medical Duarte	Se diseñó 1 distintivo código lila para la UCI adultos de la clínica.		
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO N 3:</b> Promover a nivel institucional los elemento, acciones y actividades que involucran la implementación del código lila, fortaleciendo principalmente la participación de la familia en situaciones de final de vida				

<p>Diseño de un video interactivo con el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre el código lila, que será subido a la plataforma de la Clínica.</p>	<p>El 26 de mayo del 2023 se creó un video interactivo sobre el código lila, dirigido la Clínica Medical Duarte</p>	<p>Se creó un video interactivo sobre el código lila.</p>	<p>-Video -Documento: estrategias</p>	<p>Todo el personal, pacientes y familiares de las UCIS adultos de la clínica Medical Duarte</p>
<p>Plantear estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones de Final de Vida.</p>	<p>El 02 de junio del año 2023 se plantearon estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones de final de vida en la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>	<p>Se plantearon 6 estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones al final de vida.</p>		

**Tabla 6 resultados del proyecto por objetivo**

NOMBRE DEL PROYECTO		N° HOJA		<i>Clínica Medical Duarte</i>	
CODIGO LILA, ESTRATEGIA HUMANIZANTE HACIA EL FINAL DE VIDA EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023		1			
TEMÁTICA QUE ORIENTA EL DESARROLLO DEL PROYECTO				<i>N° DE BENEFICIARIOS</i>	80
Proyecto de pasantía sobre Humanización en las Unidades de Cuidado Intensivo- Código lila				<i>Fecha inicio:</i>	10-04-2023
Objetivos desarrollados y Formulados del Proyecto en el presente informe:  Implementar una estrategia de apropiación en el personal de salud sobre la importancia de brindar un cuidado humanizado en los pacientes con código lila en los servicios de Cuidado intensivo de la clínica Medical Duarte de la ciudad de Cúcuta Norte de Santander, mediante el desarrollo de un proyecto de extensión-modalidad pasantía durante el primer semestre del 2023.				<i>Fecha Final:</i>	14-04-2023
				<i>Municipio:</i>	Norte de Santander
				<i>Período Académico:</i>	2023-1
<b>OBJETIVO ESPECIFICO N° 1 DEL PROYECTO, TRABAJADO</b>					
Identificar las necesidades de conocimiento por parte del personal de salud de la Clínica Medical Duarte sobre el código lila.					
ACTIVIDAD N° 1 DEL OBJETIVO N°1		Elaboración de un formulario electrónico de diagnóstico sobre el Código lila.			
<b>RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</b>					
<i>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</i>	<i>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</i>	<i>META PLANTEADA</i>	<i>META EJECUTADA</i>	<i>FECHA DE DESARROLLO</i>	
N° de servicios institucionales donde se aplica el cuestionario virtual.	<i>El instrumento se aplicó en las tres unidades de Cuidado Intensivo-adulto de la Clínica Medical Duarte (UCI 1-UCI 2 y UCI Coronaria)</i>	En la segunda semana del mes de abril de 2023 se diseñara un (1) formulario electrónico, sobre conocimientos relacionados con el código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	En la segunda semana del mes de abril de 2023 se diseñó un (1) formulario electrónico, sobre conocimientos relacionados con el código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	12 -04-2023	

<i>OBJETIVO ESPECIFICO N° 1 DEL PROYECTO, TRABAJADO</i>				
Identificar las necesidades de conocimiento por parte del personal de salud de la Clínica Medical Duarte sobre el código lila.				
ACTIVIDAD N° 2 DEL OBJETIVO N° 1	Aplicación y análisis del formulario sobre el código lila.			
<i>RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</i>				
<i>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</i>	<i>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</i>	<i>META PLANTEADA</i>	<i>META EJECUTADA</i>	<i>FECHA DE DESARROLLO</i>
# de personal que diligencia el formulario / # total de personal de salud en la Unidad x1008	<i>80 usuarios diligenciaron el formulario electrónico de 95 usuarios que trabajan en las Unidades de Cuidado Intensivo adultos</i>	En la tercera semana del mes de abril de 2023 se aplicara el formulario Al 80% del personal de salud ubicado en la Unidad de Cuidado Intensivo.	En la tercera semana del mes de abril de 2023 se logró aplicar el formulario al 80% del personal de salud ubicado en la Unidad de Cuidado Intensivo.	<i>17-04-2023</i>
<p><b>RESUMEN DE RESULTADOS:</b> Durante la primera y segunda semana de pasantía se generó un formulario google de conocimiento sobre el código lila y los cuidados al final de la vida ,este formulario se dividió en dos ítems cada uno con 5 preguntas relacionadas con los temas anteriormente nombrados, se realizó con consentimiento de los participantes los cuales formaban parte del equipo de salud que trabajan en la unidad , este formulario se diseñó el día 12 de abril del presente año y se aplicó el 17 del mismo mes, en los resultados del formulario se evidencio que el personal de salud tiene conocimiento sobre los temas tratados en cuanto a conceptos y definiciones e incluso han tenido experiencias y algunos han sido capacitados pero cabe destacar que en la pregunta que más del 50% contesto equivocadamente fue la de las responsabilidades del equipo de salud ante un código lila o una situación al final .</p>				

Presentación de resultados objetivo  
Análisis de los resultados del formulario aplicado  
Tabla 7: Formulario diagnostico

<b>Nº</b>	<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	<b>CARGO</b>
1.	Angie Xiomara arias contreras	1193213232	Auxiliar de enfermería
2.	Mónica liseth Moncada Mojica	1094348029	auxiliar de enfermería
3.	Katherin Yuliana Rodríguez Restrepo	1004913346	Auxiliar de enfermería
4.	Beatriz Adriana sierra Pabón	1092342523	Auxiliar de enfermería
5.	Nelsy Andreina Ortega Galvis	1004941234	Auxiliar de enfermería
6.	Belkys Roció López Valero	1090387669	Auxiliar de enfermería
7.	Cristyan Johan Sayid Cardozo García	1116805090	Enfermero jefe
8.	Fernando Julián García	1127945866	Auxiliar de enfermería
9.	Fabián Andrés cruz rojas	1090511274	Auxiliar de enfermería
10.	Jhon Alexander Yamarte Romero	88269235	Auxiliar de Enfermería
11.	Luz Dary caballero	1091809851	Auxiliar de enfermería
12.	Lizdey Katherine Rincón Giraldo	1093792501	Auxiliar de enfermería
13.	Leidi Nacari Rincón Martínez	1093780089	Auxiliar de enfermería
14.	Ahilyn yusmile mora Álvarez	1090447114	Auxiliar de enfermería
15.	Duban Alexis Castro Galván	1010068848	Enfermero jefe
16.	Alexandra Sarmiento Díaz	1090473593	Coordinadora Unidad de Cuidado Intensivo Coronario
17.	Kevin Javier rivera Mariño	1090513198	auxiliar de enfermería
18.	Michel carolay castro Martínez	1127588368	Auxiliar de enfermería
19.	Angie Dayana cantor Valencia	1090405770	Auxiliar de enfermería
20.	Sandra bianey Contreras Urbina	60362606	Auxiliar de enfermería
21.	Nancy Yaneth barón prieto	60355970	Auxiliar de enfermería
22.	Julián Enrique Silva Madariaga	1090512093	Enfermero jefe
23.	Sergio Andrés cubillos campos	1093791442	Enfermero jefe
24.	Julieth lindarte	1093755554	Auxiliar de enfermería
25.	Yury Alexandra Rico Medina	1093782768	Enfermera jefe
26.	Danitza Rodríguez cañizares	1090476689	Auxiliar de enfermería
27.	Dila Marcela Gómez	1104070034	Auxiliar de enfermería
28.	Mayra Alejandra Carvajal Mesa	1090515643	Auxiliar de enfermería
29.	Jhonatan Javier Bayona Vera	1134974269	Auxiliar de enfermería
30.	Yelitza Rocío Contreras Leal	60443336	Auxiliar de enfermería
31.	Nelly María Villegas bayona	43267525	Auxiliar de enfermería
32.	Madelayne Torres	37394072	Auxiliar de Enfermería
33.	Ángel Leonardo Ibarra Chaparro	1090518678	Enfermero jefe
34.	María Alejandra Botello Quijano	1090420826	Auxiliar de Enfermería
35.	Elvis Eduardo Blanco Díaz	1090471338	Auxiliar de enfermería
36.	Lorena Esmeralda Murillo Barrera	1093763990	Auxiliar de enfermería
37.	Edgar Alfonso Ortega Gil	1007011839	Enfermero jefe

<b>38</b>	<b>Duvan cely</b>	<b>1090494591</b>	<b>Auxiliar de enfermería</b>
<b>39</b>	Mayde Ximena Quintero Galvis	1004802237	Auxiliar de enfermería
<b>40</b>	Jesica yulie cogollo Rodríguez	1065638916	Enfermera jefe
<b>41</b>	Juan Carlos Díaz Uribe	1094427296	Enfermero jefe
<b>42</b>	Leidy Yohana romero vera	1090174315	Auxiliar de enfermería
<b>43</b>	Lizeth murillo	1092348348	Auxiliar de enfermería
<b>44</b>	Liseth Tatiana Julio Gamboa	1090452308	Auxiliar de enfermería
<b>45</b>	Jorgelyz Daniela Calderón grateron	1090513377	Auxiliar de enfermería
<b>46</b>	Yenny Marcela Muñoz Bernal	37901040	Enfermera asistencial
<b>47</b>	Erika Arévalo serrano	1010022280	Auxiliar de enfermería
<b>48</b>	Ángel Fernández	1515086	Enfermero jefe
<b>49</b>	Katy Ardila Barbosa	1090438038	Enfermera jefe
<b>50</b>	Jhonier Stiven Alfonso Bravo	1004809085	Auxiliar de enfermería
<b>51</b>	Fabián Andrés León	1010003294	Auxiliar de enfermería
<b>52</b>	Maryuly Daniela Oliveros Peñaloza	1010139762	Auxiliar de enfermería
<b>53</b>	Gladys Johanna Gutiérrez Sánchez	1090415468	Auxiliar de enfermería
<b>54</b>	Karen Yelitza Ortiz Nieto	1005036316	Auxiliar de enfermería
<b>55</b>	Shirley Amparo Pinzón González	1090394237	Auxiliar de enfermería
<b>56</b>	Judith amerik Duarte	1090494385	Auxiliar de enfermería
<b>57</b>	Keila Mireya Parada Rojas	1232402049	Auxiliar de enfermería
<b>58</b>	Soley Ardila Clavijo	40400542	Coordinadora
<b>59</b>	Belky quintero	1.090.436.501	Enfermera jefe
<b>60</b>	Tania Paola Pérez Ruedas	1090458221	Auxiliar de enfermería
<b>61</b>	Claudia Patricia Jáuregui Suárez	1090370092	Auxiliar de enfermería
<b>62</b>	Hanner wolfgang rojas cote	1090466018	Enfermera jefe
<b>63</b>	Sara yineth cárdenas jaimes	1005079371	Auxiliar de enfermería
<b>64</b>	Katherin velandia Olano	52334837	Auxiliar de enfermería
<b>65</b>	Esperanza Rodríguez	60388652	Auxiliar de enfermería
<b>66</b>	Lady Vanessa julio arias	1005605003	Enfermera jefe
<b>67</b>	Iván camilo García quintero	1005025779	Auxiliar de enfermería
<b>68</b>	Jeimy Johanna meza Flórez	1092346955	Enfermera jefe
<b>69</b>	José Gabriel Rivera Flores	1090475908	Enfermero jefe
<b>70</b>	Ana Rocío Villamarin Bautista	37545780	Auxiliar de enfermería
<b>71</b>	Brandon Stevens García contreras	1092646970	Auxiliar de enfermería
<b>72</b>	Carolina quiñones	1090507561	Auxiliar de enfermería
<b>73</b>	Marlyn Daniela Mejía Rangel	1005028678	Auxiliar de enfermería
<b>74</b>	María Cristina Niño Umaña	63491692	Enfermera jefe
<b>75</b>	Claudia Sofía Guerrero Sepúlveda	30051368	Auxiliar de enfermería
<b>76</b>	Verónica delgado	1010059531	Auxiliar de enfermería

77	Yurley Arenas cordón	37390106	Auxiliar de enfermería
78	Diego Mendoza Rangel	1090462014	Enfermero jefe
79	Heiner Denis leal policitivo	1090474732	Enfermero jefe
80	Omar Sneyder Vega ruedas	1094582073	Auxiliar de enfermería

### Análisis:

En los resultados del formulario aplicado, se logró observar que participaron 80 usuarios que forman parte del equipo de salud de las unidades de cuidado intensivo, de los cuales 60 son auxiliares de enfermería, 19 son enfermeros profesionales y dos son coordinadores de la unidad.

- Grafico # 1: Unidad de cuidados Intensivos en la que trabaja.



Figura 2. Fuente propia

### Análisis:

Se evidencio en el grafico anterior que el 40.0% (32) del personal de salud que respondió el formulario trabaja en la UCI 1, el 31.3% (26) trabaja en la UCI coronaria y el 28.8% (22) trabaja en la UCI 2.

Grafico # 2: Tiempo de trabajar en la unidad.

## 2. ¿CUANTO TIEMPO TIENE TRABAJANDO EN LA UNIDAD?

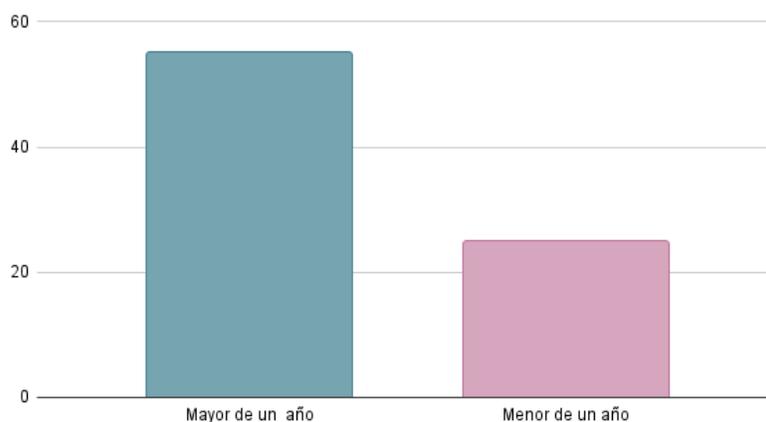


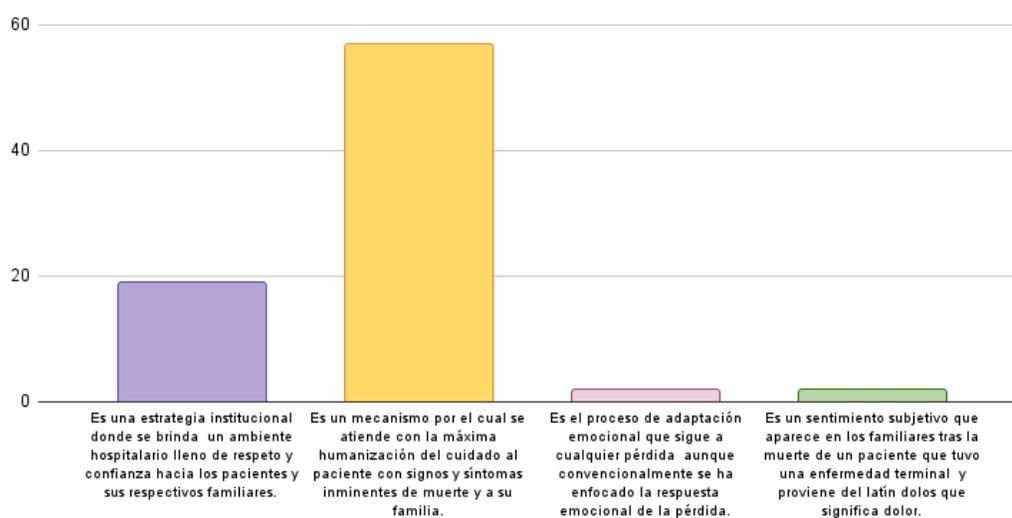
Figura 3. Fuente propia

## Análisis:

Se logró observar que de los 80 usuarios que forman parte del equipo de salud y que participaron en el formulario, 56 han trabajado más de un año y 25 han trabajado menos de un año en una de las Unidades de Cuidado intensivo de la Clínica Medical Duarte.

## Grafico # 3: ¿Qué es el Código Lila?

## 3. ¿QUE ES EL CÓDIGO LILA?



Recuento de 3. ¿QUE ES EL CÓDIGO LILA?

Figura 4. Fuente propia

Análisis:

La anterior grafica corresponde a los conceptos relacionados al código lila que tiene el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo, descritos a continuación: Es un mecanismo por el cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia (58). Es una estrategia institucional donde se brinda un ambiente hospitalario lleno de respeto y confianza hacia los pacientes y sus respectivos familiares (19). Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida (2). Es un sentimiento subjetivo que aparece en los familiares tras la muerte de un paciente que tuvo una enfermedad terminal y proviene del latín dolos que significa dolor (1).

Grafico # 4: Objetivo del código lila

#### 4. ¿CUAL ES EL OBJETIVO DEL CÓDIGO LILA?

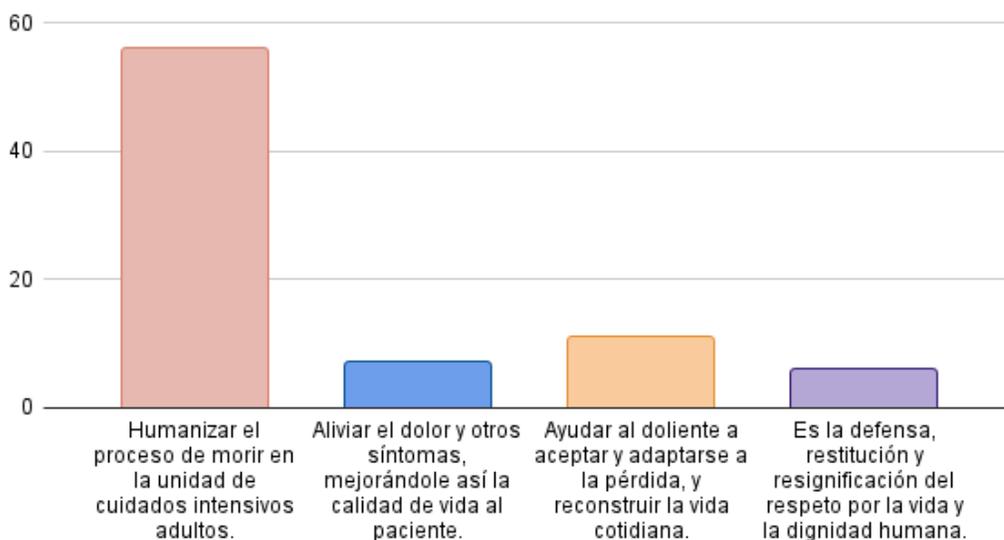


Figura 5. Fuente propia

Análisis:

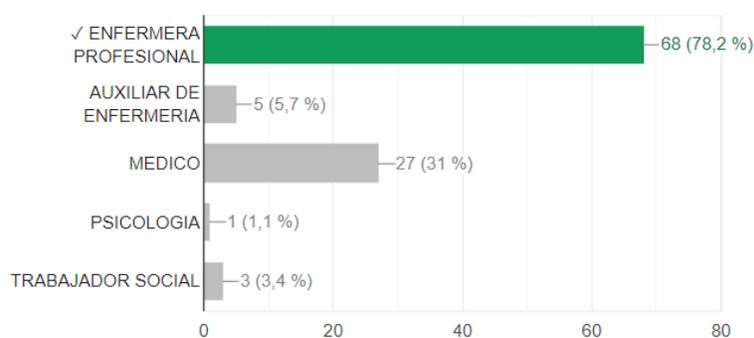
Se logró observar en el grafico anterior que el 70.1% (61) del personal de salud que

trabaja en las Unidades de cuidado intensivo conoce cuál es el objetivo del código lila, el cual es: humanizar el proceso de morir en la unidad de cuidados intensivos adultos, mientras que el 13.8% (11) determinó que el objetivo es: ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a la pérdida, y reconstruir la vida cotidiana. El 8% (4) determinó que el objetivo es: es la defensa, restitución y resignificación del respeto por la vida y la dignidad humana y el 8% (4) determinó que el objetivo es aliviar el dolor y otros síntomas, mejorándole así la calidad de vida a los pacientes.

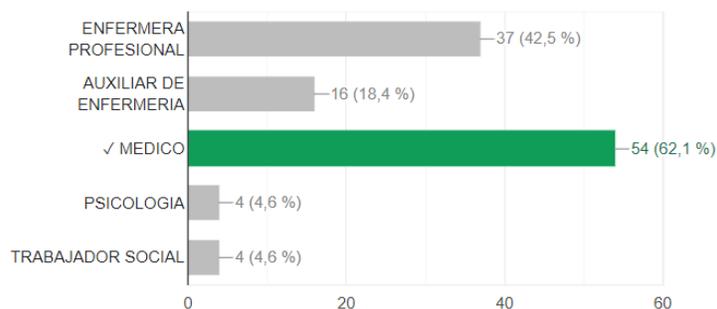
Grafico # 5: Relacione la información sobre las respectivas responsabilidades del equipo de salud.

#### 5. RELACIONE LA INFORMACION SOBRE LAS RESPECTIVAS RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE SALUD

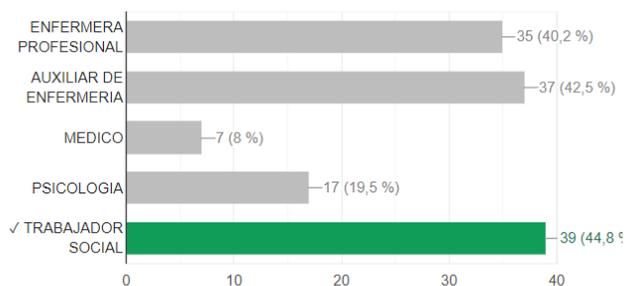
44 de 86 respuestas correctas



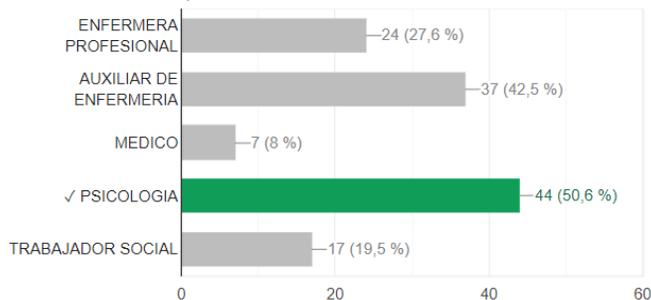
< **Fila 2:** Activar el código lila y contactar a los familiares para que se acerquen a la unidad. >



< **Fila 1:** Identificar los pacientes que se encuentran en proceso de muerte digna . >



< **Fila 3:** Dar acompañamiento al paciente y familia , si es solicitado contactar un guía espiritual acorde a las creencias religiosas del paciente y/o familiar. >



< **Fila 4:** Dar acompañamiento y apoyo psicológico y emocional a los familiares. >

Figura6. Fuente propia

### Análisis:

En los resultados del formulario aplicado se logró observar que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo, conocen las responsabilidades del equipo de salud ante la presencia de un código lila las cuales son:

- \* Identificar los pacientes que se encuentran en proceso de muerte digna: Medico 62.1% (45), enfermera profesional 42.5% (18), auxiliar de enfermería 18.4% (9),

psicología 4.6% (4), trabajador social 4.6% (4).

