

PLAN DE ATENCIÓN DE RESIDENTE CON PRUEBA POSITIVA DE COVID-19

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Mi prueba de COVID-19 dio positivo el día _____	Se reducirá mi riesgo de desarrollar complicaciones de COVID-19.		<input type="checkbox"/> Requiero oxígeno suplementario: <input type="checkbox"/> Necesito oportunidades de sociabilizar. Les pido que se amolden dentro de lo posible, pero sin superar los límites de mis precauciones de aislamiento. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado(a) y necesito oportunidades para verbalizar mis miedos. <input type="checkbox"/> Administrar mis medicamentos según lo indicado. Monitorizar en busca de efectos secundarios. <input type="checkbox"/> Tomarme los signos vitales en cada turno, incluyendo oxitometría de pulso, o según lo indicado por mi médico. Informar hallazgos anormales. <input type="checkbox"/> Implementar y mantener Precauciones para evitar la transmisión <input type="checkbox"/> Monitorizar la presencia o ausencia de síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Tos • Falta de aire • Dolor de garganta 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Informar a mi médico señales y síntomas que empeoren de infección o falta de mejoría con el tratamiento. □ Informar cualquiera de los siguientes síntomas de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para respirar/saturación de oxígeno <90% • Dolor o presión en el pecho persistentes • Nueva confusión o incapacidad de despertarse • Labios o rostro azulados □ Monitorizar las pruebas de laboratorio según lo indicado e informar los resultados a mi médico. □ Alentarme a emplear técnicas de higiene para evitar la contaminación cruzada, especialmente lavarse las manos antes de las comidas y después de ir de cuerpo. □ Recordarme que tosa o estornude en un pañuelo o en mi codo. Mantener en un lugar fácil de alcanzar pañuelos descartables y un cubo de basura. □ Si debo salir de mi habitación o del centro, colocar una mascarilla sobre mi nariz y boca. Ayudarme a lavarme las manos antes de salir. □ Notificar mi diagnóstico y las precauciones que necesito a cualquier personal de traslado o centro de salud receptor. Ofrecerme y alentarme a beber una cantidad adecuada de líquido (si corresponde con el diagnóstico médico). 	
--	--	--	---	--

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<input type="checkbox"/> Evaluar mi necesidad de modificación dietaria y consultar con un Dietista registrado según se indique. <input type="checkbox"/> Respetar mis directivas anticipadas.	
--	--	--	--	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Plan de atención en caso de sospecha de COVID-19

FECHA DE INICIO

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
<p>Se sospecha que tengo COVID-19. Tengo los siguientes síntomas y señales de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aire o dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Dolores musculares o corporales <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Nueva pérdida del sabor u olfato <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal <input type="checkbox"/> Náusea o vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea 	<p>Se reducirá mi riesgo de desarrollar complicaciones de COVID-19.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notificar a mi médico y realizar una prueba de COVID-19 según se indique. <input type="checkbox"/> Necesito oportunidades de socializar. Les pido que se amorden dentro de lo posible, pero sin superar los límites de mis precauciones de aislamiento. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado(a) y necesito oportunidades para verbalizar mis miedos. <input type="checkbox"/> Notificar a mi parte responsable, responsable legal <input type="checkbox"/> Tomarme los signos vitales en cada turno, incluyendo oxitometría de pulso. Informar hallazgos anormales. <input type="checkbox"/> Implementar y mantener Precauciones para evitar la transmisión <input type="checkbox"/> Monitorizar la presencia o ausencia de síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre o escalofríos • Tos 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<ul style="list-style-type: none"> • Falta de aire o dificultad para respirar • Cansancio • Dolores musculares o corporales • Dolor de cabeza • Nueva pérdida del sabor u olfato • Dolor de garganta • Congestión o secreción nasal • Náusea o vómitos • Diarrea • Informar a mi médico señales y síntomas que empeoren de infección o falta de mejoría con el tratamiento. <p><input type="checkbox"/> Informar cualquiera de los siguientes síntomas de inmediato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para respirar/saturación de oxígeno <90% • Dolor o presión en el pecho persistentes • Nueva confusión o incapacidad de despertarse • Labios o rostro azulados 	
--	--	--	--	--

