

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1FO1447 - 010</b>
	<b>LISTA DE CHEQUEO PARA APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS A PACIENTES CON RIESGO DE UPP</b>	<b>Versión: 01</b>  <b>Vigencia: 14/06/2022</b>

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: \_\_\_\_\_

N°	REFERENCIA	CUMPLE (10)	NO CUMPLE (10)	N/A	OBSERVACIONES
1	El personal que atiende al paciente realiza lavado de manos de acuerdo al protocolo institucional (5 momentos-procedimiento correcto)				
2	¿Se aplica la escala Braden para la clasificación del riesgo? (ver registro)				
3	Realiza el cuidado de la piel del paciente (aplicación de crema humectante libre de alcohol) y se registra en la historia clínica.				
4	Realiza el cambio de posición según el plan de cuidados del paciente.				
5	Utiliza la herramienta (ficha) para controlar esta medida, lo registra en la historia y la razón justificada en caso que no se haya realizado.				
6	Realiza el cambio de pañal cada 4 horas o cuando el paciente lo necesita.				
7	Verifique si utiliza productos libres de alcohol como toallas y pañitos húmedos.				
8	Verifique el uso de almohadas, cojines para disminuir los puntos de presión.				
9	Se realiza un manejo integral de la lesión si ya se presentó/ Registra en la historia clínica en las notas de enfermería la evolución diaria de piel durante el aseo del paciente.				
10	Se educa a la familia y al paciente (si es posible) sobre el riesgo, los cuidados y las necesidades para evitar UPP.				
<b>Total</b>					<b>Meta: 100%</b>

**NOTA:** Diligencia la Lista de Chequeo la gestora asignada al servicio. El objetivo de la lista de chequeo es verificar la adherencia a las medidas institucionales implementadas. La meta es lograr una adherencia de las medidas implementadas del 100 al 90%. Entre el 89 y el 70% se considera un puntaje BUENO y es necesario mejorar. Menos del 70% es DEFICIENTE el cumplimiento y se debe implementar plan de mejora.

\*Realice la retroalimentación al responsable del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Auxiliar de la Gestora