\* Activar el código lila y contactar a los familiares para que se acerquen a la unidad:  
Enfermera profesional 78.2% (53), medico 31% (18), auxiliar de enfermería 5.7% (5),  
trabajador social 3.4% (3), psicóloga 1.1% (1).

\* Dar acompañamiento al paciente y familia, si es solicitado contactar un guía espiritual acorde a las creencias religiosas del paciente y/o familiar: trabajador social 44.8% (32), enfermera profesional 40.2% (30), psicología 19.5% (11), medico 8% (7).

\* Dar acompañamiento y apoyo psicológico y emocional a los familiares: Psicología 50.6% (44), auxiliar de enfermería 42.5% (37), enfermera profesional 27.6% (24), Medico 8% (7)

Grafico # 6: ¿Ha sido capacitado sobre el código lila?

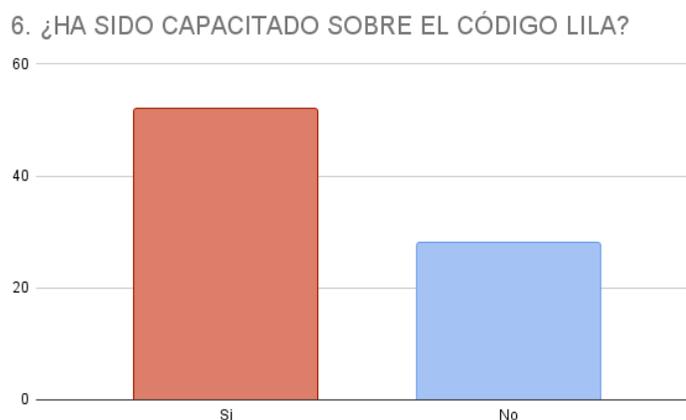


Figura 7. Fuente propia

Análisis:

En la gráfica anterior se evidencio que de los 80 usuarios que forman parte del equipo de salud y que participaron en el formulario, el 63.5% (53) han sido capacitados y el 36.8% (27) no han sido capacitados sobre el código lila.

Grafico # 7: ¿Con qué frecuencia ha sido capacitado sobre el código lila?

7. ¿CON QUE FRECUENCIA HA SIDO CAPACITADO SOBRE EL CODIGO LILA?

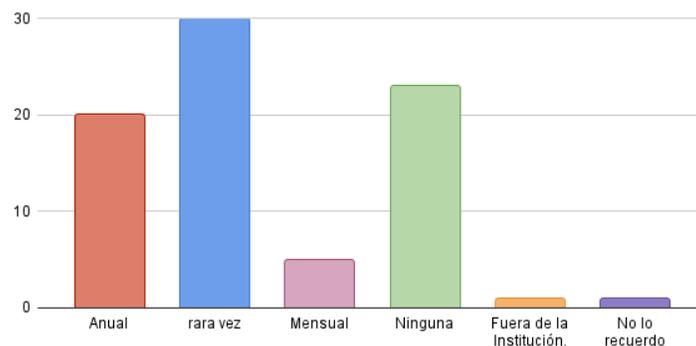


Figura 8. Fuente propia

Análisis:

En la gráfica anterior se logró observar con qué frecuencia es capacitado el personal de salud sobre el código lila: rara vez 37.0% (30), ninguna 28.4% (23), anual 24.7% (20), mensual 6.2% (5), fuera de la institución 1.2% (1), no lo recuerdo 1.2% (1).

Grafico # 8: ¿Ha tenido experiencias con pacientes con código lila?

8. ¿HA TENIDO EXPERIENCIAS CON PACIENTES CON CÓDIGO LILA? EXPLIQUE SU RESPUESTA

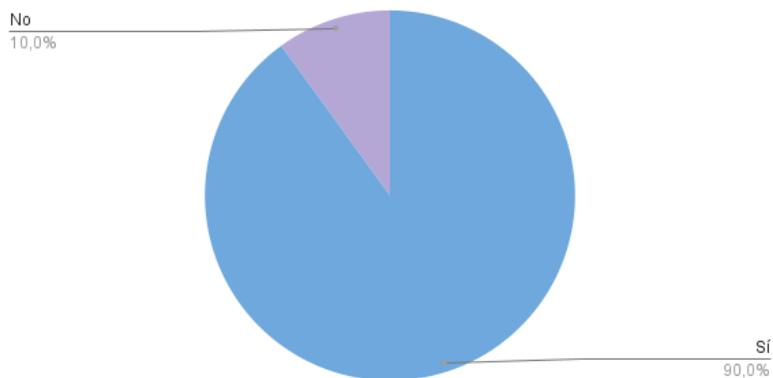


Figura 9. Fuente propia

Análisis:

Se evidencio que de los 80 usuarios que forman parte del equipo de salud y que

participaron en el formulario, el 90.0% (72) han tenido experiencias con pacientes con código lila y el 10.0% (8) no han tenido experiencias con pacientes con código lila.

Tabla 8 Cuadro de experiencias

Es tener mucho valores y respeto hacia un situación tan delicada y tener humanización
Si se han manejado dentro de la unidad uci# 2
Si, se deja ingresar a los familiares todo familiar que quiera ingresar a la unidad se acompaña hasta el cubículo con respeto. Se escucha, se deja que hable del dolor que siente en ese momento de todo lo que han vivido juntos historias que cuentan desde el momento que se enfermó. El especialista de turno le explica da respuestas de todas las dudas que tienen en ese momento ¿que si sienten dolor? ¿Qué porque hace así? ¿Que si lo pueden tocar?.
Si, apoyar al familiar en su pérdida y despedida del paciente conmueve
Si, dar consejos y ayuda de fortaleza y acompañamiento
Sí, es complicado por el sentimiento Pero estamos capacitados para aceptar y entender las situaciones de los demás.
si, se trata de dar la atención más digna en su proceso de salud y enfermedad
Si. Bajo todos los contextos la muerte debe ser digna. Fuera de la clínica, en mi anterior lugar de trabajo, la muerte como la vida eran igual de importantes, es necesario alimentación, cuidado con el dolor y permitir la visita de sus seres queridos. Eso minimiza el trauma del duelo
Sí, mi experiencia fue con una paciente oncológica que fue declarada código lila por la especialidad tratante.
Si, Cuando el paciente se encuentra múlti soportado y se a realizado todas las medidas , pero su condición no mejora
Si he tenido muchas experiencia en padecimiento de código lila
Paciente en muy malas condiciones de salud con un pronóstico muy delicado en el cual el doctor de turno indica código lila para brindar aliviar del dolor y sus familiares puedan despedirse del paciente.
Si, en la UCI se ven varios casos
Si y siempre he tratado de que sus familiar si ellos lo quieren estén con el paciente hasta su últimos minutos de vida. Hacer oración si el familiar lo acepta, brindar siempre la mejor actitud de apoyo en esos momentos

<p>tan difíciles ya que uno debe sentir el dolor ajeno como propio. Y en esa medida hacer sentir que el servicio que la unidad está acompañándolos en su duelo.</p>
<p>si, joven de 18 años, el cual su mamá recibía el informe del médico el cual le hacían entender una y otra vez que ya se habían agotado los esfuerzos ya no había nada que hacer con su hijo , pero ella al entrar uno como enfermero a la habitación , siempre le decía pero ya lo veo mejor, ya no está hinchado, ya las heridas se secaron, movió las manos, me pregunto si él se podía recuperar, en ese momento la tome de las manos y le dije mamita es muy duro todo, pero si usted tiene que disculpar a su hijo por algo discúlpelo, si usted tiene que perdonarle algo, perdónelo y dígame que lo ama y todo lo orgullosa que usted está de él, para que él se vaya a descansar . Me imagino que la mamá acepto mi consejo o de otros compañeros que en su momento le habían dicho lo mismo, y hablo con él porque que la vi susurrándole al oído y salir más tranquila del cubículo cuando llegue de nuevo al turno que ya había muerto.</p>
<p>Si, se brindan cuidados de enfermería humanizados, se proporciona el apoyo espiritual, psicológico.</p>
<p>Si, con la mayoría de paciente</p>
<p>Si. Es un proceso muy difícil para los familiares dónde se les brinda acompañamiento emocional para tratar de aliviar el dolor que sienten en ese momentos ellos como familiares</p>
<p>Si, pacientes multisoportados con medicamentos vasopresores y ventiladores q no responde a manejo médico y pacientes en fase terminal .</p>
<p>Si, la verdad ha Sido un poco triste la experiencia pero uno trata de dar la mejor HUMANIZACIÓN hacia los familiares y hacia el paciente.</p>
<p>Si he tenido experiencia con pacientes en código lila</p>
<p>Si, han sido experiencias muy emotivas dónde nuestro objetivo es brindar una atención humanizada acompañada de respeto y apoyo emocional para el paciente y sus familiares.</p>
<p>Si, lo vemos de vez en cuando tanto en paciente jóvenes como en la tercera edad</p>
<p>Si he tenido un par de experiencias en las que se debe tratar de dar lo mejor del personal en el cuidado del paciente en cuanto el tiempo de vida, tratando de darle comodidad y tranquilidad y alivio en el manejo del dolor para así evitar que sufra el paciente.</p>
<p>Si cuando estuve en el área de oncología 10 piso</p>

Si, se informa y se acompaña a los pacientes y a los familiares en el proceso
En el décimo piso tuve varias experiencias así, en uci muy pocas
Si pero ha sido un poco complicado el tema a manejar sobre la administración de medicamentos, las infusiones, el tiempo de estancia de familiares.
Si, paciente que por su condición de salud la muerte es inminente
Sí, es duro por q nadie de la familia espera encontrarse con una situación así, y emprender el duelo de aceptación es lo más duro
Si, ha sido experiencias sin ninguna complicación
Si es muy duro ,ver el familiar como sufre y hasta uno mismo siente el dolor del familiar
Si he visto 1 que otro caso
Si, en nuestra unidad de cuidados intensivos a menudo nos encontramos con paciente que apesar del esfuerzo médico y de parte de enfermería, no sobrevivirán por ello nos encargamos de dar una muerte digna y sin sufrimiento al paciente.
Si, pero no sé sigue una línea , los especialistas nunca están de acuerdo y se contradicen

#### Análisis:

En el cuadro anterior se evidencio las experiencias que han tenido el personal de salud las cuales dan a entender que lo más importante en los últimos momentos de vida de los pacientes es la humanización y el acompañamiento al mismo y su respectiva familia.

Grafico # 9: ¿Qué son los cuidados al final de la vida?

## 9. ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA?

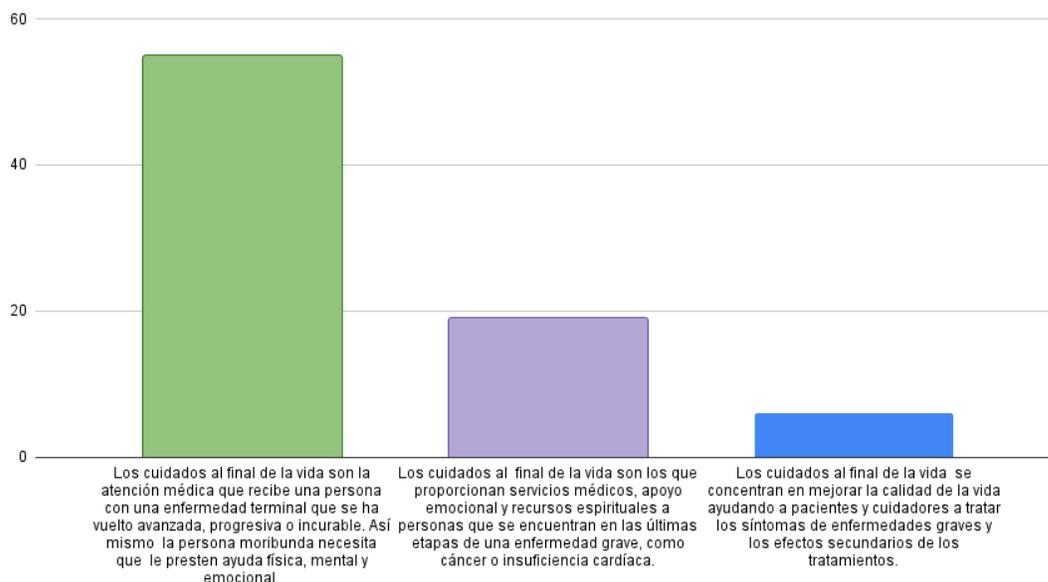


Figura 10. Fuente propia

## Análisis:

En la gráfica anterior se logró observar que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo tienen diferentes conceptos sobre los cuidados al final de la vida como las descritas a continuación: \* Los cuidados al final de la vida son la atención médica que recibe una persona con una enfermedad terminal que se ha vuelto avanzada, progresiva o incurable. Así mismo la persona moribunda necesita que le presten ayuda física, mental y emocional 66.7% (54) \* Los cuidados al final de la vida son los que proporcionan servicios médicos, apoyo emocional y recursos espirituales a personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad grave, como cáncer o insuficiencia cardíaca 24.1% (18) \* Los cuidados al final de la vida se concentran en mejorar la calidad de la vida ayudando a pacientes y cuidadores a tratar los síntomas de enfermedades graves y los efectos secundarios de los tratamientos 8% (7) \* Los cuidados al final de la vida están basados en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y

proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana 1.1% (1).

Resaltando que el concepto elegido por la mayoría de los usuarios fue la respuesta correcta la cual es: los cuidados al final de la vida son la atención médica que recibe una persona con una enfermedad terminal que se ha vuelto avanzada, progresiva o incurable. Así mismo la persona moribunda necesita que le presten ayuda física, mental y emocional.

Grafica # 10: Objetivo de los cuidados al final de la vida.

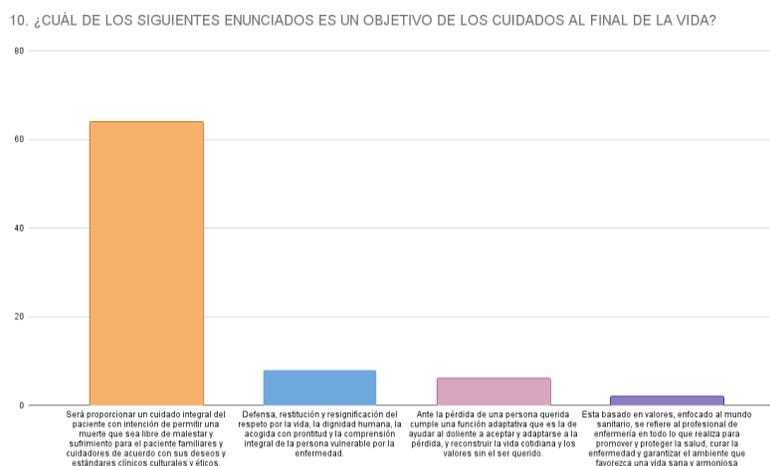


Figura 11. Fuente propia

Análisis:

En la gráfica anterior se evidencio que el 79.3% (61) del personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo conoce cuál es el objetivo de los cuidados al final de la vida el cual es: proporcionar un cuidado integral del paciente con intención de permitir una muerte que sea libre de malestar y sufrimiento para el paciente familiares y cuidadores de acuerdo con sus deseos y estándares clínicos culturales y éticos, mientras que el 9.2% (8) determinó que el objetivo es: defensa, restitución y resignificación del respeto por la vida, la dignidad humana, la acogida con prontitud y la comprensión integral de la persona vulnerable por la enfermedad. El 8% (7) determinó que el objetivo es: ante la pérdida de una persona querida cumple una función

adaptativa que es la de ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a la pérdida, reconstruir la vida cotidiana y los valores sin el ser querido. El 8% (4) determinó que el objetivo está basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa.

Grafica # 11: Actividades de los cuidados al final de la vida.

11. ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SON ACTIVIDADES DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA?

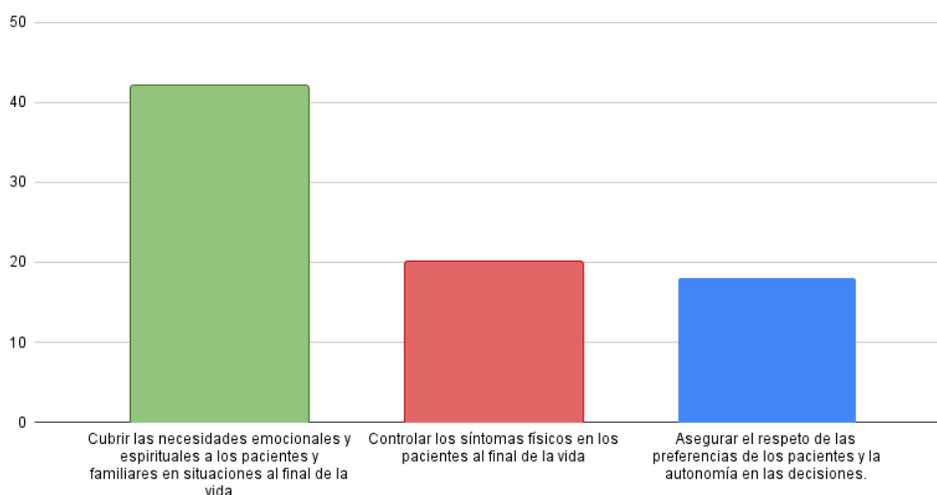


Figura 12. Fuente propia

Análisis:

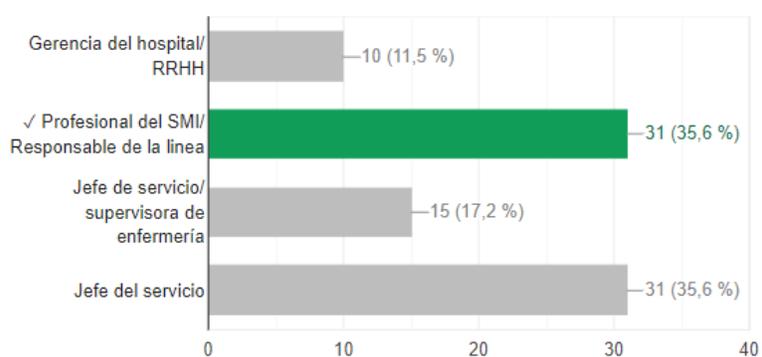
En la gráfica anterior se logró observar que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo tiene conocimiento sobre las actividades de los cuidados al final de la vida, las cuales son las siguientes: Cubrir las necesidades emocionales y espirituales a los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida 55.2% (42), controlar los síntomas físicos en los pacientes al final de la vida 23% (20), asegurar el respeto de las preferencias de los pacientes y la autonomía en las decisiones 21.8% (18), controlar los síntomas físicos en los

pacientes al final de la vida, 0% (0) controlar los síntomas físicos en los pacientes al final de la vida.

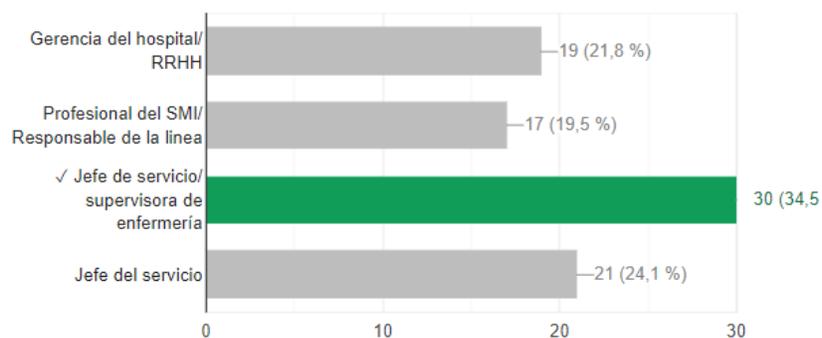
Grafica # 12: Relacione la información sobre las respectivas responsabilidades del equipo de salud.

## 12. RELACIONE LA INFORMACION SOBRE LAS RESPECTIVAS RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE SALUD

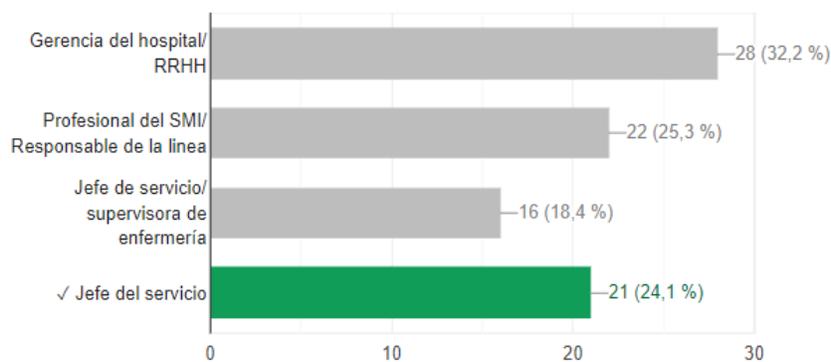
31 de 86 respuestas correctas



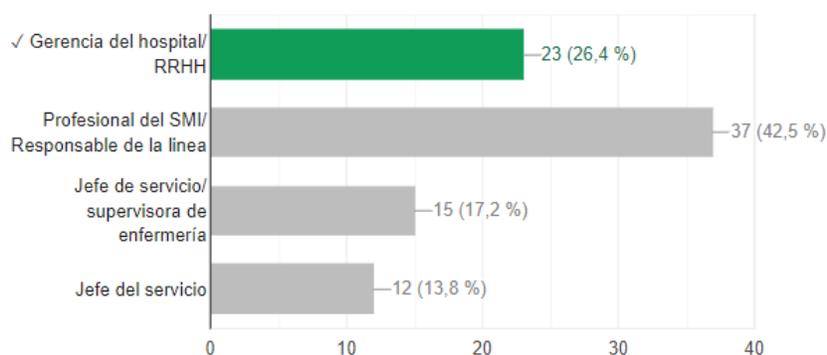
< **Fila 1:** Instauración de cuidados adecuados a los pacientes en situación al final de la vida. >



< **Fila 2:** Implantación de horarios flexibles de visita para familiares de los pacientes en situación al final de la vida >



← **Fila 4:** Incorporación de instrucciones previas en la toma de decisiones dejando constancia del proceso en la historia clínica →



← **Fila 3:** Integración de mecanismos de soporte emocional para los pacientes y familiares en situación al final de la vida →

Figura 13. Fuente propia

## Análisis

En los resultados del formulario aplicado se logró observar que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo, conocen las responsabilidades del equipo de salud con los cuidados al final de la vida, los cuales son:

\*Instauración de cuidados adecuados a los pacientes en situación al final de la vida: Profesional del SMI/Responsable de la línea 35.6% (31), jefe del servicio 35.6% (31), jefe de servicio/supervisora de enfermería 17.2% (12), Gerencia del hospital/RRHH 11.5% (6).