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorizar las pruebas de laboratorio según lo indicado e informar los resultados a mi médico. <input type="checkbox"/> Alentarme a emplear técnicas de higiene para evitar la contaminación cruzada, especialmente el lavado de manos antes de las comidas y después de ir de cuerpo. <input type="checkbox"/> Recordarme que tosa o estornude en un pañuelo o en mi codo. Mantener en un lugar fácil de alcanzar pañuelos descartables y un cubo de basura. <input type="checkbox"/> Si debo salir de mi habitación o del centro, colocar una mascarilla sobre mi nariz y boca. Ayudarme a lavarme las manos antes de salir. <input type="checkbox"/> Notificar mi diagnóstico y las precauciones que necesito a cualquier personal de traslado o centro de salud receptor. Ofrecerme y alentarme a beber una cantidad adecuada de líquido (si corresponde con el diagnóstico médico). <input type="checkbox"/> Evaluar mi necesidad de modificación dietaria y 	
--	--	--	--	--

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<p>consultar con un Dietista registrado según se indique.</p> <p><input type="checkbox"/> Respetar mis directivas anticipadas.</p>	
--	--	--	--	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Plan de atención para nuevo ingreso/reingreso al centro

FECHA DE INICIO

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
<input type="checkbox"/> Soy un Nuevo ingreso al Centro. <input type="checkbox"/> He Reingresado al centro.	<input type="checkbox"/> Se me monitorizará en busca de señales y síntomas de COVID-19 <input type="checkbox"/> Se me dará la oportunidad de realizar actividades a mi elección dentro de lo permitido por las precauciones para evitar la transmisión. <input type="checkbox"/> Informaré cualquier señal o síntoma de COVID-19 al personal de enfermería.		<input type="checkbox"/> Realizar una Prueba de COVID-19 según lo ordenado por mi médico. <input type="checkbox"/> Colocarme en aislamiento por 14 días. <input type="checkbox"/> Darme oportunidades de socializar y amoldarse dentro de lo posible, pero sin superar los límites de mis precauciones de aislamiento. <input type="checkbox"/> Tomarme los signos vitales en cada turno, incluyendo oxitometría de pulso, o según lo indicado por mi médico. Informar hallazgos anormales. <input type="checkbox"/> Implementar y mantener Precauciones para evitar la transmisión <input type="checkbox"/> Educar y monitorizar en busca de la presencia de síntomas de COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> ● Fiebre o escalofríos ● Tos ● Falta de aire o dificultad para respirar 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Dolores musculares o corporales • Dolor de cabeza • Nueva pérdida del sabor u olfato • Dolor de garganta • Congestión o secreción nasal • Náusea o vómitos • Diarrea • Informar a mi médico señales y síntomas que empeoren de infección o falta de mejoría con el tratamiento. <input type="checkbox"/> Informar cualquiera de los siguientes síntomas a mi médico de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para respirar/saturación de oxígeno <90% • Dolor o presión en el pecho persistentes • Nueva confusión o incapacidad de despertarse • Labios o rostro azulados <input type="checkbox"/> Alentarme a emplear técnicas de higiene para evitar la contaminación cruzada, especialmente el lavado de 	
--	--	--	--	--

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<p>manos antes de las comidas y después de ir de cuerpo.</p> <p><input type="checkbox"/> Si debo salir de mi habitación o del centro, colocar una mascarilla sobre mi nariz y boca. Ayudarme a lavarme las manos antes de salir.</p>	
--	--	--	--	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

MUESTRA DE PLAN DE CUIDADO de personas en riesgo por COVID-19

FECHA DE INICIO

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy en riesgo de desarrollar COVID-19.	Mi riesgo de desarrollar COVID-19 se minimizará.		<input type="checkbox"/> Debo permanecer en mi habitación. <input type="checkbox"/> Ofrecerme actividades de mi interés para realizar en mi habitación. <input type="checkbox"/> Ofrecerme oportunidades de comunicarme con mis familiares y amigos. <input type="checkbox"/> Tomarme los signos vitales diariamente e informar cualquier hallazgo anormal. <input type="checkbox"/> Educarme para informar cualquiera de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre o escalofríos • Tos • Falta de aire o dificultad para respirar • Cansancio • Dolores musculares o corporales • Dolor de cabeza • Nueva pérdida del sabor u olfato • Dolor de garganta • Congestión o secreción nasal • Náusea o vómitos • Diarrea 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
			<input type="checkbox"/> Recordarme que tosa o estornude en un pañuelo o en mi codo. Mantener en un lugar fácil de alcanzar pañuelos descartables y un cubo de basura. <input type="checkbox"/> Educarme sobre la higiene de manos adecuada. <input type="checkbox"/> Si debo salir de mi habitación o del centro, colocar una mascarilla sobre mi nariz y boca. Ayudarme a lavarme las manos antes de salir.	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Plan de atención por riesgo de aspiración/atragantamiento

