Operario en Cuidado básico de personas con Dependencia Funcional

Lista de chequeo

Lista de chequeo Aseo e higiene		
ITEMS A EVALUAR	**si**	**no**
.O Preparación del entorno:		
¿Se Asegura de que la habitación esté a una temperatura adecuada?		
Tiene todos los implementos necesarios a mano: toallas, paños, jabón suave, agua tibia, esponja o gasa suave, ¿y artículos específicos como bastoncillos de algodón para orejas?		
¿Se realizo Lavado las manos antes de iniciar?		
Interacción con el paciente		
✓ Realiza comunicación asertiva con la Persona con DF		
✓ Explica clara y detalladamente que se le va a realizar		
✓ Tiene en cuenta autonomía		
1. Ojos	**si**	**no**
¿Se utilizaron gasas o paños limpios y humedecidos con agua tibia para limpiar los ojos?		
¿Se limpió cada ojo por separado comenzando desde el ángulo interno hacia el externo?		
¿Se evitó el uso de jabón en la limpieza de los ojos?		
¿Se utilizó una gasa diferente para cada ojo?		
¿Se secaron cuidadosamente los ojos con una toalla suave después de limpiarlos?		
2. Oídos	**si**	**no**
¿Se limpió la parte externa de los oídos con un paño humedecido en agua tibia?		
¿Se evitó introducir objetos dentro del canal auditivo?		
¿Se limpió suavemente detrás de las orejas para evitar la acumulación de sudor y suciedad?		
¿Se secaron bien las orejas, especialmente detrás de ellas, con una toalla limpia?		
¿Se cambió el paño o la gasa después de limpiar las orejas?		
3. Nariz	**si**	**no**
¿Se utilizó un paño suave para limpiar el área alrededor de los orificios nasales?		
¿Se utilizó solución salina si era necesario para limpiar secreciones nasales?		
¿Se evitó introducir objetos o hisopos dentro de las fosas nasales?		
¿Se limpió la nariz de manera suave para no causar molestias?		
¿Se secó adecuadamente el área después de la limpieza?		
4. Boca	**si**	**no**
¿Se cepillaron los dientes del paciente con un cepillo suave y pasta dental adecuada?		
¿Se limpió la lengua y el interior de las mejillas si era posible?		
¿Se utilizó una gasa humedecida si el paciente no podía usar el cepillo de dientes?		
¿Se retiró cualquier residuo de pasta dental o agua en la boca para evitar aspiraciones?		
¿Se cambió la gasa durante la limpieza si fue necesario?		
5. Cabeza y Cuero Cabelludo	**si**	**no**
¿Se lavó el cabello del paciente con champú suave si era posible?		
¿Se usó champú seco si el lavado con agua no era viable?		
¿Se masajeó suavemente el cuero cabelludo con las yemas de los dedos?		
¿Se enjuagó completamente el champú con agua tibia?		
¿Se secó adecuadamente el cabello y cuero cabelludo con una toalla limpia?		
6. Cuello	**si**	**no**
¿Se limpió el cuello del paciente con un paño humedecido y jabón suave?		