\*Implantación de horarios flexibles de visita para familiares de los pacientes en situación al final de la vida: jefe de servicio/supervisora de enfermería 34.5% (30), jefe del

servicio 24.1% (21), Gerencia del hospital/RRHH 21.8% (19), profesional del SMI/Responsable de la línea 19.5 % (10).

\* Integración de mecanismos de soporte emocional para los pacientes y familiares en situación al final de la vida: profesional del SMI/Responsable de la línea 42.5 % (37), Gerencia del hospital/RRHH 26.4.5% (20), jefe de servicio/supervisora de enfermería 17.2% (13), jefe del servicio 13.8% (10).

\* Incorporación de instrucciones previas en la toma de decisiones dejando constancia del proceso en la historia clínica: Gerencia del hospital/RRHH 32.2% (26), profesional del SMI/Responsable de la línea 25.3 % (21), jefe del servicio 24.1% (20), jefe de servicio/supervisora de enfermería 18.45% (13).

Presentación evidencia documental elaborada de la actividad



## FORMULARIO- CÓDIGO LILA

Cordial saludo.

Este formulario busca invitar al personal de salud a participar en la estrategia de implementación del código lila en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Medical Duarte.

Este instrumento no es evaluativo, sino que es un formulario que tiene como objetivo identificar la apreciación y conocimiento del personal de salud sobre el "Código Lila".

Agradezco su tiempo y disposición.

Acepta participar en la encuesta \* 1 punto

Si

No

Siguiente
Borrar formulario

CODIGO LILA UNA ESTRATEGIA HUMANIZANTE HACIA EL FINAL DE LA VIDA.

NOMBRE COMPLETO \* 1 punto

DOCUMENTO DE IDENTIDAD \* 1 punto

CARGO \* 1 punto

1. ¿EN QUE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRABAJA? \* 1 punto

UCI 1

UCI 2

UCI CORONARIA

2. ¿CUANTO TIEMPO TIENE TRABAJANDO EN LA UNIDAD? \* 1 punto

Mayor de un año

Menor de un año

3. ¿QUE ES EL CÓDIGO LILA? \* 1 punto

- Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida.
- Es un sentimiento subjetivo que aparece en los familiares tras la muerte de un paciente que tuvo una enfermedad terminal y proviene del latín dolos que significa dolor.
- Es una estrategia institucional donde se brinda un ambiente hospitalario lleno de respeto y confianza hacia los pacientes y sus respectivos familiares.
- Es un mecanismo por el cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia.

4. ¿CUAL ES EL OBJETIVO DEL CÓDIGO LILA? \* 1 punto

- Aliviar el dolor y otros síntomas, mejorándole así la calidad de vida al paciente.
- Es la defensa, restitución y resignificación del respeto por la vida y la dignidad humana.
- Ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a la pérdida, y reconstruir la vida cotidiana.
- Humanizar el proceso de morir en la unidad de cuidados intensivos adultos.

5. RELACIONE LA INFORMACION \* 4 puntos  
SOBRE LAS RESPECTIVAS  
RESPONSABILIDADES DEL  
EQUIPO DE SALUD

ENFERMERA AUXILIAR D  
PROFESIONAL. ENFERMERI

Identificar los  
pacientes que se  
encuentran en  
proceso de  
muerte digna .



Activar el código  
lila y contactar a  
los familiares  
para que se  
acerquen a la  
unidad.



Dar  
acompañamiento  
al paciente y  
familia , si es  
solicitado  
contactar un  
guía espiritual  
acorde a las  
creencias  
religiosas del  
paciente y/o  
familiar.




Dar

Dar  
acompañamiento  
y apoyo  
psicológico y  
emocional a los  
familiares.

6. ¿HA SIDO CAPACITADO SOBRE EL CÓDIGO LILA? \* 1 punto

- Si
- No

7. ¿CON QUE FRECUENCIA HA SIDO CAPACITADO SOBRE EL CODIGO LILA? \* 1 punto

Tu respuesta

8. ¿HA TENIDO EXPERIENCIAS CON PACIENTES CON CÓDIGO LILA? EXPLIQUE SU RESPUESTA \* 1 punto

Tu respuesta

Atrás

Siguiente

Borrar  
formulario

#### FORMULARIO -CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

9. ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA? \* 1 punto

Los cuidados al final de la vida son la atención médica que recibe una persona con una enfermedad terminal que se ha vuelto avanzada, progresiva o incurable. Así mismo la persona moribunda necesita que le presten ayuda física, mental y emocional.

- 
- Los cuidados al final de la vida son los que proporcionan servicios médicos, apoyo emocional y recursos espirituales a personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad grave, como cáncer o insuficiencia cardíaca.

- 
- Los cuidados al final de la vida se concentran en mejorar la calidad de la vida ayudando a pacientes y cuidadores a tratar los síntomas de enfermedades graves y los efectos secundarios de los tratamientos.

- 
- Los cuidados al final de la vida están basados en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana.

10. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES \* 1 punto  
ENUNCIADOS ES UN OBJETIVO DE  
LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA  
VIDA?

Defensa, restitución y resignificación del respeto por la vida, la dignidad humana, la acogida con prontitud y la comprensión integral de la persona vulnerable por la enfermedad.

Será proporcionar un cuidado integral del paciente con intención de permitir una muerte que sea libre de malestar y sufrimiento para el paciente familiares y cuidadores de acuerdo con sus deseos y estándares clínicos culturales y éticos.

Esta basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa

Ante la pérdida de una persona querida cumple una función adaptativa que es la de ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a la pérdida, y reconstruir la vida cotidiana y los valores sin el ser querido.

11. ¿CUALES DE LOS SIGUIENTES \* 1 punto  
ENUNCIADOS SON ACTIVIDADES  
DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA  
VIDA?

Asegurar el respeto de las preferencias de los pacientes y la autonomía en las decisiones.

Controlar los síntomas físicos en los pacientes al final de la vida

Cubrir las necesidades emocionales y espirituales a los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida

Controlar las decisiones de los pacientes y ocultar su estado de salud

12. RELACIONE LA INFORMACION \* 4 puntos  
SOBRE LAS RESPECTIVAS  
RESPONSABILIDADES DEL  
EQUIPO DE SALUD

	Profesional del SMI/Responsable de la línea	Gerencia del hospital/RRHH
Instauración de cuidados adecuados a los pacientes en situación al final de la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implantación de horarios flexibles de visita para familiares de los pacientes en situación al final de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integración de mecanismos de soporte emocional para los pacientes y familiares en situación al final de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incorporación de instrucciones previas en la toma de decisiones dejando constancia del proceso en la historia clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.		
<input type="button" value="Atrás"/> <input type="button" value="Enviar"/> <input type="button" value="Borrar formulario"/>		

Figura 14. Fuente propia

#### LINK DEL FORMULARIO:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc1moPqw6aoWquRVP9OuBbLGfjvJ3sDvHJrEjqXEC5nrWLwug/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc1moPqw6aoWquRVP9OuBbLGfjvJ3sDvHJrEjqXEC5nrWLwug/viewform?usp=sf_link)

#### CONCLUSION:

Gracias al análisis realizado, se puede deducir que el personal de salud que trabaja en las unidades de cuidado intensivo de la Clínica Medical Duarte tiene conocimiento con relación al código lila y los cuidados al final de la vida, además de estar capacitado y tener experiencia con este tema donde se resalta la importancia del trato humanizado con el paciente y sus familiares, pero también se debe destacar que aunque tengan conocimiento

relacionado al tema no conocen una parte fundamental la cual es la responsabilidad que tiene cada personal de salud ante un código lila para poder actuar rápido y correctamente.

Tabla 9 Resultados del proyecto por objetivo

<i>OBJETIVO ESPECIFICO N°2 DEL PROYECTO, TRABAJADO</i>				
Desarrollar estrategias enfocadas al fortalecimiento y disseminación de la información relacionada con los cuidados al final de vida para la implementación del código lila en los servicios de cuidado intensivo.				
ACTIVIDAD N° 1 DEL OBJETIVO N°2		Actualización del protocolo de atención para los pacientes con código lila.		
<i>RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</i>				
<i>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</i>	<i>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</i>	<i>META PLANTEADA</i>	<i>META EJECUTADA</i>	<i>FECHA DE DESARROLLO</i>
N° de protocolos actualizados	<i>Se actualizo un protocolo sobre el código lila</i>	En la segunda semana del mes de mayo de 2023 se actualizara el protocolo, del código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	En la segunda semana del mes de mayo de 2023 se actualizo el protocolo, del código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	08 -05-2023

Documento Realizado

## **1. Introducción**

La humanización en el ámbito de la salud consiste en proporcionar cuidados a la persona de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores. Además, la humanización tiene que ver con la propia concepción del sistema, con la gestión y el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con otros elementos no fácilmente comunicables ni tangibles, como "el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada"

La mortalidad en las unidades de cuidado intensivo, habilitadas, con equipamiento completo como los últimos monitores y ventiladores, con los mejores especialistas, con médicos generales, enfermeras y terapeutas, aun con todo lo anteriormente nombrado los pacientes van a seguir estando en estado crítico y por lo tanto morirá un grupo importante de individuos; la tasa de mortalidad en Norte de Santander según Minsalud se encuentra en 5,14 (defunciones intrahospitalarias)

Con relación a eso, como profesional, persona, hijo, padre o amigo, nos hemos preguntado alguna vez ¿cómo murieron?; no por qué murieron, sino ¿cómo murieron? ¿Estuvo solo? ¿Sin duelo? ¿Lo acompañó su familia? probablemente la rutina de la atención clínica o la carga laboral es la razón por la cual los profesionales de la salud olvidan la parte humana

Por todo lo anterior, nace el "Código Lila", el cual es una herramienta más que busca humanizar los servicios de salud, representado por un colibrí lila colocado a la entrada del cubículo del paciente, indicando al grupo asistencial que allí se encuentra un paciente-familia, en una situación de los últimos días.. El presente documento, determina el proceso que se debe llevar a cabo cuando un paciente tiene pronóstico de muerte inminente, así mismo, describe las

funciones a realizar por el personal encargado de la atención asistencial y administrativa de la unidad de cuidados intensivos adultos.

## **2. Justificación**

En las unidades de cuidados intensivos los pacientes en situación crítica atraviesan por una fase de deterioro funcional que precede el fallecimiento en horas o días, a esto se le denomina agonía. El personal asistencial de la unidad debe estar capacitado para brindar atención integral a estos pacientes, las acciones incluyen realizar un diagnóstico adecuado de la situación del enfermo, informar y comunicar la situación a los cuidadores y familiares, así como planificar los cuidados precisos para estos momentos

Toda acción que se ejecute es con el objetivo de conseguir una muerte digna y con suficiente grado de confort físico, emocional y espiritual de la persona, sin olvidar que los familiares y cuidadores también necesitan apoyo, y en esta situación es esencial la comunicación entre la familia y el personal asistencial.

El presente documento tiene como objetivo humanizar el proceso de morir en la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica medical Duarte, como resultado, se obtendrán beneficios con relación a la atención con alta calidad y se da cumplimiento a la política institucional de humanización, indispensable para lograr la acreditación institucional en alta calidad.

## **3. Objetivo**

Diseñar un procedimiento institucional orientado a pacientes en situación de últimos días e inminente fallecimiento, en el ambiente hospitalario que posibilite la comunicación de necesidades físicas, psicosociales y espirituales, al equipo de salud, personal de apoyo y administrativo en un contexto de comunicación, respeto y consideración.

#### 4. Alcance

El presente procedimiento cubre los procesos de cuidado al final de la vida e inminente fallecimiento que involucra a: Pacientes, familiares, personal de salud, personal administrativo y externos, hasta llegar al proceso de preparación y traslado del cadáver.

#### 5. Responsabilidades

**Médico:** Identificar los pacientes en situación de últimos días e inminente fallecimiento, a través de una evaluación intensiva ya que cada caso es diferente y la evolución de la enfermedad puede dar un giro de 360°, por lo que durante este periodo la evaluación es intensiva para garantizar el confort y bienestar del paciente.

1. Resaltar el ajuste del tratamiento ante cada nueva eventualidad es fundamental por lo cual se debe hacer una lista de fármacos para poder retirar los que ya no sean necesarios en esta fase, mantener y simplificar los que continuarán.
2. El profesional de salud debe realizar el documento de voluntades anticipadas donde se notifican las decisiones expresadas por el paciente tomadas de forma reflexiva, libre y responsable, sobre los tratamientos médicos y cuidados de salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.
3. Debe hacer el registro en la historia clínica e informar al equipo de salud (enfermera profesional, auxiliar de enfermería, fisioterapeuta) y a la familia sobre el pronóstico de vida del paciente y el debido ajuste al tratamiento, acompañar (en lo posible) a la familia en el deceso del paciente, en caso que no estén presentes los familiares se deben diligenciar los registros y el certificado de defunción.
4. El médico del servicio es el encargado de autorizar al representante o familiar los elementos que constituyen la preparación para el ajuste al tratamiento, este debe permitir el acompañamiento (en lo posible) a la familia en el deceso del paciente con

posibilidad de mayor permanencia en la unidad lo cual incluye la expedición de permisos de acceso amplio extendido a más familiares al mismo tiempo (de dos a cinco personas), en caso que no estén presentes los familiares se deben indagar aspectos relacionados con preferencias espirituales y emocionales, autorizar últimos deseos que exprese el paciente (si este puede). También se puede autorizar ingreso de objetos y/o condiciones especiales (como fotos, música, u otro tipo de recuerdos emocionales, que estén al alcance de la entidad y que a criterio médico se hubiesen autorizado ser llevados a la unidad).

5. En situaciones poco comunes, es posible que los síntomas al final de la vida sean resistentes a todos los tratamientos. En estos casos, se indica la sedación paliativa, con el uso de benzodiazepinas, barbitúricos o neurolépticos.

**Enfermero (a):** Se encarga de Activar el código lila, en el servicio mediante acciones pertinentes como son:

1. Ubicar identificador institucional de código que es un colibrí lila en el cubículo del paciente como distintivo, e informar al personal de salud (auxiliar de enfermería y fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social y demás) sobre la activación del código y el pronóstico de vida del paciente.
2. Hacer el registro en las notas de enfermería sobre la activación del Código lila.
3. Contactar con el apoyo de psicología y trabajo social a los familiares, allegados o responsables del paciente y permitir el ingreso de los familiares y alentarlos a que notifiquen a las personas cercanas al paciente que tal vez quieran tener la ocasión de despedirse.
4. Proporcionar y velar por la privacidad del paciente y su familia, respeto

del momento de final de vida

5. La atención debe enfocarse en el paciente y sus seres queridos.

Además de continuar con un abordaje cuidadoso y considerado ante cualquier síntoma que presente el paciente como:

- **DELIRIUM:** El delirium terminal se produce antes de la muerte entre el 50 % y el 90 % de los pacientes. Es posible que se presente agitación, alucinaciones e inquietud por eso se debe proteger a los pacientes de accidentes o autolesiones mientras están inquietos o agitados y se debe reducir el uso de sujeciones.
- **FATIGA:** Es uno de los síntomas más comunes y suele aumentar su prevalencia e intensidad a medida que los pacientes se acercan a los últimos días de vida por lo tanto se recomiendan terapias de contacto físico (masaje).
- **DISNEA:** Respiración difícil y dolorosa o falta de aliento, las opciones de tratamiento para la disnea incluyen los opioides, el oxígeno por cánula nasal, los ventiladores, la elevación de la cabecera de la cama, la ventilación no invasiva y los fármacos adyuvantes.
- **DOLOR:** La prevalencia del dolor se sitúa entre el 30 % y el 75 % en los últimos días de vida. La evaluación del dolor puede complicarse debido al delirium. Muchos pacientes temen el dolor incontrolable durante los últimos días de vida, pero la experiencia sugiere que es posible lograr un alivio del dolor en la mayoría de los pacientes con farmacoterapia analgésica
- **DISFAGIA:** Los pacientes presentan dificultad para deglutir tanto sólidos como líquidos por eso se recomienda que en vez de alimentarlos mediante sondas, es razonable proveer una pequeña cantidad de comida para su disfrute si el paciente

expresa el deseo de comer.

- **ESTERTOR AGONICO:** también conocido como secreciones excesivas, se presenta cuando la saliva y otras secreciones se acumulan en la orofaringe y en las vías respiratorias superiores en los pacientes que están demasiado débiles como para despejar la garganta, se maneja con tratamiento farmacológico.

**Fisioterapia:** El papel del profesional de Fisioterapia:

- Mantenimiento de la vía aérea activa hasta la muerte.
- Incentivar al paciente a la actividad corporal (movilización y cambios posturales), para disminuir los síntomas causados por la enfermedad.
- También es el encargado de retirar los dispositivos de la vía aérea después del deceso del paciente.

**Trabajador (a) social:** Acompañamiento al duelo, identificar necesidades de apoyo social que amerita la familia según sus creencias y patrones culturales entre los cuales se encuentran entre otros:

1. Comunica y coordina; poniendo énfasis en la comunicación entre el personal de salud, pacientes y a sus familiares, y asegura que sus necesidades sean atendidas.
2. Dar apoyo emocional; poniendo énfasis a los problemas psicosociales y necesidades emocionales que los familiares de los pacientes puedan tener.
3. Identificar los recursos relevantes y que puede unir al paciente y a sus familiares en el momento del deceso
4. Apoyo en personalizar interacciones interpersonales, entendiendo los sentimientos, actitudes y conductas del paciente y de sus familiares, ante la muerte.
6. Un mediador entre pacientes, familiares y el personal de salud, mientras ocurre el

desenlace de muerte

7. organiza servicios para los pacientes, conferencias y consultas acerca de las necesidades psicosociales de los pacientes y familiares al momento de la muerte de un ser querido.

**Psicología:** Analiza y evalúa los posibles problemas relacionados con el comportamiento y da soporte emocional entre otros:

1. Dar acompañamiento y apoyo emocional al paciente y a la familia en el final de la vida durante todo el proceso con el fin de responder a las necesidades emocionales que genera la misma como también de garantizar la calidad de la atención durante todo el proceso.
2. Realizar intervenciones positivas acorde a la escala de valores de la persona y la familia, teniendo en cuenta los diferentes sucesos inciertos, esto con el fin de garantizar un mejor afrontamiento a la pérdida del ser querido.
3. Ayudar a disminuir el impacto emocional por lo que se requiere de determinadas actitudes basadas en la empatía, la aceptación incondicional y la honestidad.
4. Comunicar aspectos importantes sobre el estado del paciente al resto de profesionales de la salud y mantener un estrecho contacto profesional. Del mismo modo, se debe informar al resto del equipo sanitario de aspectos relevantes de tipo sociocultural, espiritual o religioso que se hayan detectado en la persona enferma o en sus familiares, algo relevante para la elaboración del duelo mediante hechos simbólicos y rituales.
5. Registro de las intervenciones en la Historia Clínica

**Auxiliar de enfermería:** Las responsabilidades del auxiliar son:

1. Proporcionar atención básica al paciente.
2. Administrar medicamentos incluido el ajuste al tratamiento.
3. Debe consultar la lista de fármacos para poder retirar.
4. Supervisar los signos vitales, estar pendiente del paciente en todo momento.
5. Mantener la higiene personal del paciente.
6. Proporcionar un ambiente agradable.
7. Velar por la privacidad y respeto del momento del deceso.
8. Ofrecer acompañamiento a los familiares, además de realizar el arreglo del cadáver según el protocolo institucional.

**Equipo interdisciplinario:** Está conformado por: Especialista, Medico general , enfermera profesional, Fisioterapia, Nutricionista, Auxiliar de enfermería, psicología y trabajo social, los cuales toman las decisiones del manejo de los pacientes y su familia en conjunto compartiendo la responsabilidad, teniendo diferentes perspectivas del manejo lo que conlleva a una atención humanizada y de calidad, además son los encargados de:

1. Establecer medidas para evitar ruidos.
2. Establecer lineamiento para manejo de comentarios, actitudes de respeto, aforos establecidos al momento del deceso del ser querido y tratar de ser un soporte emocional para la familia.

**Camillero:** Debe realizar los procesos de:

1. Colaborar con enfermería en el traslado del paciente a la morgue o salón de paz de la institución de salud. Llevar el cuerpo a descanso,
2. Registrar datos del cuerpo al ingreso en hoja de movimiento de

camilleros en transportes

3. Proporcionar datos generales del cuerpo a vigilancia.
4. Avisar para despejar zona de visitantes y aplicar procedimiento de vigilancia

**Portero:** Son funciones del colaborador de portería y vigilancia:

1. Permitir el acceso a visitantes y familiares sin obstáculos a los pacientes que tienen activado el código lila.
2. Dar orientación al familiar y grupo familiar sobre las condiciones de respeto que se debe tener en el caso de código lila.
3. Permitir el ingreso de objetos especiales que el paciente en condición a final de vida, requiere de acuerdo a su condición, tales como: fotos, música, u otro tipo de recuerdos emocionales, que estén al alcance de la entidad y que a criterio médico se hubiesen autorizado ser llevados a la unidad.
4. Tener en cuenta los permisos de acceso amplio extendido a más familiares al mismo tiempo (de dos a cinco personas en la unidad, según el criterio médico).
5. Permitir el ingreso de asesores espirituales de todas las creencias que existen.
6. Notificar procedimiento de traslado del cuerpo sin vida del paciente.
7. Estar atentos ante cualquier problema que se pueda ocasionar durante el traslado.

**Personal administrativo:** Verificar los registros del paciente realizados durante su estancia en la unidad, verificar el documento de voluntades anticipadas y donación de órganos, además de realizar la liquidación de la estadía en la institución de salud si lo requiere y pueda

dar el paz y salvo a la familia, mientras el medico realiza el certificado de defunción si corresponde.

## 6. Definiciones

**Código lila:** Es un mecanismo por el cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia, brindando un proceso de muerte digna en un ambiente hospitalario lleno de respeto y confianza, por parte del grupo asistencial y de personal de apoyo administrativo donde se encuentre el paciente.

**Atención humanizada en los servicios de salud:** Según el ministerio de salud y protección social, la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respeto y enfrentar el final de la vida con dignidad.

**Duelo:** es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido y proviene del latín dolos que significa dolor. También es un estado en el que el individuo transmite o experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas a una pérdida real o subjetiva (personal, objeto, función, status, entre otros.).

**Luto:** es expresar la tristeza y el dolor que siente el vivo por la partida o desaparición física de un familiar o amigo.

**Muerte:** Desde el punto de vista genérico, la muerte es la finalización de las actividades vitales de un organismo. Desde un punto de vista médico y legal alude a la cesación de toda actividad en el encéfalo, demandándose además que esta finalización sea completamente

irreversible.

**Estado pre –agónico:** El estado o fase terminal es la suma de los acontecimientos previos a la muerte, que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones, a consecuencia de una enfermedad que no responde a los tratamientos específicos.

**Situación de agonía:** La OMC en conjunto con la SECPAL definen la situación de agonía como “La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días”. Los esfuerzos de los diferentes programas y sistemas de salud se enfocan en que el paciente y su entorno tengan la suficiente preparación para la toma de decisiones conjunta con el personal asistencial, para que se cumplan los objetivos del cuidado paliativo en esta etapa

**Respeto:** Consideración, acompañada de cierta sumisión, con que se trata a una persona o una cosa por alguna cualidad, situación o circunstancia que las determina y que lleva a acatar lo que dice o establece o a no causarle ofensa o perjuicio.

**Confort:** Es la percepción subjetiva del bienestar, que requiere de una serie de medidas específicas, realistas, proporcionadas y adaptadas al ámbito de las urgencias, con especial hincapié en el control de las situaciones que producen discomfort. Para lograrlo se debe iniciar precozmente el tratamiento farmacológico de los síntomas, así como prever la aparición de las diferentes complicaciones.

**Paciente en situación terminal:** Persona que presenta una enfermedad avanzada progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado (generalmente inferior a 6 meses), con presencia de síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, con impacto emocional en la persona,

familiares y grupos sociales y con necesidad de atención integral.

**Limitación del esfuerzo terapéutico:** Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio del personal sanitario implicado, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

**Voluntad Vital anticipada:** Es la manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba, en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad

**Fallecimiento Inminente:** o el acto de morir, se refiere al proceso en el que un paciente, que se espera que muera en un plazo de 3 días, exhiba con frecuencia una disminución progresiva en las siguientes funciones: neurocognitivas, cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, genitourinarias y musculares, lo que es característico del proceso de muerte.

**Tanatología:** es una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su transcendencia. También se encarga de los duelos derivados de pérdidas significativas que no tengan que ver con la muerte física o enfermos terminales

## 7. Generalidades

## **Cuidados Al Final De Vida**

El programa de cuidados para el final de la vida es un tipo especial de cuidados concentrados en la calidad de la vida de la persona y de sus familiares, que se enfrentan a una enfermedad avanzada que limita la vida. El programa de cuidados para el final de la vida proporciona una atención compasiva a las personas en las últimas fases de una enfermedad incurable, para que puedan vivir tan plena y cómodamente como sea posible

## **Atención Al Paciente En Agonia**

Durante esta fase se debe informar claramente la situación, tratando de anticipar la probable sintomatología que puede tener el paciente, y como y cuando se va a producir la muerte, se debe tener una comunicación plena basada en el respeto y confianza tomando medidas de bienestar (cuidados corporales generales para evitar deterioro), evitar sufrimiento físico (dolor, falta de aire, delirium, etc.), evitar sufrimiento psicológico (mortificaciones, temores, angustia, pendientes no resueltos, afrontamiento, voluntades no dichas), evitar sufrimiento espiritual (falta de fe, manejar las pérdidas, descubrir el sentido de la trascendencia) y evitar sufrimiento familiar (desgaste, pleitos por desacuerdos, abandono, culpas)

## **Humanización Al Final De Vida**

Numerosos estudios , evidencian la efectividad de humanizar los servicios de salud, a través de la implementación de estrategias que mejoren la calidad de vida de los pacientes, un ejemplo de esto es el código lila, un método empleado por las instituciones de salud para ayudar a morir con dignidad y confort.

### **Etapas Del Duelo:**

Elisabeth Kübler-Ross propone cinco etapas por las que pasa todo enfermo terminal al ser notificado sobre la gravedad de su proceso, etapas que así mismo suceden en los momentos

de duelo que pasan los familiares y seres queridos, como cualquier ser humano en un proceso de gran cambio.

### **Etapas De Duelo:**

1. Negación: Cuando una persona se entera de la enfermedad terminal o muerte de un ser querido, su primera reacción es negar la realidad de esta noticia devastadora.

La negación consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para sólo dejar entrar en nosotros el dolor que estamos preparados para soportar. Se trata de una respuesta temporal que nos paraliza y nos hace escondernos de los hechos. La frase que podría resumir la esencia de esta etapa es “Esto no me puede estar pasando a mí”.

2. Ira: Cuando ya no es posible ocultar o negar esta muerte comienza a surgir la realidad de la pérdida y su consecuente dolor.

Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo dirigiéndose este enojo al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados e inclusive a personas extrañas. Se siente un resentimiento hacia la persona que nos ha dejado causando un inmenso dolor en nosotros, pero este enojo se vive con culpa haciéndonos sentir más enojados aún. La frase que podría contener la esencia de esta etapa es “¿Por qué yo? ¡No es justo!”, “¿Cómo puede sucederme esto a mí?” Esta comprensión del “por qué” de las cosas puede ayudarte a encontrar una cierta paz.

Puedes preguntarte, “¿Dónde ha estado Dios cuando me sucedía esto?”. De acuerdo con la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross , es importante que los familiares y amigos del

doliente dejen que éste exprese libremente su ira sin juzgarlo o reprenderlo ya que este enojo no sólo es temporal, sino que, principalmente, necesario.

3. Negociación: En esta etapa surge la esperanza de que se puede posponer o retrasar la muerte de la persona moribunda.

La etapa de negociación puede ocurrir antes de la pérdida, en caso de tener a una familiar con enfermedad terminal, o bien después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce esta distancia. En secreto el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que su ser querido fallecido regrese a cambio de un estilo de vida reformado. Este mecanismo de defensa para protegerse de la dolorosa realidad no suele ofrecer una solución sostenible en el tiempo y puede conducir al remordimiento y la culpa interfiriendo con la curación.

Las intenciones de volver el tiempo atrás es un deseo frecuente en esta etapa para así haber reconocido a tiempo la enfermedad o evitar que el accidente sucediera. La frase que resume esta etapa es “¿Qué hubiera sucedido sí?” Nos quedamos en el pasado para intentar negociar nuestra salida de la herida mientras pensamos en lo maravillosa que sería la vida si éste ser querido estuviera con nosotros.

4. Depresión: En esta cuarta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos.

Se siente tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá. Sentimos que nos preocupamos mucho por cosas que no tienen demasiada importancia mientras que levantarse cada día de la cama se siente como una tarea realmente complicada. Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación. La frase que contiene la esencia de esta etapa es “Extraño a mi ser querido, ¿por qué seguir?”

En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente surgiendo sentimientos de vacío y profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento sintiendo un agotamiento físico y mental que lo lleva a dormir largas horas. Además, la irritabilidad y la impotencia toman un gran protagonismo ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

5. Aceptación: Es el momento en donde hacemos las paces con esta pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido.

El doliente llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con esta muerte, sino que la pérdida siempre será una parte de nosotros. Este proceso nos permite reflexionar sobre el sentido de la vida, así como lo que queremos de la vida a partir de ahora. La frase que resume la esencia de esta etapa es “Todo va a estar bien”.

Esta etapa consiste en aceptar la realidad de que el ser querido se ha ido físicamente por lo que debemos comprender que esa es la realidad que vivimos, sin él será nuestra realidad permanente de ahora en adelante. Se trata de aprender a convivir con esta pérdida y crecer a través del conocimiento de nuestros sentimientos. Comenzamos a depositar nuestras energías en nuestras amistades y en nosotros mismos estableciendo una relación distinta con la persona fallecida.

### **Comunicación Con La Familia**

La comunicación con la familia es muy importante ya que son el proveedor principal de los cuidados, ellos viven un proceso similar y paralelo al paciente; se consideran un instrumento terapéutico y como tal se debe concebir su colaboración en el cuidado. Durante el proceso de muerte, la familia desencadena cambios en la dinámica familiar dependiendo de la etapa en la

que se encuentre; al momento del diagnóstico presentan un estado de shock, dolor y llanto. Posteriormente, presentan rabia, sentimientos que en su mayoría de veces se despliegan hacia el personal de salud. Más adelante, entran en un periodo de negociación, lo que simboliza mayor aceptación asociado a la esperanza de que el pronóstico cambie. A medida que progresa la enfermedad, se genera una etapa de depresión, desesperanza y dolor, periodo que va fortaleciendo a la familia para enfrentar lo inevitable, llamado duelo anticipatorio, para luego enfrentar el verdadero duelo al momento de perder a su ser querido. Al enfrentarnos en esta situación se debe iniciar un proceso con la familia de alivio de temores frente a la muerte, proporcionar información clara y entendible sobre el diagnóstico, extensión y pronóstico de la enfermedad, órdenes de no reanimación y metas de manejo paliativo.

### **Actividades Administrativas**

El personal administrativo se encarga de organizar y coordinar la prestación de los servicios médicos, además monitorea que el servicio prestado sea de calidad, monitorea las instalaciones y a los proveedores, por otra parte, es responsable de atender y hacerles seguimiento a los pacientes durante su estancia hospitalaria, monitorea la facturación de los pacientes y presentar informes financieros ante los consejos de supervisión.

## **8. Desarrollo**

**1. Activación del código:** La identificación de la posibilidad de un desenlace fatal en algún paciente es realizada por el personal médico y de enfermería. Los criterios son: el deterioro del estado de consciencia, frialdad, palidez o cianosis de labios, punta nariz y de dedos (cianosis distal), mirada inexpresiva, fija y sin brillo, incapacidad para mantener los párpados completamente cerrados, boca abierta sin fuerza para cerrar la mandíbula, respiración

superficial y entrecortada (CheyneStokes),respiración estertorosa (estertor pre mortem), en el momento de la muerte puede ocurrir contractura muscular con desviación de la mirada hacia arriba, el corazón puede latir unos minutos después de interrumpirse la respiración y el pecho exhala un suspiro final, con todo lo anteriormente mencionado se realiza el concepto del grupo tratante en la revista interdisciplinaria.

**2. Informar:** Es responsabilidad del profesional de enfermería ubicar el identificador institucional de código que es un colibrí lila en el cubículo del paciente como distintivo e informar al personal de salud (auxiliar de enfermería, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social y demás) sobre la activación del código, el pronóstico de vida del paciente y hacer el registro en las notas de enfermería.

**3. Contactar la familia:** El profesional de enfermería con el apoyo de psicología y trabajo social contactara a los familiares, allegados o responsables del paciente y permitirá el ingreso al servicio a 3-5 familiares, animándolos a que notifiquen a las personas cercanas al paciente que tal vez quieran tener la ocasión de despedirse (anexo 2).También es importante hablar del vigilante el cual tiene como función permitir el acceso a los familiares sin restricción alguna para ingresar a cualquier horario a la unidad, con las normas de ingreso, permanencia y egreso de familiares y/o visitantes establecidas en el servicio, da orientación al familiar y grupo familiar sobre las condiciones de respeto que se debe tener en este caso, permite el ingreso de objetos especiales que el paciente en condición a final de vida, requiere de acuerdo a su condición, tales como: fotos, flores, música, u otro tipo de recuerdos emocionales, que estén al alcance de la entidad y que a criterio médico se hubiesen autorizado ser llevados a la unidad.

**4. Contactar a psicología:** El enfermero (a) contactara a psicología para apoyar el proceso de duelo con crisis emocionales que requieran apoyo y afrontamiento en el duelo.

**5. Apoyo espiritual:** La enfermera (o) y/o trabajo social establecerán con la familia la necesidad de acompañamiento espiritual y gestionarán de acuerdo con las creencias religiosas del paciente y/o familia.

**6. Dar privacidad y silencio:** El equipo interdisciplinario de la unidad (Medico, enfermera profesional, auxiliar de enfermería, psicología y trabajo social), proporcionara privacidad y silencio (cerrar puertas del cubículo por respeto al duelo, apagar o silenciar la alarma de equipos, celulares, radios, televisores, equipo ajeno al servicio). Durante el proceso se deben evitar comentarios, risas o acciones que atenten contra la dignidad y/o susceptibilidad del paciente y los familiares.

**7. Comprobación de la muerte:** El médico Especialista, Medico general y profesional de enfermería realizaran una evaluación intensiva en la cual se podrá evidenciar (ausencia de pulsos periféricos y de latido cardíaco, ausencia de movimientos respiratorios, inconsciencia y falta de movimientos voluntarios entre otros). Es función del médico informar a la familia el deceso del paciente, permitiendo a los familiares más cercanos iniciar el duelo durante 1 a dos horas en privacidad y sin interrupción alguna.

**8. Atención postmortem:** Terminado el tiempo de acompañamiento, (60 minutos) se le solicitará a los familiares la salida de la unidad explicándoles respetuosamente que es necesario que la fisioterapeuta realice el retiro de los dispositivos de la vía aérea y la auxiliar de enfermería realice el arreglo del cadáver según el protocolo institucional.

**9. Traslado:** El camillero colaborara con la enfermera en el traslado del paciente a la morgue o salón de paz de la institución de salud, además de registrar los datos del cuerpo al ingreso en hoja de movimiento de camilleros en transportes, proporcionara los datos generales del cuerpo a vigilancia para despejar zona de visitantes y aplicar procedimiento de vigilancia

(11), notificar procedimiento de traslado del cuerpo sin vida del paciente y estar atentos ante cualquier problema que se pueda ocasionar durante el traslado. Posterior a esto se debe realizar el trámite de certificado de defunción y demás actividades administrativas propias de la situación.

Colibrí Lila-Distintivo



Figura 15. Fuente propia  
Flujograma Del Desarrollo Del Protocolo Del Código Lila

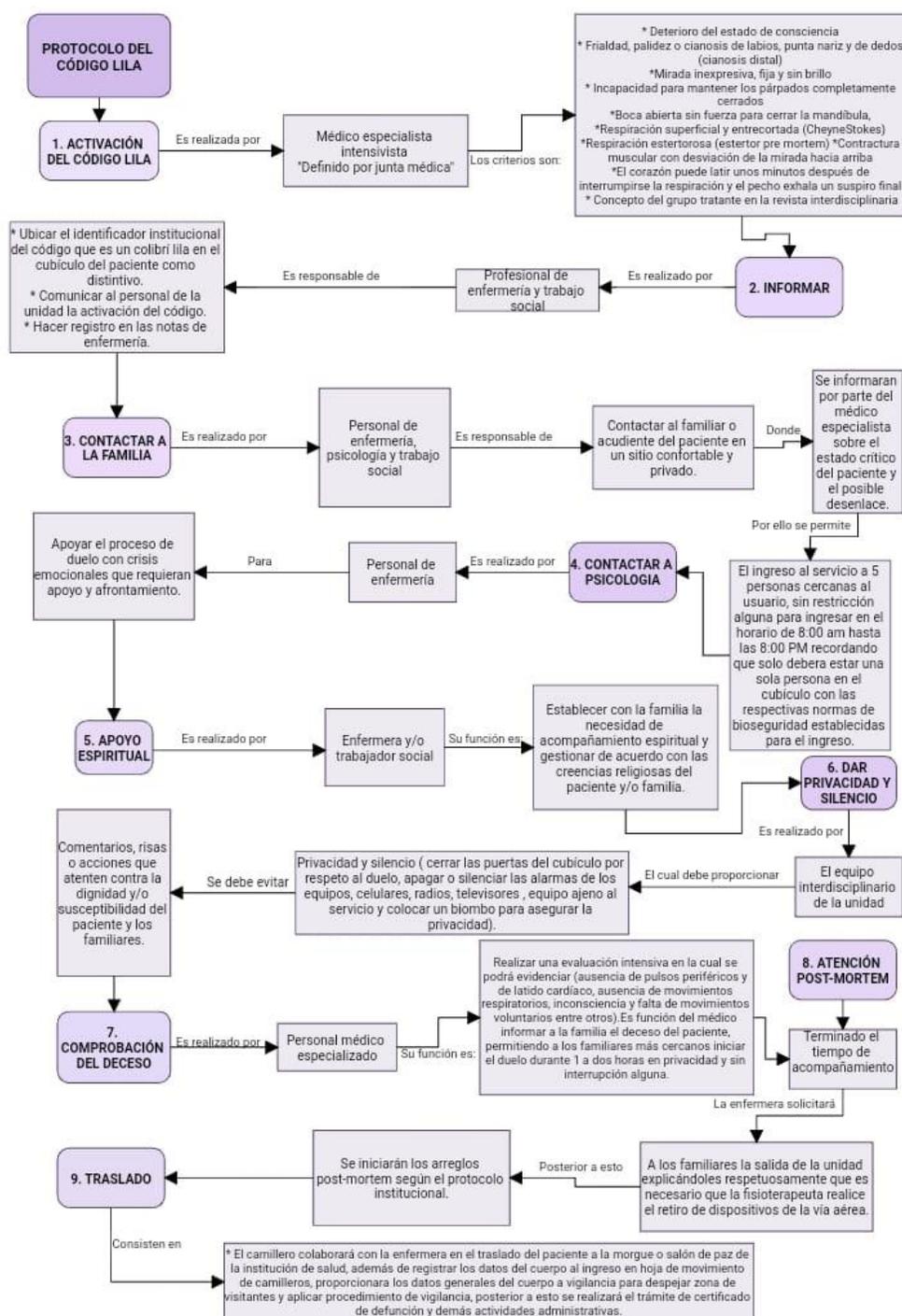


Figura 16. Fuente propia

Tabla 10 Resultados del proyecto por objetivo

<i>OBJETIVO ESPECIFICO N°2 DEL PROYECTO, TRABAJADO</i>				
Desarrollar estrategias enfocadas al fortalecimiento y diseminación de la información relacionada con los cuidados al final de vida para la implementación del código lila en los servicios de cuidado intensivo.				
ACTIVIDAD N° 2 DEL OBJETIVO N°2	Verificación de las directrices administrativas para la actualización del protocolo del código lila			
ACTIVIDAD N° 3 DEL OBJETIVO N°2	Socialización del protocolo del código lila			
<i>RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</i>				
<i>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</i>	<i>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</i>	<i>META PLANTEADA</i>	<i>META EJECUTADA</i>	<i>FECHA DE DESARROLLO</i>
N° de avales aceptados	<i>Aceptaron todos los avales del protocolo</i>	En la tercera semana del mes de Mayo de 2023 se realizara la verificación de las directrices administrativas para la actualización del protocolo del código lila.	En la tercera semana del mes de Mayo de 2023 se realizó la verificación de las directrices administrativas para la actualización del protocolo del código lila.	16/05/2023
# de personal asistente / # total de personal de salud en la unidad x100	<i>Socialización del protocolo</i>	En la cuarta semana del mes de mayo de 2023 se socializara el protocolo Al 80% del personal de salud ubicado en la Unidad de Cuidado Intensivo.	En la cuarta semana del mes de mayo de 2023 se socializo el protocolo Al 80% del personal de salud ubicado en la Unidad de Cuidado Intensivo.	26/05/2023

Actividad #2: n° de avales aceptados  
Todas las directrices del protocolo del código lila fueron aceptadas

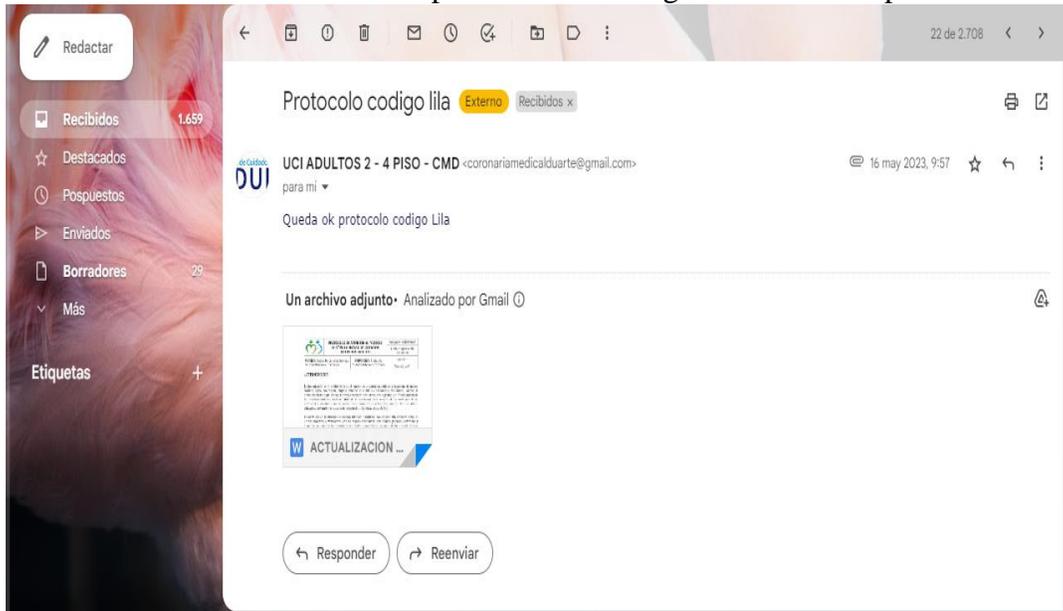


Figura 17. Fuente propia

Actividad # 3. socializacion del protocolo

## Matriz Instruccional

**Tema:** “código lila”

**fecha:** 26/05/2023

**dirigido a:** personal de salud que trabaja en las unidades de cuidado intensivo

**tiempo:** 2 horas

**responsables:** diana delgado -1801073- pasante

**objetivo general:** socializar al personal de salud que trabaja en las unidades de cuidado intensivo el protocolo del código lila, por medio de una sesión educativa realizada por la pasante de enfermería de la UFPS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS	METOD OLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS	AYUDAS A-V TECNICAS ED.	EVALUACION
1. Describir brevemente los conocimientos acerca de la importancia de la humanización en las unidades. 2. Describir el significado del distintivo del código lila (colibri) 3. Mencionar el objetivo y alcance del protocolo 4. Explicar las responsabilidades del equipo médico con el juego de roles. 5. Definir los conceptos que hacen parte del protocolo mediante el juego de encuentra el concepto correcto siendo famoso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Importancia de la humanización en las UCIS.</li> <li>✓ Significado del distintivo del código lila.</li> <li>✓ Objetivo y alcance del protocolo,</li> <li>✓ Responsabilidades del equipo médico.</li> <li>✓ Conceptos del código lila.</li> <li>✓ Generalidades del código lila.</li> <li>✓ Desarrollo del protocolo.</li> </ul>	A R T E  J U E G O  Y  T R A B A J O	2 Horas	<b>RECURSOS HUMANOS:</b> -Pasante de la UFPS  <b>RECURSOS MATERIALES:</b> -Icopor -Foami -Pinturas -cartulina -Palillos	Diapositivas Dinámicas: Juego de roles, encuentra el concepto correcto siendo famoso y ruta del desarrollo, registro de firmas	Se realizara un pre test y post test durante la sesión educativa.
6. Explicar las generalidades del código lila. 7. Explicar el desarrollo del protocolo del código lila mediante el juego ruta de conocimiento.						