¿Se prestó especial atención a los pliegues del cuello, donde se puede acumular sudor y suciedad?		
¿Se secó bien el cuello después de la limpieza?		
¿Se utilizó una toalla limpia y suave para secar los pliegues?		
¿Se cambió el paño o la gasa si fue necesario durante la limpieza?		
7. Extremidades (Brazos y Manos)	**si**	**no**
¿Se limpió cada brazo de manera individual, desde el hombro hasta las manos?		
¿Se prestó atención a los pliegues del codo y la piel entre los dedos de las manos?		
¿Se secaron adecuadamente los brazos y las manos con una toalla suave?		
¿Se evitó el uso excesivo de jabón en la limpieza de las extremidades?		
¿Se verificó que no quedaran residuos de jabón en los pliegues de las extremidades?		
8. Extremidades (Piernas y Pies)	**si**	**no**
¿Se limpió cada pierna desde el muslo hasta los pies?		
¿Se prestó atención a las áreas detrás de las rodillas y entre los dedos de los pies?		
¿Se secaron bien los pies, especialmente entre los dedos, para evitar la acumulación de humedad?		
¿Se utilizó una esponja suave para evitar irritaciones en la piel de las piernas?		
¿Se aseguró de que las piernas estuvieran completamente secas después de la limpieza?		
9. Abdomen	**si**	**no**
¿Se limpió el abdomen del paciente con una esponja o paño humedecido en agua tibia y jabón suave?		
¿Se secó completamente el abdomen después de enjuagar el jabón?		
¿Se evitó el uso excesivo de jabón para prevenir irritaciones en la piel del abdomen?		
¿Se prestó atención a posibles pliegues o áreas de contacto donde se puede acumular sudor?		
¿Se utilizó una toalla limpia y seca para secar el abdomen después de la limpieza?		
10. Pecho	**si**	**no**
¿Se limpió el pecho del paciente con un paño suave humedecido?		
¿Se prestó especial atención a la zona debajo del busto si el paciente lo tiene?		
¿Se enjuagó completamente el jabón del pecho con agua tibia?		
¿Se secó cuidadosamente el pecho con una toalla suave?		
¿Se utilizó una toalla seca y limpia para asegurarse de que el área esté completamente seca?		
11. Espalda	**si**	**no**
¿Se limpió la espalda del paciente desde el cuello hasta la zona lumbar?		
¿Se prestó atención a los pliegues de la piel en la zona lumbar?		
¿Se enjuagó completamente el jabón con agua tibia?		
¿Se secó bien la espalda para evitar la acumulación de humedad?		
¿Se cambió el paño o la gasa si fue necesario durante la limpieza de la espalda?		
12. Zonas Íntimas (Pene y Vagina)	**si**	**no**
Hombres:		
¿Se limpió el área genital de manera suave con una esponja o paño humedecido?		
¿Se retiró el prepucio (si es necesario) para limpiar adecuadamente el área?		
¿Se enjuagó completamente el jabón con agua tibia?		
¿Se secó completamente el área después de la limpieza?		
Mujeres:	**si**	**no**
¿Se limpió la zona genital de adelante hacia atrás para evitar contaminación fecal?		
¿Se enjuagó completamente el área con agua tibia?		
¿Se secó cuidadosamente la zona para evitar humedad y posibles infecciones?		
¿Se cambió el paño después de limpiar las zonas íntimas?		
Consideraciones generales:	**si**	**no**

¿Se utilizó agua tibia durante todo el proceso?		
¿Se mantuvo al paciente cubierto con una toalla o sábana durante el baño para evitar el enfriamiento?		
¿Se cambiaron los paños o gasas después de limpiar cada área específica del cuerpo?		
¿Se aseguró de que no quedaran residuos de jabón en ninguna parte del cuerpo?		
¿Se verificó que el paciente estuviera cómodo durante todo el proceso?		

Operario en Cuidado básico de personas con Dependencia Funcional

Lista de Chequeo: Técnica Adecuada de Retiro, Limpieza y Colocación de Pañal en Pacientes

ITEMS A EVALUAR	si	no
1. Preparación	**si**	**no**
¿Se explicó el proceso al paciente antes de comenzar?		
¿Se lavaron las manos antes de iniciar el cambio de pañal?		
¿Se colocaron guantes de protección?		
¿Se prepararon todos los elementos: pañales limpios, toallitas, crema protectora, guantes, bolsa de desechos?		
2. Retiro del pañal	**si**	**no**
¿Se retiró el pañal de forma suave, despegando las cintas laterales con cuidado?		
¿Se enrolló el pañal usado para evitar derrames y malos olores?		
¿Se desechó el pañal en una bolsa plástica para evitar contaminaciones?		
¿Se mantuvo al paciente cubierto con una toalla mientras se retiraba el pañal?		
¿Se revisó si había enrojecimientos o irritaciones en la piel del paciente?		
3. Limpieza	**si**	**no**
¿Se utilizó una toalla o paño húmedo para limpiar suavemente el área genital?		
¿Se limpió de adelante hacia atrás (en mujeres) para evitar infecciones?		
¿Se utilizó una toallita húmeda o agua tibia para eliminar restos de heces o orina?		
¿Se secó completamente la piel antes de colocar el nuevo pañal?		
¿Se aplicó crema protectora en las áreas con posibles irritaciones?		
4. Colocación del pañal nuevo	**si**	**no**
¿Se levantaron las caderas del paciente suavemente usando una técnica adecuada?		
¿Se deslizó el nuevo pañal bajo las caderas del paciente sin causar molestias?		
¿Se ajustaron las cintas laterales de manera que no queden ni demasiado apretadas ni flojas?		
¿Se verificó que el pañal estuviera correctamente colocado para evitar filtraciones?		
¿Se comprobó que el paciente estaba cómodo después de cambiar el pañal?		
5. Finalización del proceso	**si**	**no**
¿Se desechó el pañal usado de manera adecuada y segura?		
¿Se retiraron los guantes de forma segura y se lavaron las manos al finalizar el proceso?		
¿Se verificó la comodidad del paciente después del cambio de pañal?		
¿Se limpió y desinfectó la superficie de trabajo?		
¿Se documentó cualquier irregularidad observada en la piel o estado del paciente durante el cambio?		