### **Metodología: Arte Juego Y Trabajo**

#### **1. Reflexionemos Y Compartamos:**

**Objetivo:** Distinguir los saberes previos del personal de salud que trabaja en las UCIS, se le preguntara sobre el tema.

#### **2. Consultemos:**

**Objetivo:** Favorecer los conocimientos respecto al código lila, por medio de las fuentes de información a fin de estructurar la temática para socializarla.

#### **3. Debatamos:**

**Objetivo:** Se harán preguntas a lo largo de la exposición para que el personal de salud pueda reflexionar mientras presencian la sesión educativa.

#### **4. Evaluemos:**

**Objetivo:** Evaluar el grado de conocimientos adquiridos por parte del personal de salud durante la sesión educativa por medio de un pre test y post test.

#### **Dinámica: juego de roles, encuentra el concepto correcto siendo famoso y ruta del desarrollo**

Objetivo de la dinámica Caja de Juego de Roles:

- Presentarse de manera respetuosa
- Fomentar los conocimientos de los participantes y reflexionar ante la conducta en las unidades de cuidado intensivo.
- Promover la interacción grupal

## **Desarrollo**

**JUEGO DE ROLES:** Al personal de salud se le dará un rol a través de unas paletas representativas el cual deben explicar en orden de acuerdo a lo que dice el protocolo del código lila.

**JUEGO DE ENCONTRAR EL CONCEPTO CORRECTO SIENDO FAMOSO:** Se les darán unas identificaciones de famosos al personal de salud asistente en el cual 9 parejas tendrán las definiciones, las mujeres tendrán los términos por detrás de la identificación y los hombres por detrás tendrán el concepto, tendrán que buscar a su pareja y decidir si el concepto es verdadero o falso.

**RUTA DEL DESARROLLO:** Se elegirán 4 participantes de cada Uci para participar en el juego, en el piso habrá una maqueta con un camino y 9 estaciones las cuales representan los pasos para el desarrollo del protocolo se jugará con unos dados estilo parques combinado con escalerita, en cada estación se hará una pregunta relacionada con el paso del desarrollo en el que se encuentra y el primer grupo que llegue a la última estación gana.

## **Contenido**

La humanización en el ámbito de la salud consiste en proporcionar cuidados a la persona de manera solidaria, digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores. Además, la humanización tiene que ver con la propia concepción del sistema, con la gestión y el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con otros elementos no fácilmente comunicables ni tangibles, como "el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada"(1).

La mortalidad en las unidades de cuidado intensivo, habilitadas, con equipamiento completo como los últimos monitores y ventiladores, con los mejores especialistas, con médicos generales, enfermeras y terapeutas, aun con todo lo anteriormente nombrado los pacientes van a seguir estando en estado crítico y por lo tanto morirá un grupo importante de individuos; la tasa de mortalidad en Norte de Santander según Minsalud se encuentra en 5,14 (defunciones intrahospitalarias)

Con relación a eso, como profesional, persona, hijo, padre o amigo, nos hemos preguntado alguna vez ¿cómo murieron?; no por qué murieron, sino ¿cómo murieron? ¿Estuvo solo? ¿Sin duelo? ¿Lo acompañó su familia? probablemente la rutina de la atención clínica o la carga laboral es la razón por la cual los profesionales de la salud olvidan la parte humana

Por todo lo anterior, nace el “Código Lila”, el cual es una herramienta más que busca humanizar los servicios de salud, representado por un colibrí lila colocado a la entrada del cubículo del paciente, indicando al grupo asistencial que allí se encuentra un paciente-familia, en una situación de los últimos días. El presente documento, determina el proceso que se debe llevar a cabo cuando un paciente tiene pronóstico de muerte inminente, así mismo, describe las funciones a realizar por el personal encargado de la atención asistencial y administrativa de la unidad de cuidados intensivos adultos.

En las unidades de cuidados intensivos los pacientes en situación crítica atraviesan por una fase de deterioro funcional que precede el fallecimiento en horas o días, a esto se le denomina agonía. El personal asistencial de la unidad debe estar capacitado para brindar atención integral a estos pacientes, las acciones incluyen realizar un diagnóstico adecuado

de la situación del enfermo, informar y comunicar la situación a los cuidadores y familiares, así como planificar los cuidados precisos para estos momentos.

Toda acción que se ejecute es con el objetivo de conseguir una muerte digna y con suficiente grado de confort físico, emocional y espiritual de la persona, sin olvidar que los familiares y cuidadores también necesitan apoyo, y en esta situación es esencial la comunicación entre la familia y el personal asistencial.

El presente documento tiene como objetivo humanizar el proceso de morir en la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica medical Duarte, como resultado, se obtendrán beneficios con relación a la atención con alta calidad y se da cumplimiento a la política institucional de humanización, indispensable para lograr la acreditación institucional en alta calidad.

**DISTINTIVO:** De acuerdo a la leyenda Mayas, el colibrí encarna un simbolismo con un poderoso significado espiritual, ya que representa la resurrección de las almas. En algunas culturas ancestrales significa la muerte en las noches frías del invierno y la resurrección a la vida con el amanecer de la primavera. El colibrí recuerda al ser querido que ya no está.

**OBJETIVO:** Diseñar un procedimiento institucional orientado a pacientes en situación de últimos días e inminente fallecimiento, en el ambiente hospitalario que posibilite la comunicación de necesidades físicas, psicosociales y espirituales, al equipo de salud, personal de apoyo y administrativo en un contexto de comunicación, respeto y consideración.

Alcance:

El presente procedimiento cubre los procesos de cuidado al final de la vida e inminente fallecimiento que involucra a: Pacientes, familiares, personal de salud, personal administrativo y externos, hasta llegar al proceso de preparación y traslado del cadáver.

#### RESPONSABILIDADES:

**Médico:** Identificar los pacientes en situación de últimos días e inminente fallecimiento, a través de una evaluación intensiva ya que cada caso es diferente y la evolución de la enfermedad puede dar un giro de 360°, por lo que durante este periodo la evaluación es intensiva para garantizar el confort y bienestar del paciente. También es importante resaltar que el ajuste del tratamiento ante cada nueva eventualidad es fundamental por lo cual se debe hacer una lista de fármacos para poder retirar los que ya no sean necesarios en esta fase, mantener y simplificar los que continuarán. Otro tema importante que debe abordar el profesional de la salud es el documento de voluntades anticipadas donde se notifican las decisiones expresadas por el paciente tomadas de forma reflexiva, libre y responsable, sobre los tratamientos médicos y cuidados de salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Se debe hacer el registro en la historia clínica e informar al equipo de salud (enfermera profesional, auxiliar de enfermería, fisioterapeuta) y a la familia sobre el pronóstico de vida del paciente y el debido ajuste al tratamiento, acompañar (en lo posible) a la familia en el deceso del paciente, en caso que no estén presentes los familiares se deben diligenciar los registros y el certificado de defunción

**Enfermero (a):** Activar el código lila colocando un colibrí lila en el cubículo del paciente como distintivo, e informar al personal de salud (auxiliar de enfermería y

fisioterapeuta) sobre la activación del código y el pronóstico de vida del paciente, hacer el registro en las notas de enfermería sobre la activación del Código lila, contactar y permitir el ingreso de los familiares y alentarlos a que notifiquen a las personas cercanas al paciente que tal vez quieran tener la ocasión de despedirse, proporcionar y velar por la privacidad y respeto del momento ya que durante las últimas horas de vida la atención debe enfocarse en el paciente y sus seres queridos. Además de continuar con un abordaje cuidadoso y considerado ante cualquier síntoma que presente el paciente como:

**DELIRIUM:** El delirium terminal se produce antes de la muerte entre el 50 % y el 90 % de los pacientes. Es posible que se presente agitación, alucinaciones e inquietud por eso se debe proteger a los pacientes de accidentes o autolesiones mientras están inquietos o agitados y se debe reducir el uso de sujeciones.

**FATIGA:** Es uno de los síntomas más comunes y suele aumentar su prevalencia e intensidad a medida que los pacientes se acercan a los últimos días de vida por lo tanto se recomiendan terapias de contacto físico (masaje).

**DISNEA:** Respiración difícil y dolorosa o falta de aliento, las opciones de tratamiento para la disnea incluyen los opioides, el oxígeno por cánula nasal, los ventiladores, la elevación de la cabecera de la cama, la ventilación no invasiva y los fármacos adyuvantes.

**DOLOR:** La prevalencia del dolor se sitúa entre el 30 % y el 75 % en los últimos días de vida. La evaluación del dolor puede complicarse debido al delirium. Muchos pacientes temen el dolor incontrolable durante los últimos días de vida, pero la experiencia sugiere que es posible lograr un alivio del dolor en la mayoría de los pacientes con farmacoterapia analgésica

**DISFAGIA:** Los pacientes presentan dificultad para deglutir tanto sólidos como líquidos por eso se recomienda que en vez de alimentarlos mediante sondas, es razonable proveer una pequeña cantidad de comida para su disfrute si el paciente expresa el deseo de comer.

**ESTERTOR AGONICO:** también conocido como secreciones excesivas, se presenta cuando la saliva y otras secreciones se acumulan en la orofaringe y en las vías respiratorias superiores en los pacientes que están demasiado débiles como para despejar la garganta, se maneja con tratamiento farmacológico.

**Fisioterapia:** Mantenimiento de la vida activa hasta la muerte, incentivar al paciente la actividad corporal y disminuir los síntomas causados por la enfermedad además también es el encargado de retirar los dispositivos de la vía aérea después del deceso del paciente.

**Trabajador (a) social:** Acompañamiento al duelo, identificar necesidades de apoyo social que amerita la familia según sus creencias y patrones culturales entre los cuales se encuentran entre otros:

1. Comunica y coordina; poniendo énfasis en la comunicación entre el personal de salud, pacientes y a sus familiares, y asegura que sus necesidades sean atendidas.
2. Dar apoyo emocional; poniendo énfasis a los problemas psicosociales y necesidades emocionales que los familiares de los pacientes puedan tener.
3. Identificar los recursos relevantes y que puede unir al paciente y a sus familiares en el momento del deceso
4. Apoyo en personalizar interacciones interpersonales, entendiendo los

sentimientos, actitudes y conductas del paciente y de sus familiares, ante la muerte.

6. Un mediador entre pacientes, familiares y el personal de salud, mientras ocurre el desenlace de muerte

7. organiza servicios para los pacientes, conferencias y consultas acerca de las necesidades psicosociales de los pacientes y familiares al momento de la muerte de un ser querido.

**Psicología:** Analiza y evalúa los posibles problemas relacionados con el comportamiento y da soporte emocional entre otros:

- Dar acompañamiento y apoyo emocional al paciente y a la familia en el final de la vida durante todo el proceso con el fin de responder a las necesidades emocionales que genera la misma como también de garantizar la calidad de la atención durante todo el proceso.
- Realizar intervenciones positivas acorde a la escala de valores de la persona y la familia, teniendo en cuenta los diferentes sucesos inciertos, esto con el fin de garantizar un mejor afrontamiento a la pérdida del ser querido.
- Ayudar a disminuir el impacto emocional por lo que se requiere de determinadas actitudes basadas en la empatía, la aceptación incondicional y la honestidad.
- Comunicar aspectos importantes sobre el estado del paciente al resto de profesionales de la salud y mantener un estrecho contacto profesional. Del mismo modo, se debe informar al resto del equipo sanitario de aspectos relevantes de tipo sociocultural, espiritual o religioso

que se hayan detectado en la persona enferma o en sus familiares, algo relevante para la elaboración del duelo mediante hechos simbólicos y rituales.

**Auxiliar de enfermería:** Proporcionar atención básica al paciente, administrar medicamentos, supervisar los signos vitales, estar pendiente del paciente en todo momento, mantener la higiene personal del paciente y proporcionar un ambiente agradable, velar por la privacidad y respeto del momento del deceso y ofrecer apoyo psicológico y acompañamiento a los familiares, además de realizar el arreglo del cadáver según el protocolo institucional.

**Equipo interdisciplinario:** formado por: Medicina, enfermería, psicología y trabajo social, los cuales toman las decisiones del manejo de los pacientes y su familia en conjunto compartiendo la responsabilidad, teniendo diferentes perspectivas del manejo lo que conlleva a una atención humanizada y de calidad, además son los encargados de evitar ruidos, comentarios inoportunos, risas y aglomeración de personas protegiendo así la privacidad del momento del deceso del ser querido y tratando de ser un soporte emocional para la familia.

**Camillero:** Colaborar con enfermería en el traslado del paciente a la morgue o salón de paz de la institución de salud. Llevar el cuerpo a descanso, registrar datos del cuerpo al ingreso en hoja de movimiento de camilleros en transportes y proporcionar datos generales del cuerpo a vigilancia, avisar para despejar zona de visitantes y aplicar procedimiento de vigilancia.

**Vigilante:** Despejar el área de visitantes, donde notificaron que van a pasar el cuerpo sin vida del paciente y deben estar atentos ante cualquier problema que se pueda ocasionar durante el traslado.

**Personal administrativo:** Verificar los registros del paciente realizados durante su estancia en la unidad, verificar el documento de voluntades anticipadas y donación de órganos, además de realizar la liquidación de la estadía en la institución de salud si lo requiere y pueda dar el paz y salvo a la familia, mientras el medico realiza el certificado de defunción si corresponde.

#### DEFINICIONES:

**Código lila:** Es un mecanismo por el cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia, brindando un proceso de muerte digna en un ambiente hospitalario lleno de respeto y confianza, por parte del grupo asistencial y de personal de apoyo administrativo donde se encuentre el paciente.

**Atención humanizada en los servicios de salud:** Según el ministerio de salud y protección social , la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respeto y enfrentar el final de la vida con dignidad.

**Duelo:** es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido y proviene del latín dolos que significa dolor. También es un estado en el que el individuo transmite o experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas a una pérdida real o subjetiva (personal, objeto, función, status, entre otros.)

**Luto:** es expresar la tristeza y el dolor que siente el vivo por la partida o

desaparición física de un familiar o amigo

**Muerte:** Desde el punto de vista genérico, la muerte es la finalización de las actividades vitales de un organismo. Desde un punto de vista médico y legal alude a la cesación de toda actividad en el encéfalo, demandándose además que esta finalización sea completamente irreversible.

**Estado pre –agónico:** El estado o fase terminal es la suma de los acontecimientos previos a la muerte, que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones, a consecuencia de una enfermedad que no responde a los tratamientos específicos

**Situación de agonía:** La OMC en conjunto con la SECPAL definen la situación de agonía como “La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días”. Los esfuerzos de los diferentes programas y sistemas de salud se enfocan en que el paciente y su entorno tengan la suficiente preparación para la toma de decisiones conjunta con el personal asistencial, para que se cumplan los objetivos del cuidado paliativo en esta etapa

**Respeto:** Consideración, acompañada de cierta sumisión, con que se trata a una persona o una cosa por alguna cualidad, situación o circunstancia que las determina y que lleva a acatar lo que dice o establece o a no causarle ofensa o perjuicio.

**Confort:** Es la percepción subjetiva del bienestar, que requiere de una serie de medidas específicas, realistas, proporcionadas y adaptadas al ámbito de las urgencias, con especial hincapié en el control de las situaciones que producen disconfort. Para lograrlo se

debe iniciar precozmente el tratamiento farmacológico de los síntomas, así como prever la aparición de las diferentes complicaciones.

**Paciente en situación terminal:** Persona que presenta una enfermedad avanzada progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado (generalmente inferior a 6 meses), con presencia de síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, con impacto emocional en la persona, familiares y grupos sociales y con necesidad de atención integral.

**Limitación del esfuerzo terapéutico:** Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio del personal sanitario implicado, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

**Voluntad Vital anticipada:** Es la manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba, en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad

**Fallecimiento Inminente:** o el acto de morir, se refiere al proceso en el que un paciente, que se espera que muera en un plazo de 3 días, exhiba con frecuencia una disminución progresiva en las siguientes funciones: neurocognitivas, cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, genitourinarias y musculares, lo que es característico del proceso de muerte.

**Tanatología:** es una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que

integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su trascendencia. También se encarga de los duelos derivados de pérdidas significativas que no tengan que ver con la muerte física o enfermos terminales

#### **GENERALIDADES:**

##### **Cuidados Al Final De Vida**

El programa de cuidados para el final de la vida es un tipo especial de cuidados concentrados en la calidad de la vida de la persona y de sus familiares, que se enfrentan a una enfermedad avanzada que limita la vida. El programa de cuidados para el final de la vida proporciona una atención compasiva a las personas en las últimas fases de una enfermedad incurable, para que puedan vivir tan plena y cómodamente como sea posible

##### **Atención Al Paciente En Agonía**

Durante esta fase se debe informar claramente la situación, tratando de anticipar la probable sintomatología que puede tener el paciente, y como y cuando se va a producir la muerte, se debe tener una comunicación plena basada en el respeto y confianza tomando medidas de bienestar (cuidados corporales generales para evitar deterioro), evitar sufrimiento físico (dolor, falta de aire, delirium, etc.), evitar sufrimiento psicológico (mortificaciones, temores, angustia, pendientes no resueltos, afrontamiento, voluntades no dichas), evitar sufrimiento espiritual (falta de fe, manejar las pérdidas, descubrir el sentido de la trascendencia) y evitar sufrimiento familiar (desgaste, pleitos por desacuerdos, abandono, culpas)

##### **Humanización Al Final De Vida**

Numerosos estudios , evidencian la efectividad de humanizar los servicios de salud, a través de la implementación de estrategias que mejoren la calidad de vida de los

pacientes, un ejemplo de esto es el código lila, un método empleado por las instituciones de salud para ayudar a morir con dignidad y confort.

### **Etapas Del Duelo:**

Elisabeth Kübler-Ross propone cinco etapas por las que pasa todo enfermo terminal al ser notificado sobre la irremedialidad de su proceso, etapas que así mismo suceden en los momentos de duelo que pasan los familiares y seres queridos, como cualquier ser humano en un proceso de gran cambio.

Etapas de duelo:

**NEGACION:** Cuando una persona se entera de la enfermedad terminal o muerte de un ser querido, su primera reacción es negar la realidad de esta noticia devastadora.

La negación consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para sólo dejar entrar en nosotros el dolor que estamos preparados para soportar. Se trata de una respuesta temporal que nos paraliza y nos hace escondernos de los hechos. La frase que podría resumir la esencia de esta etapa es “Esto no me puede estar pasando a mí”.

**IRA:** Cuando ya no es posible ocultar o negar esta muerte comienza a surgir la realidad de la pérdida y su consecuente dolor.

Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo dirigiéndose este enojo al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados e inclusive a personas extrañas. Se siente un resentimiento hacia la persona que nos ha dejado causando un inmenso dolor en nosotros, pero este enojo se vive con culpa

haciéndonos sentir más enojados aún. La frase que podría contener la esencia de esta etapa es “¿Por qué yo? ¡No es justo!”, “¿Cómo puede sucederme esto a mí?” Esta comprensión del “por qué” de las cosas puede ayudarte a encontrar una cierta paz.

Puedes preguntarte, “¿Dónde ha estado Dios cuando me sucedía esto?”. De acuerdo con la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, es importante que los familiares y amigos del doliente dejen que éste exprese libremente su ira sin juzgarlo o reprimirlo ya que este enojo no sólo es temporal, sino que, principalmente, necesario.

**NEGOCIACION:** En esta etapa surge la esperanza de que se puede posponer o retrasar la muerte de la persona moribunda.

La etapa de negociación puede ocurrir antes de la pérdida, en caso de tener a una familiar con enfermedad terminal, o bien después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce esta distancia. En secreto el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que su ser querido fallecido regrese a cambio de un estilo de vida reformado. Este mecanismo de defensa para protegerse de la dolorosa realidad no suele ofrecer una solución sostenible en el tiempo y puede conducir al remordimiento y la culpa interfiriendo con la curación.

Las intenciones de volver el tiempo atrás es un deseo frecuente en esta etapa para así haber reconocido a tiempo la enfermedad o evitar que el accidente sucediera. La frase que resume esta etapa es “¿Qué hubiera sucedido sí?” Nos quedamos en el pasado para intentar negociar nuestra salida de la herida mientras pensamos en lo maravillosa que sería la vida si éste ser querido estuviera con nosotros.

**DEPRESION:** En esta cuarta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos.

Se siente tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá. Sentimos que nos preocupamos mucho por cosas que no tienen demasiada importancia mientras que levantarse cada día de la cama se siente como una tarea realmente complicada. Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación. La frase que contiene la esencia de esta etapa es “Extraño a mi ser querido, ¿por qué seguir?”

En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente surgiendo sentimientos de vacío y profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento sintiendo un agotamiento físico y mental que lo lleva a dormir largas horas. Además, la irritabilidad y la impotencia toman un gran protagonismo ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

**ACEPTACION:** Es el momento en donde hacemos las paces con esta pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido.

El doliente llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con esta muerte, sino que la pérdida siempre será una parte de nosotros. Este proceso nos permite reflexionar sobre el sentido de la vida, así como lo que queremos de la vida a partir de ahora. La frase que resume la esencia de esta etapa es “Todo va a estar bien”.

Esta etapa consiste en aceptar la realidad de que el ser querido se ha ido físicamente por lo que debemos comprender que esa es la realidad que vivimos, sin él será nuestra realidad permanente de ahora en adelante. Se trata de aprender a convivir con esta pérdida y crecer a través del conocimiento de nuestros sentimientos. Comenzamos a depositar nuestras energías en nuestras amistades y en nosotros mismos estableciendo una relación distinta con la persona fallecida.

## **La Familia**

La comunicación con la familia es muy importante ya que son el proveedor principal de los cuidados, ellos viven un proceso similar y paralelo al paciente; se consideran un instrumento terapéutico y como tal se debe concebir su colaboración en el cuidado. Durante el proceso de muerte, la familia desencadena cambios en la dinámica familiar dependiendo de la etapa en la que se encuentre; al momento del diagnóstico presentan un estado de shock, dolor y llanto. Posteriormente, presentan rabia, sentimientos que en su mayoría de veces se despliegan hacia el personal de salud. Más adelante, entran en un periodo de negociación, lo que simboliza mayor aceptación asociado a la esperanza de que el pronóstico cambie. A medida que progresa la enfermedad, se genera una etapa de depresión, desesperanza y dolor, periodo que va fortaleciendo a la familia para enfrentar lo inevitable, llamado duelo anticipatorio, para luego enfrentar el verdadero duelo al momento de perder a su ser querido. Al enfrentarnos en esta situación se debe iniciar un proceso con la familia de alivio de temores frente a la muerte, proporcionar información clara y entendible sobre el diagnóstico, extensión y pronóstico de la enfermedad, órdenes de no reanimación y metas de manejo paliativo

## **Actividades Administrativas**

El personal administrativo se encarga de organizar y coordinar la prestación de los servicios médicos, además monitorea que el servicio prestado sea de calidad, monitorea las instalaciones y a los proveedores, por otra parte, es responsable de atender y hacerles seguimiento a los pacientes durante su estancia hospitalaria, monitorea la facturación de los pacientes y presentar informes financieros ante los consejos de supervisión.

## **DESARROLLO DEL PROTOCOLO**

-ACTIVACION DEL CODIGO: La identificación de la posibilidad de un desenlace fatal en algún paciente es realizada por el personal médico y de enfermería. Los criterios son: el deterioro del estado de consciencia, frialdad, palidez o cianosis de labios, punta nariz y de dedos (cianosis distal), mirada inexpresiva, fija y sin brillo, incapacidad para mantener los párpados completamente cerrados, boca abierta sin fuerza para cerrar la mandíbula, respiración superficial y entrecortada (CheyneStokes),respiración estertorosa (estertor pre mortem), en el momento de la muerte puede ocurrir contractura muscular con desviación de la mirada hacia arriba, el corazón puede latir unos minutos después de interrumpirse la respiración y el pecho exhala un suspiro final, con todo lo anteriormente mencionado se realiza el concepto del grupo tratante en la revista interdisciplinaria.

-INFORMAR: Es responsabilidad del profesional de enfermería activar el código, instalar en la entrada del cubículo del paciente un colibrí color lila como distintivo (Anexo 1), así mismo, debe comunicar al personal de la unidad la activación del código y hacer el registro en las notas de enfermería, este proceso se debe hacer en compañía de trabajo social ya que es el mediador entre pacientes, familiares y el personal de salud, mientras ocurre el desenlace de muerte.

-CONTACTAR A LA FAMILIA: El enfermero(a) y el trabajador social, contactará a la familia y/o acudiente del paciente, en un sitio confortable y privado se les informará sobre el estado crítico del paciente y el posible desenlace, por ello se le permitirá el ingreso al servicio a 3-5 personas cercanas al usuario, sin restricción alguna para ingresar a cualquier horario a la unidad, con las normas de ingreso, permanencia y egreso de familiares y/o visitantes establecidas en el servicio.(anexo 2).

-CONTACTAR A PSICOLOGIA: El enfermero (a) contactara a psicología para

apoyar el proceso de duelo con crisis emocionales que requieran apoyo y afrontamiento en el duelo.

-APOYO ESPIRITUAL: La enfermera (o) y/o trabajo social establecerán con la familia la necesidad de acompañamiento espiritual y gestionarán de acuerdo con las creencias religiosas del paciente y/o familia.

-DAR PRIVACIDAD Y SILENCIO: El equipo interdisciplinario de la unidad (Medicina, enfermería, psicología y trabajo social), proporcionara privacidad y silencio (cerrar puertas del cubículo por respeto al duelo, apagar o silenciar la alarma de equipos, celulares, radios, televisores, equipo ajeno al servicio). Durante el proceso se deben evitar comentarios, risas o acciones que atenten contra la dignidad y/o susceptibilidad del paciente y los familiares.

-COMPROBACION DE LA MUERTE: La Enfermera y/o el médico realizaran una evaluación exhaustiva en la cual se podrá evidenciar la ausencia de pulsos periféricos y de latido cardíaco, ausencia de movimientos respiratorios, inconsciencia y falta de movimientos voluntarios y reflejos (ej.reflejo corneal), ausencia de respuesta a estímulos dolorosos, presencia de midriasis paralítica y presencia de cianosis. Es función del médico informar a la familia el deceso del paciente, permitiendo a los familiares más cercanos iniciar el duelo durante 1 a dos horas en privacidad y sin interrupción alguna.

-ATENCION POSTMORTEN: La Enfermera y/o el médico realizaran una evaluación exhaustiva en la cual se podrá evidenciar la ausencia de pulsos periféricos y de latido cardíaco, ausencia de movimientos respiratorios, inconsciencia y falta de movimientos voluntarios y reflejos (ej.reflejo corneal), ausencia de respuesta a estímulos dolorosos, presencia de midriasis paralítica y presencia de cianosis. Es función del médico

informar a la familia el deceso del paciente, permitiendo a los familiares más cercanos iniciar el duelo durante 1 a dos horas en privacidad y sin interrupción alguna.

-TRASLADO: Se identificará un familiar caracterizado por mantener la calma durante el proceso, se acordará con él la entrega del paciente, tramite de certificado de defunción y demás actividades administrativas propias de la situación.

Acta De Capacitación	
<b>Acta N°:</b>	<b>Fecha:</b> 26/05/2023
<b>Responsable:</b> Diana Marcela Delgado Gutiérrez	<b>Hora inicio:</b> 3:00 PM
<b>Objetivo:</b> Socializar el protocolo del código lila al personal de salud que trabaja en las Unidades de Cuidado Intensivo.	<b>Hora Fin:</b> 5:00 PM
<b>Alcance:</b> Todo el personal de las UCIS adulto	<b>Tema:</b> Código lila

## Desarrollo

Siendo las 3:00 pm se reunió el personal de las unidades de Cuidado Intensivo en la reunión mensual de UCIS, se inició aplicando un pre test de conocimiento relacionado con el tema, se procede a explicar el tema (código lila), conceptos, responsabilidades y desarrollo del respectivo protocolo, esta socialización se realizó a través de tres dinámicas: juego de roles, encuentra el concepto correcto siendo famoso y ruta del conocimiento y se termina con la realización de un pos test.

## Lista De Asistencia-Evidencia Fotográfica

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA						
REGISTRO DE FIRMAS DE LOS PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS						
TEMA: Código lila			LUGAR: Auditorio			
GRUPO DE PERSONAS: Personal de Salud que trabaja en las UCIS Adultos						
FECHA: 26-05-23			HORA: 3:00 pm			
RESPONSABLE: Diana Delgado - docente						
#	NOMBRE	EDAD	SEXO		CARGO	CEDULA
			F	M		
1	Maria Cristina Olivo		X		Enfermera	6247158
2	Paula Patricia Pineda Gonzalez		X		aux enfer	100047257
3	Maria Alejandra Boleto Ayuso	33	X		aux enfer	100070025
4	Edgar Alfonso Ortega	27		X	aux enfer	1007011039
5	Juan Carlos Ruiz	28		X	E.F.	1000411700
6	Sara Yessica Gonzalez Jimenez	21	X		Aux Enferma	1000000027
7	Fabian Andres Leon Duran	21		X	Aux Enferma	100003994
8	Norena Estivalda Munillo Barrera	30	X		Aux Enferma	100003990
9	Nendi Iovany Ortega Rangel	26	X		Aux Enfer	100003990
10	Cristina Nipo Umara		X		Enfermera	62101697
11	Carolina Haceda	20	X		Aux enfer	100000000
12	Bethy Vanessa Rojas	22	X		Enfermera	100000000
13	Jhonatan Javier Bayona Vera	25		X	Aux. enf.	100000000
14	Carolina Velazquez	47	X		Aux enfer	2754730
15	José Carlos Sánchez	37	X		Aux enfer	100000000
16	Wilson B. Celis Gomez	27		X	AUX ENF	1000044039
17	Paola Divinero Galvis	22	X		AUX ENF	100000000
18	Julia Fabiana Patricia Aruista	21	X		Aux enf	100000000
19	Patricia Alexia Castro Galvis	23		X	Enfermera	100000000
20	María Alejandra Gutierrez	22	X		Aux enfer	100000000
21	William Alexander Diaz	29		X	Aux. enf	100000000
22	William Lindero Gonzalez	27	X		Aux enfer	100000000
23	María Gabriela Naranjo Mesa	26	X		Enfermera	100000000
24	Carolina Victoria Diaz Urejo	24	X		Enfermera	100000000
25	Wendy Lugo Ariza	24	X		Enfermera	100000000
26	Florencia Paola Pérez Restrepo	30	X		Enfermera	100000000

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**REGISTRO DE FIRMAS DE LOS PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS**

TEMA: Código Ilo LUGAR: Auditorio  
 GRUPO DE PERSONAS: Personal de salud que trabaja en las UCIs Adultas  
 FECHA: 26-07-23 HORA: 2:00 pm  
 RESPONSABLE: Diana Delgado - Pasante

#	NOMBRE	EDAD	SEXO		CARGO	CEDULA
			F	M		
1	Diana García Alvarado	22	X		Asistent	100052083
2	Jablon Andrés Cruz Rojas	27		X	As enfermer	10004174
3	Nelly Alejandra Cártega Galvis	27	X		Asist en	100741173 F
4	María Roxana H	34	X		Asist en	101431809
5	Yulicy Araya	34	X		Asist en	37390100
6	Nancy Mariana Núñez Benal	32	X		ENFERMERA	3790040
7	Yolanda Sábido Baccaro Prieto	20		X	Asistente	10000000
8	Jury Rico Medina	28	X		Asistente	109216768
9	Jessica Guzmán Sarmiento	33	X		Asistente	10000000
10	Vanessa Delgado	29	X		Asistente	101000000
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

Figura 18. Fuente propia

**Evidencia Fotográfica**



REDMI NOTE 9  
AI QUAD CAMERA







Figura 19. Fuente propia

Diapositivas

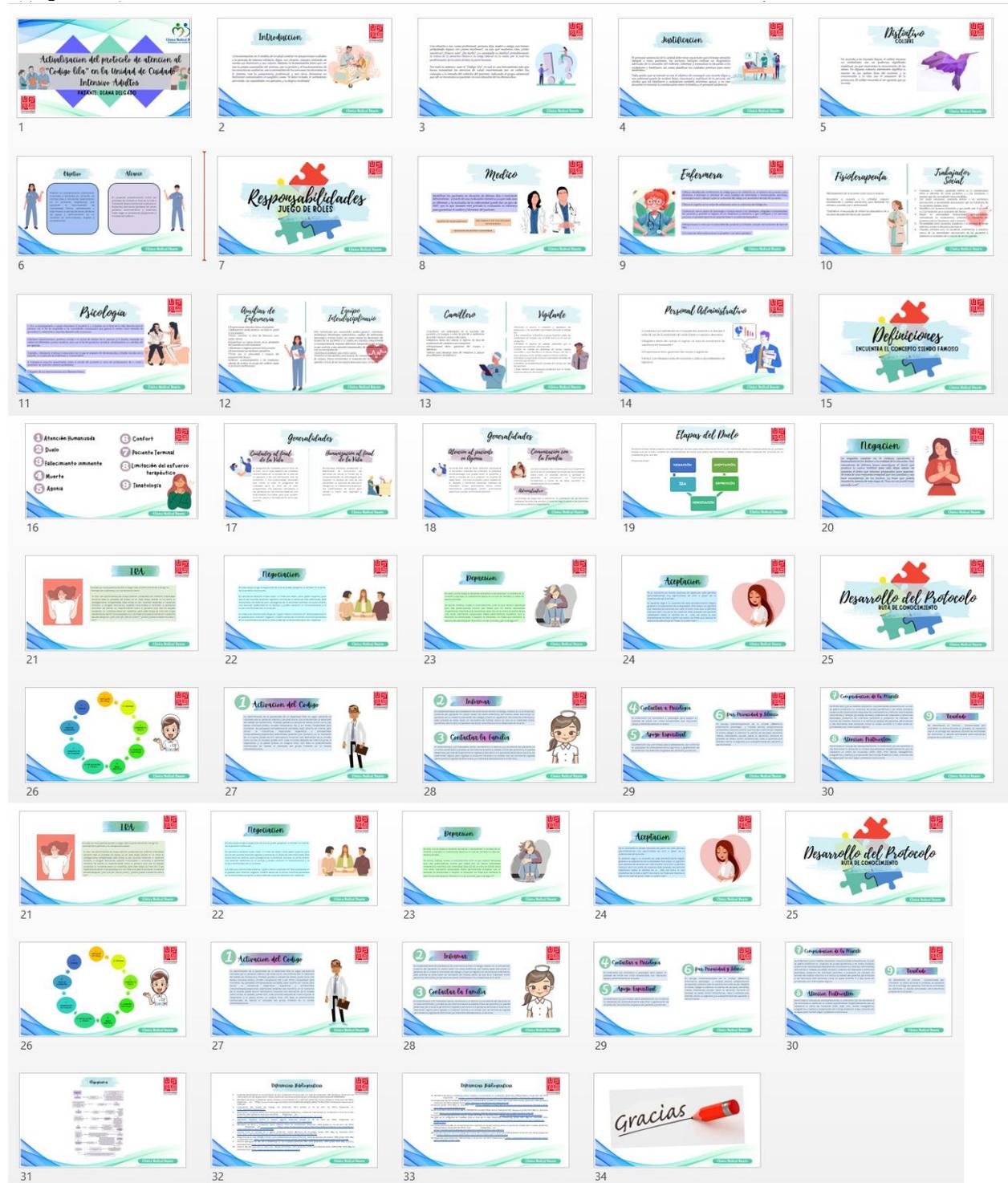


Figura 20. Fuente propia

## Tabulación Del Pre Test



Figura 21. Fuente propia

Análisis: Se logró observar que el 45.0% (18) del personal de salud que respondió el formulario trabaja en la UCI 2, el 32.5% (13) trabaja en la UCI 1 y el 22.5% (9) trabaja en la coronaria.

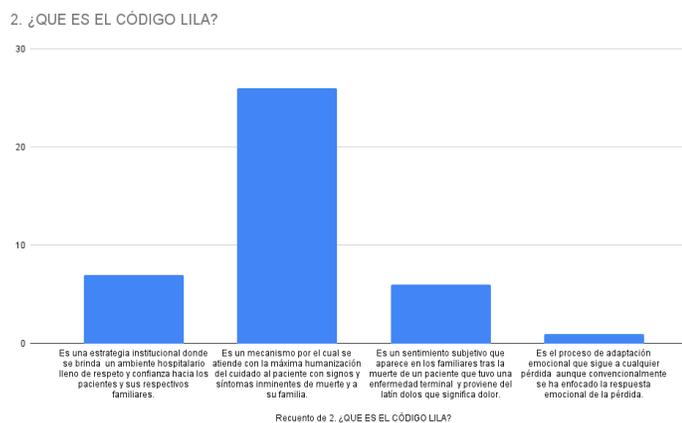


Figura 22. Fuente propia

Análisis: Se evidencio que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo tienen diferentes conceptos sobre el código lila como las descritas a continuación: Es un mecanismo por el cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia (26). Es una estrategia institucional donde

se brinda un ambiente hospitalario lleno de respeto y confianza hacia los pacientes y sus respectivos familiares (7). Es un sentimiento subjetivo que aparece en los familiares tras la muerte de un paciente que tuvo una enfermedad terminal y proviene del latín dolos que significa dolor (6). Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida (1).

Resaltando que el concepto elegido por la mayoría de los usuarios fue la respuesta correcta la cual es: un mecanismo por el cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia.

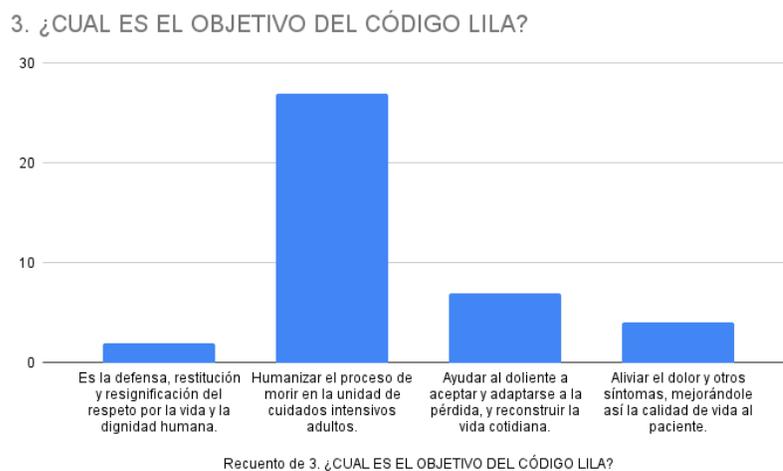


Figura 23. Fuente propia

Análisis: Se logró observar que el 67.5% (27) del personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo conoce cuál es el objetivo del código lila, el cual es: humanizar el proceso de morir en la unidad de cuidados intensivos adultos, mientras que el 17.5% (7) determinó que el objetivo es: ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a la pérdida, y reconstruir la vida cotidiana. El 10% (4) determinó que el objetivo es aliviar el dolor y otros síntomas, mejorándole así la calidad de vida a los pacientes y el 5% (2) determinó que el objetivo es: es la defensa, restitución y resignificación del respeto por la vida y la dignidad humana.

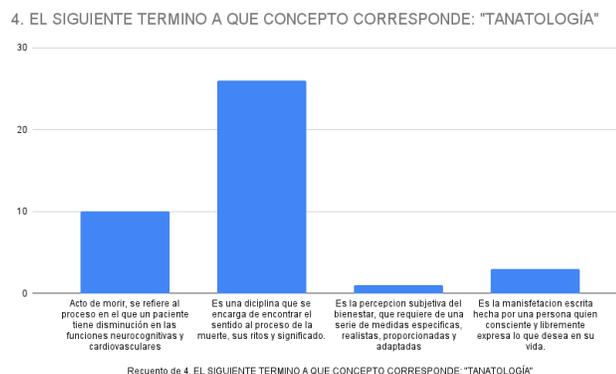
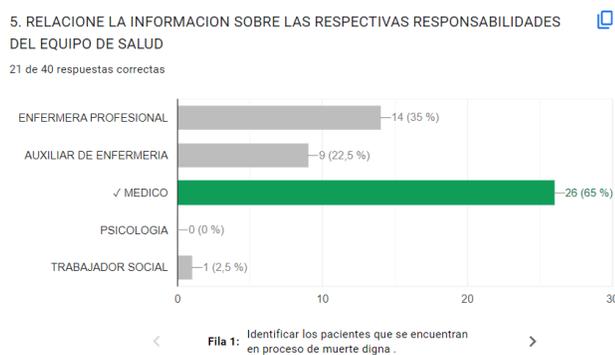


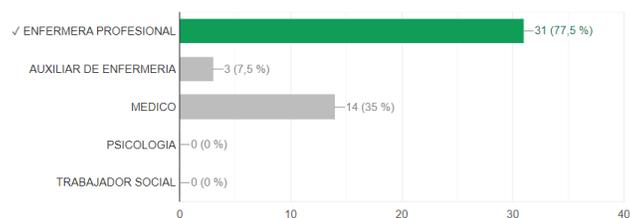
Figura 24. Fuente propia

Análisis: Se evidenció que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo tienen diferentes conceptos sobre el concepto de tanatología: Es una disciplina que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado (26). Acto de morir, se refiere al proceso en el que un paciente tiene disminución en las funciones neurocognitivas y cardiovasculares (10). Es la manifestación escrita hecha por una persona quien consciente y libremente expresa lo que desea en su vida (3) y es la percepción subjetiva del bienestar, que requiere de una serie de medidas específicas, realistas, proporcionadas y adaptadas (1).



5. RELACIONE LA INFORMACION SOBRE LAS RESPECTIVAS RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE SALUD

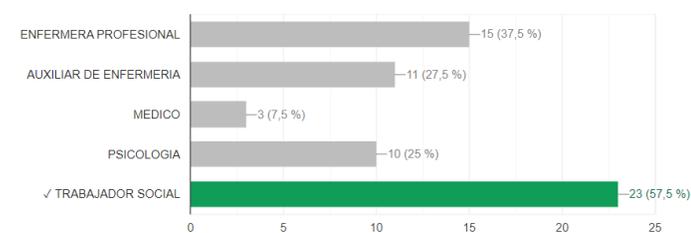
23 de 40 respuestas correctas



< Fila 2: Activar el código lila y contactar a los familiares para que se acerquen a la unidad. >

5. RELACIONE LA INFORMACION SOBRE LAS RESPECTIVAS RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE SALUD

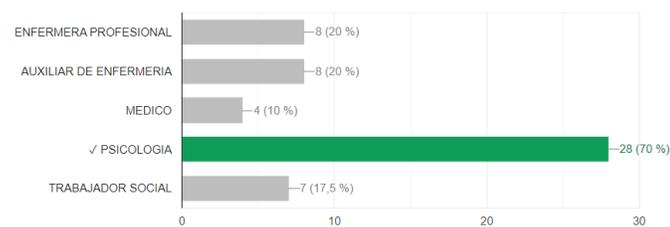
13 de 40 respuestas correctas



< Fila 3: Dar acompañamiento al paciente y familia, si es solicitado contactar un guía espiritual acorde a las creencias religiosas del paciente y/o familiar. >

5. RELACIONE LA INFORMACION SOBRE LAS RESPECTIVAS RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE SALUD

21 de 40 respuestas correctas



< Fila 4: Dar acompañamiento y apoyo psicológico y emocional a los familiares >

Figura 25. Fuente propia

**Análisis:** Se logró observar que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo, conocen las responsabilidades del equipo de salud ante la presencia de un código lila las cuales son:

\* Identificar los pacientes que se encuentran en proceso de muerte digna: Médico 65% (26), enfermera profesional 35% (14), auxiliar de enfermería 22.5% (9), trabajador social 2.5% (1).

\* Activar el código lila y contactar a los familiares para que se acerquen a la unidad:  
Enfermera profesional 77.5% (31), medico 35% (14), auxiliar de enfermería 7.5% (3).