Lista de Chequeo: Movilización Adecuada de un Paciente (Basada en la Guía Básica para Personas Cuidadoras)

ITEMS A EVALUAR	si	no
1. Movilización de un paciente en la cama		
¿Se comunicó al paciente cada paso antes de realizar la movilización?		
¿Se utilizó una técnica segura para levantar al paciente sin comprometer su integridad física ni la del cuidador?		
¿Se verificó que el espacio esté libre de obstáculos antes de comenzar la movilización?		
¿Se colocaron almohadas o soportes según sea necesario para mantener una buena postura del paciente?		
¿Se utilizó una sábana o deslizador para ayudar a mover al paciente?		
¿Se levantó al paciente desde las caderas para evitar la torsión del cuerpo?		
¿Se mantuvo la espalda del cuidador recta durante el movimiento?		
¿Se evitó tirar de los brazos o piernas del paciente?		
¿Se giró al paciente en bloque (sin rotación en las partes del cuerpo) cuando fue necesario?		
¿Se movilizó lentamente, asegurándose de que el paciente estuviera cómodo?		
2. Movilización desde la cama a la silla	**si**	**no**
¿Se colocó la silla de ruedas o la silla de baño en posición adecuada, bloqueando las ruedas para evitar deslizamientos?		
¿Se explicó al paciente cada paso antes de comenzar la movilización?		
¿Se utilizó una técnica de palanca adecuada para movilizar al paciente sin causarles tensión?		
¿Se verificó que la silla esté en una posición segura y estable?		
¿Se pidió ayuda si el paciente era demasiado pesado para un solo cuidador?		
¿Se utilizó una grúa o arnés si el paciente no podía moverse de manera independiente?		
¿Se hizo uso de un cinturón de transferencia si fue necesario para mayor seguridad?		
¿Se giró al paciente en la cama antes de ayudarlo a sentarse en el borde?		
¿Se mantuvieron los pies del paciente en el suelo antes de realizar el levantamiento?		
¿Se mantuvo contacto físico con el paciente en todo momento para asegurar su estabilidad?		
3. Movilización de un paciente que está sentado	**si**	**no**
¿Se verificó que el paciente estuviera bien apoyado en la silla antes de intentar el movimiento?		
¿Se indicó al paciente cómo mover sus extremidades para ayudar en la movilización?		
¿Se inclinó el cuerpo del cuidador hacia el paciente para garantizar una movilización segura?		
¿Se utilizó un apoyo lumbar para evitar la fatiga o molestias del paciente?		
¿Se mantuvo la comunicación constante con el paciente para asegurar que entendiera y colaborara durante la movilización?		
¿Se giró la silla del paciente en dirección a la zona de destino antes de levantarlo?		
¿Se verificó que el paciente estaba cómodo antes y después de cada movimiento?		
¿Se ajustaron los reposapiés y reposabrazos de la silla antes de iniciar el levantamiento?		
¿Se tomó en cuenta el estado emocional del paciente, asegurando que se sintiera tranquilo y seguro?		
4. Movilización de un paciente desde la silla a la cama	**si**	**no**
¿Se colocó la cama en la posición adecuada, bajando su altura si es necesario?		
¿Se bloqueó la silla para evitar movimientos inesperados durante la transferencia?		
¿Se verificó que el paciente no tuviera objetos en el bolsillo o ropa que interfirieran con la movilización?		
¿Se utilizó una técnica de palanca adecuada para elevar y mover al paciente con seguridad?		
¿Se utilizó un cinturón de transferencia o grúa si el paciente tiene movilidad limitada?		
¿Se mantuvo la espalda recta del cuidador para prevenir lesiones durante el levantamiento?		
¿Se giró al paciente en bloques para evitar torsiones innecesarias en la columna vertebral?		
¿Se apoyó al paciente en el borde de la cama antes de ayudarlo a recostarse completamente?		