\* Dar acompañamiento al paciente y familia, si es solicitado contactar un guía espiritual acorde a las creencias religiosas del paciente y/o familiar: trabajador social 57.5% (23), enfermera profesional 37.5% (15), auxiliar de enfermería 27.5% (11), psicología 25% (10), medico 7.5% (3).

\* Dar acompañamiento y apoyo psicológico y emocional a los familiares: Psicología 70% (28), auxiliar de enfermería 20% (8), enfermera profesional 20% (8), trabajador social 17.5% (7), Medico 10% (4)

#### Tabulación Del Post Test



Figura 26. Fuente propia

Análisis: Se evidencio que el 45.0% (18) del personal de salud que respondió el formulario trabaja en la UCI 2, el 32.5% (13) trabaja en la UCI 1 y el 22.5% (9) trabaja en la coronaria.

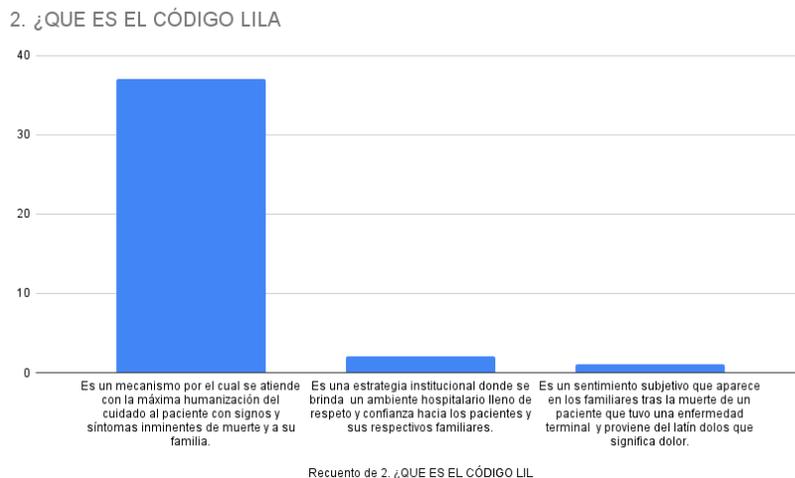


Figura 27. Fuente propia

Análisis: Se logró observar que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo tienen diferentes conceptos sobre el código lila como las descritas a continuación: Es un mecanismo por el cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia (36). Es una estrategia institucional donde se brinda un ambiente hospitalario lleno de respeto y confianza hacia los pacientes y sus respectivos familiares (2). Es un sentimiento subjetivo que aparece en los familiares tras la muerte de un paciente que tuvo una enfermedad terminal y proviene del latín dolos que significa dolor (1).

Resaltando que el concepto elegido por la mayoría de los usuarios fue la respuesta correcta la cual es: un mecanismo por el cual se atiende con la máxima humanización del cuidado al paciente con signos y síntomas inminentes de muerte y a su familia.

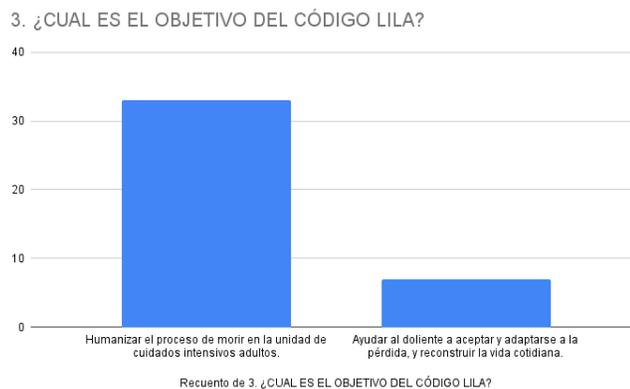


Figura 28. Fuente propia

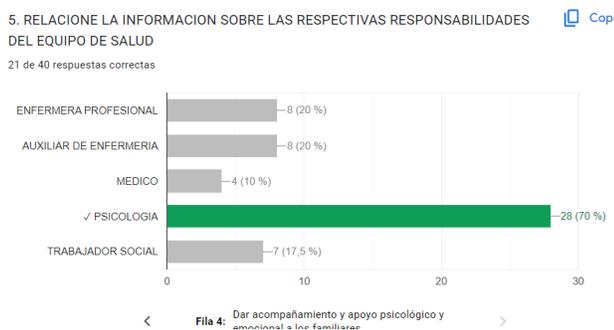
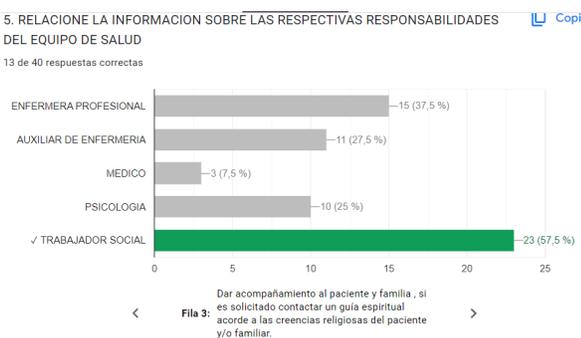
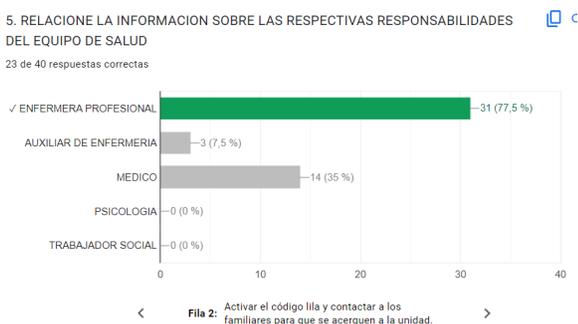
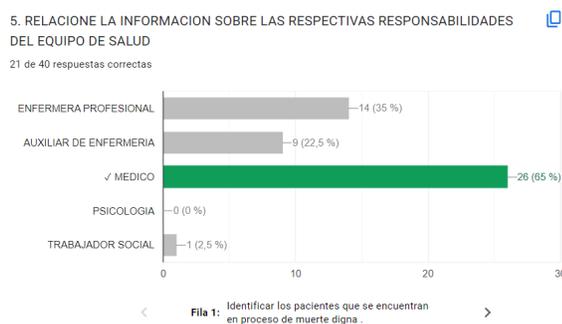
Análisis: Se evidencio que (32) del personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo conoce cuál es el objetivo del código lila, el cual es: humanizar el proceso de morir en la unidad de cuidados intensivos adultos, mientras que (8) determinó que el objetivo es: ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a la pérdida, y reconstruir la vida cotidiana.



Figura 29. Fuente propia

Análisis: Se logró observar que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo tienen diferentes conceptos sobre el concepto de tanatología: Es una disciplina que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado (31). Acto de morir, se refiere al proceso en el que un paciente tiene disminución en las funciones

neurocognitivas y cardiovasculares (5). Es la manifestación escrita hecha por una persona quien consciente y libremente expresa lo que desea en su vida (3) y es la percepción subjetiva del bienestar, que requiere de una serie de medidas específicas, realistas, proporcionadas y adaptadas (1).



### Figura 30. Fuente propia

Análisis: En los resultados del formulario aplicado se logró observar que el personal de salud que trabaja en las Unidades de cuidado intensivo, conocen las responsabilidades del equipo de salud ante la presencia de un código lila las cuales son:

\* Identificar los pacientes que se encuentran en proceso de muerte digna: Medico 65% (26), enfermera profesional 35% (14), auxiliar de enfermería 22.5% (9), trabajador social 2.5% (1).

\* Activar el código lila y contactar a los familiares para que se acerquen a la unidad: Enfermera profesional 77.5% (31), medico 35% (14), auxiliar de enfermería 7.5% (3).

\* Dar acompañamiento al paciente y familia, si es solicitado contactar un guía espiritual acorde a las creencias religiosas del paciente y/o familiar: trabajador social 57.5% (23), enfermera profesional 37.5% (15), auxiliar de enfermería 27.5% (11), psicología 25% (10), medico 7.5% (3).

\* Dar acompañamiento y apoyo psicológico y emocional a los familiares: Psicología 70% (28), auxiliar de enfermería 20% (8), enfermera profesional 20% (8), trabajador social 17.5% (7), Medico 10% (4)

### COMPARACIÓN DE RESULTADOS PRE TEST Y POS TEST

De las 36 personas que asistieron a la socialización del protocolo 18 participaron en el formulario. En el pre test se evidencio que una parte del personal de salud tiene conocimiento sobre el código lila pero también se encontró que algunos no tenían claro los conceptos correctos, en cambio en el pos test se observó un claro aumento en el porcentaje de respuestas correctas resaltando así la buena receptividad del personal de salud en la socialización del protocolo.

Tabla 11 Resultados del proyecto por objetivo

<i>OBJETIVO ESPECIFICO N° 2 DEL PROYECTO, TRABAJADO</i>				
Desarrollar estrategias enfocadas al fortalecimiento y diseminación de la información relacionada con los cuidados al final de vida para la implementación del código lila en los servicios de cuidado intensivo.				
ACTIVIDAD N° 4 DEL OBJETIVO N°2	Diseño de material lúdico pedagógico sobre el código lila (Kits)			
ACTIVIDAD N° 5 DEL OBJETIVO N°2	Diseño de un rotafolio sobre el código lila.			
ACTIVIDAD N° 6 DEL OBJETIVO N°2	Diseño de un símbolo distintivo que usara la entidad para conocer el código lila			
<i>RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</i>				
<i>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</i>	<i>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</i>	<i>META PLANTEADA</i>	<i>META EJECUTADA</i>	<i>FECHA DE DESARROLLO</i>
N° de Kits diseñados	3 kits diseñados	En la cuarta semana del mes de mayo de 2023 se diseñaran 3 kits lúdico pedagógicos sobre el código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	En la cuarta semana del mes de mayo de 2023 se diseñó 3 kits lúdico pedagógicos sobre el código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	26/05/2023

N° de rotafolio creados	<i>1 rotafolio creado</i>	En la tercera semana del mes de Mayo de 2023 se diseñara un (1) rotafolio sobre el código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	En la tercera semana del mes de Mayo de 2023 se diseño un (1) rotafolio sobre el código lila, dirigido a los servicios de UCI de la Clínica Medical Duarte	18/05/2023
N° de Símbolos distintivos creados	<i>1 distintivo creado</i>	En la segunda semana del mes de Mayo de 2023 se diseñara un símbolo distintivo sobre el código lila, dirigido la Clínica Medical Duarte	En la segunda semana del mes de Mayo de 2023 se diseñó un símbolo distintivo sobre el código lila, dirigido la Clínica Medical Duarte	08/05/2023

**Resumen De Resultados:** Durante la tercera, cuarta, quinta, sexta y séptima semana de pasantía se realizó la actualización del protocolo del código lila, el cual se envió para correcciones, se realizaron las mismas y se envió para aceptación por parte de documentación de la clínica la cual dio visto bueno el día 16 de mayo del presente año, el 18 de mayo se diseñó un rotafolio sobre el código lila, el día 26 de mayo se socializó el protocolo en la reunión mensual de Ucis adultos a través de 3 dinámicas lúdico pedagógicas : juego de roles (responsabilidades del equipo de salud ante la presencia de un código lila), encontrar el concepto correcto siendo famoso (conceptos relacionados al código lila) y ruta del desarrollo (desarrollo del protocolo), se finalizó la socialización con la entrega de un rotafolio para cada uci adultos y el día 28 de mayo se hizo entrega del distintivo diseñado para los pacientes con código lila.

#### Actividad # 4: 3 Kits Diseñados

**JUEGO DE ROLES:** Al personal de salud se le dará un rol a través de unas paletas representativas el cual deben explicar en orden de acuerdo a lo que dice el protocolo del código lila.

**JUEGO DE ENCONTRAR EL CONCEPTO CORRECTO SIENDO FAMOSO:** Se les darán unas identificaciones de famosos al personal de salud asistente en el cual 9 parejas tendrán las definiciones, las mujeres tendrán los términos por detrás de la identificación y los hombres por detrás tendrán el concepto, tendrán que buscar a su pareja y decidir si el concepto es verdadero o falso.

**RUTA DEL DESARROLLO:** Se elegirán 4 participantes de cada Uci para participar en el juego, en el piso habrá una maqueta con un camino y 9 estaciones las cuales representan los pasos para el desarrollo del protocolo se jugará con unos dados estilo parques combinado con escalerita, en cada estación se hará una pregunta relacionada con el paso del desarrollo en el que se encuentra y el primer grupo que llegue a la última estación gana





Figura 31. Fuente propia

Acta De Entrega

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**ACTA DE ENTREGA**

FECHA: 26/05/2023 HORA: 3:00 pm

INSTITUCIÓN: Clinica Medical Duarte SERVICIO: Unidad de Cuidado Intensivo

Yo Diana Marcela Delgado Gutiérrez identificada con código 1801073, pasante de la Universidad Francisco de Paula Santander, hago entrega formal de los siguientes soportes resultados de la ejecución de acciones realizadas durante la pasantía.

PRODUCTOS	CARACTERISTICAS	CANTIDAD
X	Kit juego de roles (paletas con las respectivas funciones a realizar por el personal de salud)	1
x	Kit encuentra el concepto siendo famoso (Identificaciones de famosos que por detrás las mujeres tienen el termino y los hombres la definición)	1
X	Maqueta de la ruta del conocimiento sobre el desarrollo del código lila.	1

Diana Marcela Delgado Gutiérrez  
 NOMBRE DE QUIEN ENTREGA  
Diana Delgado  
 FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Alexandro Caimento  
 NOMBRE DE QUIEN RECIBE  
[Firma]  
 FIRMA DE QUIEN RECIBE

Figura 32. Fuente propia  
Actividad # 5 : Rotafolio Sobre ElCodigo Lila



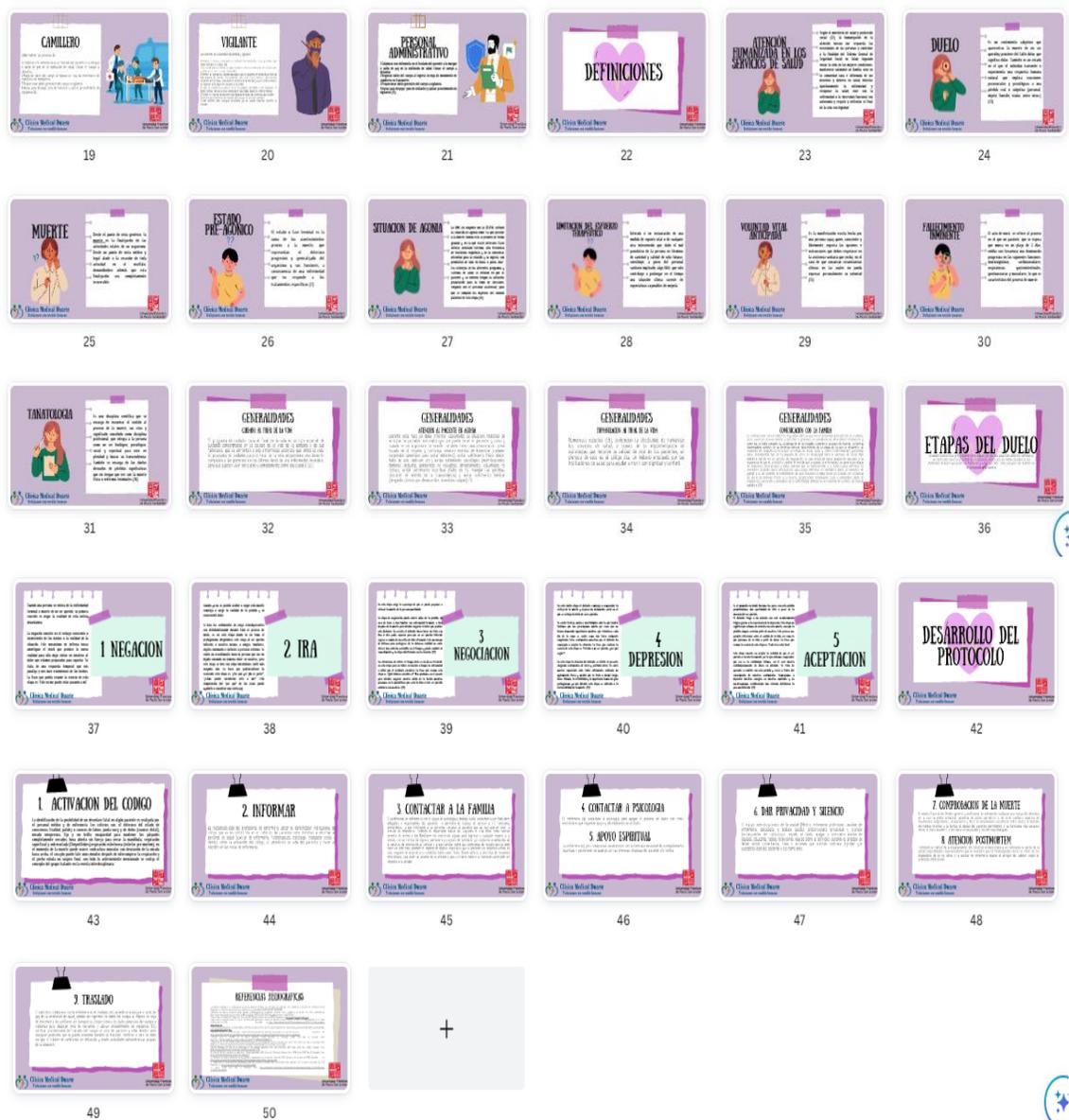


Figura 33. Fuente propia

Evidencia Fotografica

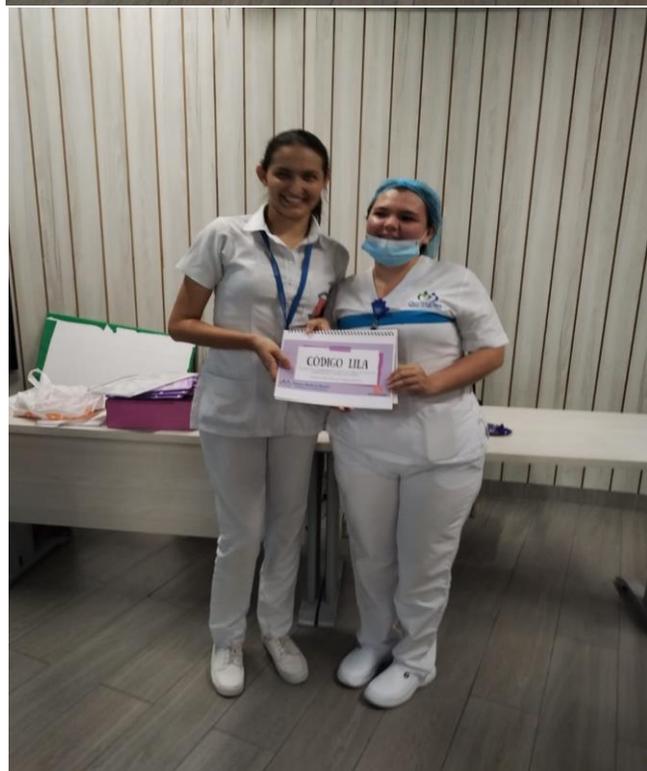




Figura 34. Fuente propia

Acta De Entrega  
Uci A 1

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**ACTA DE ENTREGA**

FECHA: 26/05/2023 HORA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: Clinica Medical Duarte SERVICIO: Unidad de Cuidado Intensivo

Yo Diana Marcela Delgado Gutiérrez identificada con código 1801073, pasante de la Universidad Francisco de Paula Santander, hago entrega formal de los siguientes soportes resultados de la ejecución de acciones realizadas durante la pasantía.

ROTAFOLIO	FLUJOGRAMA	CARACTERISTICAS	CANTIDAD
X		Rotafolio del protocolo del código lila	1
	X	Flujograma plastificado sobre el desarrollo del protocolo del código lila	1

Diana Marcela Delgado Gutiérrez  
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA  
Diana Delgado  
FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Soley Ardila  
NOMBRE DE QUIEN RECIBE  
Soley Ardila  
FIRMA DE QUIEN RECIBE

## UCIA 2

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

**ACTA DE ENTREGA**

FECHA: 26/05/2023 HORA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: Clinica Medical Duarte SERVICIO: Unidad de Cuidado Intensivo

Yo Diana Marcela Delgado Gutiérrez identificada con código 1801073, pasante de la Universidad Francisco de Paula Santander, hago entrega formal de los siguientes soportes resultados de la ejecución de acciones realizadas durante la pasantía.

ROTAFOLIO	FLUJOGRAMA	CARACTERISTICAS	CANTIDAD
X		Rotafolio del protocolo del código lila	1
	x	Flujograma plastificado sobre el desarrollo del protocolo del código lila	1

Diana Marcela Delgado Gutiérrez  
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA  
Diana Delgado  
FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Jhonatan Ortega  
NOMBRE DE QUIEN RECIBE  
Jhonatan Ortega  
FIRMA DE QUIEN RECIBE

## UCI Coronaria

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

**ACTA DE ENTREGA**

FECHA: 26/05/2023 HORA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: Clinica Medical Duarte SERVICIO: Unidad de Cuidado Intensivo

Yo Diana Marcela Delgado Gutiérrez identificada con código 1801073, pasante de la Universidad Francisco de Paula Santander, hago entrega formal de los siguientes soportes resultados de la ejecución de acciones realizadas durante la pasantía.

ROTAFOLIO	FLUJOGRAMA	CARACTERISTICAS	CANTIDAD
X		Rotafolio del protocolo del código lila	1
	x	Flujograma plastificado sobre el desarrollo del protocolo del código lila	1

Diana Marcela Delgado Gutiérrez  
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA  
Diana Delgado  
FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Alexandro Sarmiento  
NOMBRE DE QUIEN RECIBE  
Alexandro V2  
FIRMA DE QUIEN RECIBE

Figura 35. Fuente propia

## Actividad # 6: Distintivo Código Lila



Figura 36. Fuente propia

## Acta De Entrega


**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**ACTA DE ENTREGA**

FECHA: 28/05/2023 HORA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: Clinica Medical Duarte SERVICIO: Unidad de Cuidado Intensivo

Yo Diana Marcela Delgado Gutiérrez identificada con código 1801073, pasante de la Universidad Francisco de Paula Santander, hago entrega formal de los siguientes soportes resultados de la ejecución de acciones realizadas durante la pasantía.

PRODUCTOS	CARACTERISTICAS	CANTIDAD
X	Distintivo del código lila en icopor (Colibrí)	1

Diana Marcela Delgado Gutiérrez  
 NOMBRE DE QUIEN ENTREGA  
Diana Delgado  
 FIRMA DE QUIEN ENTREGA

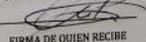
Cia Paola G. Torres  
 NOMBRE DE QUIEN RECIBE  
  
 FIRMA DE QUIEN RECIBE

Figura 37. Fuente propia

Conclusión: Se realizó la actualización del protocolo, se envió para aceptación del mismo, se procedió a socializar el protocolo el día 26 de mayo en el cual asistieron 36 usuarios que forman parte del personal de salud a través de dinámicas creativas como juego de roles, encuentra el concepto correcto siendo famoso y la ruta del desarrollo para estas dinámicas se diseñaron tres kits lúdico pedagógicos los cuales se entregaron a las unidades de cuidados intensivos , además también se hizo entrega de tres rotafolio sobre el código lila a los coordinadores de las ucis y el día 28 de mayo se hizo entrega del distintivo a docencia servicio.

Tabla 12 Resultados del proyecto por objetivo

<i>OBJETIVO ESPECIFICO N°3 DEL PROYECTO, TRABAJADO</i>				
Promover a nivel institucional los elementos, acciones y actividades que involucran la implementación del código lila, fortaleciendo principalmente la participación de la familia en situaciones de final de vida.				
ACTIVIDAD N° 1 DEL OBJETIVO N°3		Diseño de un vídeo interactivo con el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre el código lila, que será subido a la plataforma de la Clínica.		
<i>RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</i>				
<i>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</i>	<i>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</i>	<i>META PLANTEADA</i>	<i>META EJECUTADA</i>	<i>FECHA DE DESARROLLO</i>
N ° de vídeos interactivos elaborados para usuarios y cuidadores	<i>1 video realizado</i>	En la cuarta semana del mes de Mayo de 2023 se creara un video interactivo sobre el código lila, dirigido la Clínica Medical Duarte	En la cuarta semana del mes de Mayo de 2023 se creó un video interactivo sobre el código lila, dirigido la Clínica Medical Duarte	<i>26/05/2023</i>

## Actividad # 1: Video –Desarrollo Del Código Lila

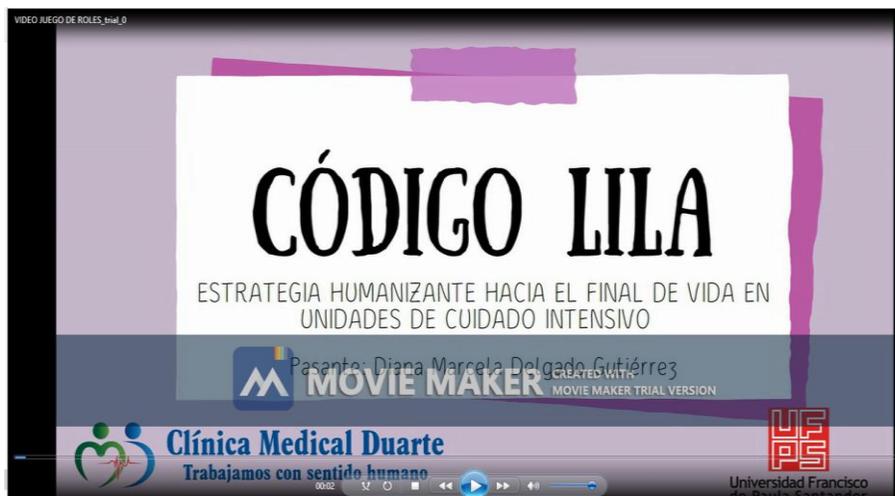


Figura 38. Fuente propia

## Evidencia Fotográfica

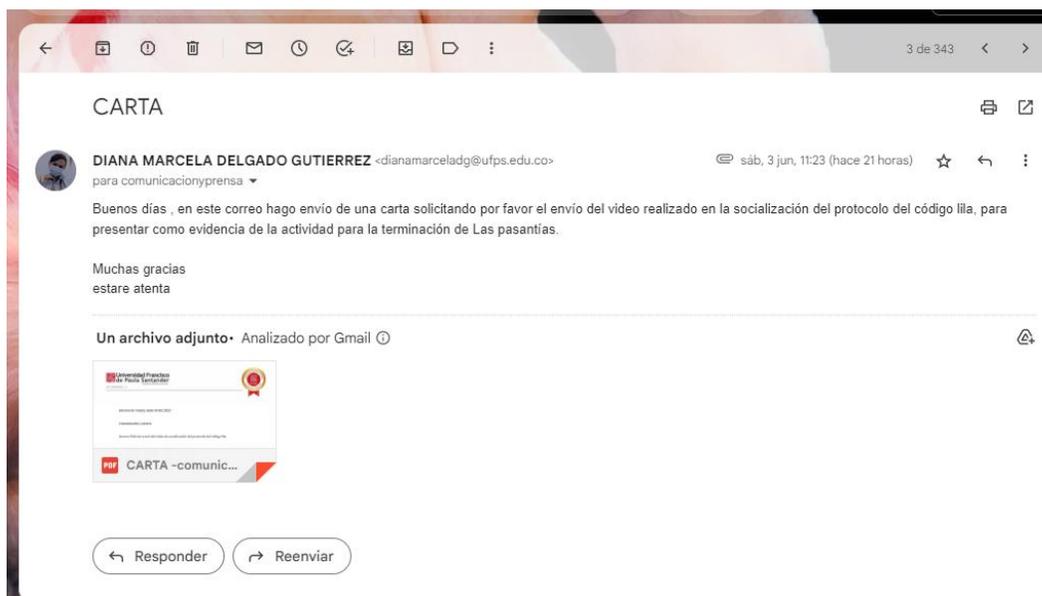


Figura 39. Fuente propia

Tabla 13 Resultados del proyecto por objetivo

<i>RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</i>				
<i>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</i>	<i>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</i>	<i>META PLANTEADA</i>	<i>META EJECUTADA</i>	<i>FECHA DE DESARROLLO</i>
<b>OBJETIVO ESPECIFICO N°3 DEL PROYECTO, TRABAJADO</b> Promover a nivel institucional los elementos, acciones y actividades que involucran la implementación del código lila, fortaleciendo principalmente la participación de la familia en situaciones de final de vida.				
<b>ACTIVIDAD N° 2 DEL OBJETIVO N°3</b>		Plantear estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones de final de vida.		
N ° de Estrategias planteadas	6 estrategias planteadas	En la primera y segunda semana del mes de Junio de 2023 se plantearan estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones de final de vida en la Unidad de Cuidado Intensivo.	En la primera y segunda semana del mes de Junio de 2023 se plantearon estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones de final de vida en la Unidad de Cuidado Intensivo.	02/06/2023

**Resumen De Resultados:** Durante las dos últimas semanas de pasantía se realizó un video sobre las respectivas responsabilidades del equipo de salud ante un código lila el cual se hizo entrega a la clínica, además de plantearse 6 estrategias enfocadas a la participación de la familia con seres queridos en situación al final de la vida

## **Estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones al final de la vida**

### Introducción

El presente documento plantea estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones de final de vida.

El programa de cuidados para el final de la vida es un tipo especial de cuidados concentrados en la calidad de la vida de la persona y de sus familiares, que se enfrentan a una enfermedad avanzada que limita la vida. También proporciona una atención compasiva a las personas en la última fase de una enfermedad incurable, para que puedan vivir tan plena y cómodamente como sea posible.

El cuidado en esta última fase del ciclo vital se orienta a la persona, puede oscilar desde unos pocos días hasta muchos meses, según la situación del paciente y sus enfermedades de base. El encuentro con los pacientes y sus familias requiere que el personal de salud que va a proporcionarle un cuidado integral demuestre no solo capacitación técnica, sino una serie de competencias emocionales y humanas, para desarrollar actitudes empáticas y sensibles que permitan proporcionar un acompañamiento capaz de identificar y satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los 2 sujetos de cuidado: el paciente y su familia, y es ahí donde la comunicación se convierte en un aspecto esencial; esta no es un fin en sí mismo, sino un medio, fundamental para una relación terapéutica.

El objetivo del documento es plantear estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones al final de la vida para los pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Medical Duarte.

## **Desarrollo**

### **Estrategias:**

- **Campaña de sensibilización sobre el código lila**

Realizar una campaña de sensibilización sobre el código lila, concepto, responsabilidades, definiciones, generalidades y desarrollo del mismo, capturar la atención del personal sobre este tema y la importancia de conocerlo y aplicarlo en el servicio, ya que se logró evidenciar que una parte del personal de salud no le da la respectiva importancia al código lila siendo este el encargado de brindar un proceso de muerte digna en un ambiente hospitalario lleno de respeto y confianza.

- **Cartilla sobre el acompañamiento del dolor de los familiares**

El duelo que se experimenta cuando la pérdida ocurre después de una enfermedad prolongada puede ser diferente a la pérdida por muerte súbita. Cuando alguien confronta una enfermedad terminal, los familiares y amigos y hasta el mismo paciente podrían comenzar a afligirse en respuesta a la expectativa de muerte por lo tanto es de vital importancia conocer el momento correcto para empezar a hacer el respectivo acompañamiento al paciente y sus familiares, se puede implementar esta estrategia a través de una cartilla informativa que hable sobre la importancia del acompañamiento en el proceso de duelo y el duelo difícil.

- **Medidas de contención emocional**

Para implementar esta estrategia se deben diseñar medidas de contención emocional, medidas para tranquilizar y devolver la confianza a la persona que se encuentra afectada emocionalmente. Contención emocional no significa no permitir que

las personas expresen sus emociones o negarlas, significa ayudar a liberar sus emociones y llevarlas hacia una ruta que la ayude. Para esto es importante lograr que la otra persona entienda que nos gustaría ayudarle a entender por lo que está pasando. La contención tiene dos vías importantes: la actitud empática, que es la habilidad de colocarse momentáneamente en el lugar de la otra persona; y la escucha activa, que es la capacidad de poner atención al mensaje emitido por otra persona.

- Generar apoyo en el desgaste emocional

El desgaste emocional es la disminución de energía, desgaste físico, asociados a una sensación de frustración, para implementar una estrategia para este problema se deben crear pautas lúdico-pedagógicas para ayudar al desgaste emocional de los pacientes y familiares en la Unidad de Cuidado Intensivo.

- Protocolo de apoyo emocional para el paciente al final de la vida

Se debe diseñar un protocolo que hable sobre el apoyo emocional hacia los pacientes al final de la vida, donde se explicaran las medidas, tipo de acompañamiento, responsables, importancia de la familia e interacción con el paciente en la última fase de vida.

- Espacio de respeto cuando fallece un paciente.

Esta estrategia es una de las más importantes porque se encontró la necesidad de crear un espacio de respeto cuando el ser querido fallece, un momento de silencio, comprensión y solidaridad con los familiares del ser querido fallecido, a menudo se puede evidenciar que el tiempo que le dan a los familiares para asimilar la muerte del familiar es muy corta y no tienen tiempo de darse cuenta de la realidad que están viviendo en ese momento por lo tanto la curación de esta pérdida se retrasa.

Conclusión: Se realizó un video interactivo el cual se basa en las responsabilidades del equipo de salud ante un código lila el cual se hizo entrega a la clínica, no se publicó ya que no se grabó como se quería en un comienzo sobre todo fue por la participación del personal, pero se dejó la idea y en un futuro cercano van a realizar un video con la participación de todos los profesionales, también se plantearon estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones al final de la vida a partir de las necesidades encontradas durante la práctica de las pasantías, estas estrategias nacieron como un plan de mejora para reflexionar sobre el cuidado humanizado que se debe dar a un paciente con código lila.

Tabla 14 Cronograma

**9.1. Cronograma**

ACTIVIDADES	MES: 01 (ABRIL)			MES: 02 (MAYO)			
	SEMANA 02 (10-14)	SEMANA 03 (17-21)	SEMANA 04 (24-28)	SEMANA 01 (1-5)	SEMANA 02 (8-12)	SEMANA 03 (15-19)	SEMANA 04 (22-26)
Elaboración de un formulario electrónico de diagnóstico sobre el Código lila.	El 12/04/2023 se diseñó el formulario sobre el código lila						
Revisión		Se realizó revisión del formulario					
Aplicación y análisis del formulario sobre el código lila.		El 17/04/2023 se aplicó el formulario					
Actualización del protocolo de atención para los			Se realizar on correcciones	Se realizaron correcciones	Se envió actualización del protocolo		

pacientes con código lila.							
Reunión de Seguimiento						Se realizó revisión del protocolo	
Verificación de las directrices administrativas para implementar el código lila.						Aceptación de la actualización del protocolo	
Socialización del protocolo del código lila							Se realizó socialización del protocolo en la reunión mensual de UCIS
Diseño de material lúdico pedagógico sobre el código lila (kits)							Se realizaron 3 juegos y se entregaron sus respectivos kits
Diseño de un rotafolio sobre el código lila.						Se diseñó rotafolio	Se entregó rotafolio
Diseño de un símbolo distintivo que usara la entidad para conocer el código lila				Diseño del distintivo	Diseño del distintivo	Diseño del distintivo	Se entregó el distintivo a la clínica

ACTIVIDADES	MES: 03 (JUNIO)			
	SEMANA 01 (29-2)	SEMANA 02 (5-7)	SEMANA 03	SEMANA 04
Diseño de un video interactivo con el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre el código lila, que será subido a la plataforma de la Clínica.	Se realizó el video con el juego de roles en la reunión mensual de UCIS			
Plantear estrategias enfocadas a la participación de la familia en situaciones de Final de Vida.	Se plantearon 6 estrategias	Se plantearon 6 estrategias		

Tabla 15 Presupuesto

**9.2. Presupuesto**

<b>PRESUPUESTO GENERAL DEL PROYECTO</b>			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNIDAD</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Directora	50 horas	\$13.000	\$650.000
Estudiante	300 horas	\$9.000	\$2.700.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$3.350.000</b>		
<b>RECURSOS MATERIALES</b>			
Computador	1	\$1.400.000	\$1.400.000
Internet	300 horas	\$1.200/h	\$360.000
Hojas impresas	175	\$300	\$ 52.000
Lapiceros	2	\$1.200	\$2.400
Transporte	2 veces al día	\$2.600	\$228.000
Colibri-icopor	1	\$54.000	\$ 54.000
Rotafolios	3	\$12.000	\$ 36.000
Kits	3	\$15.000	\$45.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$2.177.400</b>		
<b>TOTAL GLOBAL</b>	<b>\$5.528.700</b>		

## 10. Conclusiones del Proyecto

El objetivo general del presente proyecto era implementar una estrategia de apropiación en el personal de salud sobre la importancia de brindar un cuidado humanizado en los pacientes con código lila en los servicios de Cuidado intensivo de la clínica Medical Duarte, este objetivo se pudo cumplir a partir del desarrollo de las actividades del plan operativo, pero el tema de humanización al final de la vida no es algo que se puede realizar completamente en tan poco tiempo si no que es un tema el cual se debe ir alimentando todos los días ya que el trato humanizado para estos pacientes y sus familiares debe ser fundamental en la unidad.

El desarrollo del proyecto se logró llevar a cabo gracias a la participación de los coordinadores y el personal de salud de las unidades, se contó con el respaldo de la clínica en todas las actividades que se realizaron además de contar con la supervisión de la directora del proyecto, se cumplió con los objetivos planteados en el plan operativo en el tiempo estipulado de la pasantía.

El desarrollo del proyecto nos ha llevado a observar que el personal de estas unidades tienen los conocimientos sobre el código lila pero algunos no ven la debida importancia de implementarlos, de respetar el duelo de los familiares, de tratarlos dignamente y de ofrecer apoyo en ese momento tan difícil, es como si se fueran acostumbrado a ver morir pacientes y ya no les importara dar ese trato humanizado a los pacientes y familiares, eso nos hace reflexionar sobre la pérdida del trato humanizado con estos pacientes.

## 11. Recomendaciones

Antes de finalizar el proyecto, se desea sugerir algunas recomendaciones en base a los resultados y las conclusiones a que se llegó luego del presente estudio las cuales son:

- \* Extender los estudios relacionados con el código lila ya que a nivel local no se encontraron.
- \*Reforzar los conocimientos en los estudiantes durante su formación profesional sobre el código lila y la importancia de los cuidados al final de la vida.
- \*Dar capacitaciones regularmente sobre el trato humanizado con los pacientes.
- \* Evaluar el trato humanizado en la unidad.
- \* Crear campañas de sensibilización sobre el código lila.
- \* Crear un espacio de respeto y acompañamiento después del fallecimiento del paciente.

## 12. Referencias Bibliográficas

Ángela J, Alejandro C, Julián A, victoria S, Mayra B, Angélica O. (2019).  
caracterización de la atención a pacientes oncológicos en el servicio de cuidados  
paliativos de una clínica de III nivel de la ciudad de Cali. 38(4) 439-441.  
Doi:<https://www.redalyc.org/journal/559/55964256009/html/#:~:text=el%20c%3%b3digo%20lila%20es%20el,e%20programa%20de%20cuidado%20paliativo.>

Arias r, Alejandra s. (2018) plan de cuidado de enfermería para el paciente al  
final de la vida en la unidad de cuidado  
intensivo. Doi:<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/68938#:~:text=el%20plan%20de%20cuidado%20de%20enfermer%c3%ada%20para%20el%20paciente%20al,a%20preservar%20la%20dignidad%20humana.>

Arias r, Alejandra s. (2018). plan de cuidado de enfermería para el paciente al  
final de la vida en la unidad de cuidado intensivo. 2018.  
Doi:<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/68938#:~:text=el%20plan%20de%20cuidado%20de%20enfermer%c3%ada%20para%20el%20paciente%20al,a%20preservar%20la%20dignidad%20humana.>

Asociación Medical Mundial. (2012). declaración de  
Helsinki. Doi: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archihttps://www.conicyt.cl/fondocyt/files/2012/10/declaraci%3%b3n-de-helsinki-de-la-asociaci%3%b3n-m%3%a9dica-mundial.pdfvos/norm/informebelmont.pdf>

Burgos m, Simarro m, fremap e, jardín c, dccu e, sevilla d. (junio 2009).  
enfermería y el paciente en situación terminal. 16(9)  
Doi:<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/reflexion3.pdf>

Cáceres Rivera, Cristancho Zambrano, López Romero. (2019). actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *rev cienc salud* 17(3):98. Doi: [//www.scielo.org.co/pdf/recis/v17n3/1692-7273-recis-17-03-98.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v17n3/1692-7273-recis-17-03-98.pdf)

Cruz O, Concepción M.(2019). la enfermera y los cuidados al final de vida. *rev cubana enfermería* 34(4). Doi: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2328/391>

Doi: <https://docs.colombia.justia.com/nacionales/leyes/ley-1374-de-2010.pdf>

Erazo M, Benavides, Cantor C, Acosta M, castillo A, Aranguren A. (2021). acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de covid-19 45(97)  
Doi:<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54837/v45e972021.pdf?sequence=1>

García C, Torres C. (2017). la realidad de la unidad de cuidados intensivos. Doi:<https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v31n3/2448-8909-mccmmc-31-03-171.pdf>

García Cra, torres cm. (2017). la realidad de la unidad de cuidados intensivos. 3(2) Doi:<https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v31n3/2448-8909-mccmmc-31-03-171.pdf>

Gestor normativo.(2014) Ley 1733  
Doi:<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>

Girbau Campo, Begoña. (2017) “calidad de la atención en pacientes que fallecen en cuidados intensivos. estudio multicéntrico sobre la integración de

cuidados en las unidades de cuidados intensivos basado en indicadores internacionales”. monedero, p. y centeno, c. (dirs.). tesis doctoral. universidad de navarra, pamplona.

Hospital universitario clínica san Rafael (2020). humanización. código lila.

Doi:<https://www.clinicasanrafael.com/servicios-y-especialidades/codigo-lila>

Kelly de la cruz, Insuasty castillo. código lila, (2018).una mirada integral hacia los pacientes terminales.

Doi:[http://file:///d:/nueva%20carpeta/nueva%20carpeta%20\(4\)/asistenteeditorial,+art+53%20\(1\).pd](http://file:///d:/nueva%20carpeta/nueva%20carpeta%20(4)/asistenteeditorial,+art+53%20(1).pd)

Leidy Suarez. (2011). código lila

Doi:<http://codigolila.blogspot.com/2011/12/poster-oficializacion-del-codigo-lila.html>.

Luz I, Julian L, Maria R, Martha E, Miguel S. (2018). abordaje de los síntomas neurológicos desde la perspectiva de los cuidados paliativos. 50(3) 233-245

Doi:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0121-08072018000300233](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0121-08072018000300233).

Min salud. (1991) comité de ética hospitalaria y los derechos de los pacientes 2(1)

Doi:[https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/resoluci%c3%93n%2013437%20de%201991.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%c3%93n%2013437%20de%201991.pdf)

Ministerio de salud. (2016).voluntades anticipadas. ministerio de relaciones exteriores.

Doi:[https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/normograma/docs/resolucion\\_minsaludps\\_1051\\_2016.htm](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/normograma/docs/resolucion_minsaludps_1051_2016.htm)

Ministerio de salud (2021) indicadores básicos de salud.

Doi:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/ed/gcfi/indicadores-basicos-salud-2021.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2010) ley 1374 .40

Ministerio de salud y protección social. (2019). Ley 1751 de 2015

Doi:[https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/ley%201751%20de%202015](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015).

Ministerio de salud y protección social. ley 266 de 1996.

Doi:[https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf)

Ministerio de salud. (1991).resolución 13437

Doi:[https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/resoluci%3%93n%2013437%20de%201991.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%3%93n%2013437%20de%201991.pdf)

Ministerio de Salud. (2020). Cultura de humanización “un reconocimiento al sentido humano” red colaborativa. propuesta de metodología para la cultura colaborativa de humanización en salud. 14. 17-51.

Doi:[https://www.cerlatam.com/wp-content/uploads/2021/09/1202114000283013\\_00005-metodologia.pdf](https://www.cerlatam.com/wp-content/uploads/2021/09/1202114000283013_00005-metodologia.pdf)

Robert d Suarez. (2009) atención en urgencias una mirada desde el primer nivel de atención. Universidad. 53(8)

Doi:<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2299/1a%20atencion%20en%20urgencias%20primer%20nivel.pdf?sequence=1&isallowed=y>

Universidad de Barcelona. Observatorio de bioética. (1979).el código de Belmont Doi:<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/informebelmont.pdf>

Universidad de Chile Medicina familiar (2019). Evaluación y manejo de fin

de vida. Doi:<https://medicina.uc.cl/publicacion/evaluacion-y-manejo-de-fin-de-vida/>

Universidad Libre (2018).guía para la elaboración de las consideraciones  
éticas en la investigación con seres humanos/no humanos

Doi:<https://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/ciul/documentos/comite/modconseticas.pdf>.