¿Se colocaron almohadas para mantener la postura y comodidad del paciente una vez acostado?		
5. Movilización de un paciente hacia la silla de ruedas	**si**	**no**
¿Se colocó la silla de ruedas lo más cerca posible del paciente para evitar distancias largas?		
¿Se bloquearon las ruedas de la silla antes de movilizar al paciente?		
¿Se ajustaron los reposapiés y se aseguraron los frenos antes de comenzar?		
¿Se verificó que el paciente tuviera fuerza suficiente en las piernas para mantenerse en pie, si es posible?		
¿Se utilizó un cinturón de transferencia si fue necesario?		
¿Se verificó la postura del cuidador para evitar lesiones durante el levantamiento?		
¿Se mantuvo una buena comunicación con el paciente, informándole del paso a paso de la movilización?		
¿Se ayudó al paciente a girar el cuerpo hacia la silla antes de sentarlo?		
¿Se colocaron almohadas o cojines para la comodidad del paciente una vez sentado?		
6. Movilización de un paciente con movilidad muy limitada	**si**	**no**
¿Se verificó el estado del equipo de movilización antes de usarlo (cinturones, etc.)?		
¿Se posicionó al paciente de manera adecuada antes de usar el equipo de movilización?		
¿Se aseguró que no hubiera ropa o cobijas que obstaculizaran la movilización?		
¿Se mantuvo una buena postura del cuidador para prevenir lesiones durante el uso del equipo?		
¿Se movió al paciente de forma lenta y controlada para evitar movimientos bruscos?		
¿Se verificó que el paciente estuviera bien asegurado en el equipo antes de moverlo?		
¿Se comunicó al paciente cada paso para evitar ansiedad durante el movimiento?		
¿Se comprobó que el paciente se sintiera cómodo y seguro antes y después de cada movilización?		
7. Movilización de un paciente hacia el baño	**si**	**no**
¿Se verificó que el paciente estuviera suficientemente estable para ser trasladado al baño?		
¿Se utilizó una silla de baño o un dispositivo de apoyo para facilitar la movilización?		
¿Se aseguraron las barras de apoyo en el baño para proporcionar un punto de sujeción al paciente?		
¿Se pidió ayuda adicional si el paciente necesitaba mayor asistencia para moverse?		
¿Se mantuvo una buena postura y contacto físico constante con el paciente durante el movimiento?		
¿Se utilizó una silla con ruedas si el baño estaba lejos de la cama o silla del paciente?		
¿Se verificó que el suelo del baño estuviera seco y sin riesgos de resbalones?		
¿Se aseguró que el paciente estuviera bien colocado en la silla del inodoro o ducha antes de retirarse?		
¿Se ayudó al paciente a levantarse del baño con una técnica segura, evitando movimientos bruscos?		
Consideraciones generales:	**si**	**no**
¿Se explicó cada paso de la movilización al paciente antes de comenzar?		
¿Se verificó que el espacio estuviera libre de obstáculos antes de realizar cualquier movilización?		
¿Se utilizaron dispositivos de apoyo cuando fue necesario (cinturón, arnés, grúa)?		
¿Se pidió ayuda a otro cuidador si el paciente era demasiado pesado para un solo cuidador?		
¿Se mantuvo la postura adecuada del cuidador durante todos los movimientos?		
¿Se verificó que el paciente estuviera cómodo y seguro al final de cada movilización?		