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Requiero supervisión cuando como por mi riesgo de aspiración y/o atragantamiento. Mi riesgo puede incrementarse por la restricción de las comidas comunales.	Se disminuirá mi riesgo de aspiración y/o atragantamiento.		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ofrecerme la dieta recetada por mi médico. <input type="checkbox"/> Evaluación de Fonoaudiología según sea necesario. <input type="checkbox"/> Corroborar que esté en posición erguida durante las comidas. <input type="checkbox"/> Dejarme tiempo suficiente para que coma y beba <input type="checkbox"/> Utilizar estrategias de alimentación según las recomendaciones del Fonoaudiólogo. <input type="checkbox"/> Monitorearme en busca de señales y síntomas de aspiración durante las comidas, por ej., ruidos de líquido o gorgoteos cuando hablo <input type="checkbox"/> Monitorearme en busca de señales y síntomas de atragantamiento durante las comidas como la tos. 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<input type="checkbox"/> Monitorearme en busca de señales de dificultad para tragar (disfagia)	
--	--	--	--	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN Nº _____

MUESTRA

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

PLAN DE ATENCIÓN DE ACTIVIDADES COVID-19

FECHA DE INICIO PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
<p>Se me exige que practique distanciamiento social y las actividades grupales con otros residentes se han discontinuado debido a la Pandemia de COVID-19.</p>	<p>No tendré un aumento en la ansiedad o los signos/síntomas de depresión</p> <p>Participaré en una actividad independiente a mi elección _____ veces por semana.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ayudarme a “conectarme” con seres queridos mediante redes sociales, facetime, skype, etc. <input type="checkbox"/> Organizar conversaciones telefónicas con mis familiares y amigos <input type="checkbox"/> Suministrarme los EPP necesarios <input type="checkbox"/> Ofrecerme maneras seguras para que pueda mantenerme activo(a), como personal que me acompañe a caminar afuera, o caminar solo(a) si corresponde <input type="checkbox"/> Brindar actividades independientes según mis preferencias personales <input type="checkbox"/> Dejarme tiempo para que me exprese a través de proyectos artísticos, juegos de construcción como casas para aves, etc. <input type="checkbox"/> Proporcionar "actividades al paso". Colocar pequeños juegos, proyectos de manualidades y otros artículos que puedan higienizarse fácilmente después de su uso en una caja y llevarlos a mi habitación. Si necesito asistencia con estas actividades, 	

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

			<p>quedarse conmigo y trabajar individualmente (manteniendo el distanciamiento social) para hacerme participar en las actividades y/o conversar si es que puedo</p> <p><input type="checkbox"/> Actividades de participación social</p> <p>Fútbol en los portales, ejercicios de grupos musculares grandes en los portales, yoga/estiramiento, tai chi, ejercicios con churros de natación, pañuelos y tiras elásticas.</p> <p>Canto grupal en los pasillos con miembros del personal y residentes</p> <p>Servicios religiosos: por televisión, radio, transmisión en vivo o grabaciones, CD de oraciones</p> <p>Números de bingo anunciados todos los días para un juego semanal continuo, bingo en los portales</p>	
--	--	--	---	--

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN Nº _____

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>.

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy en riesgo de sufrir un deterioro en la función y seguridad en relación con los riesgos del entorno y el aislamiento producto del COVID-19.	No experimentar é resultados negativos en relación con los riesgos del entorno que pueden modificarse.	Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré información sobre el uso de dispositivos personales para disminuir el riesgo de lesión. • El personal evaluará mi entorno y abordará las áreas de riesgo que puedan modificarse para ayudar a prevenir caídas y lesiones. • El personal ordenará mi habitación para mejorar la seguridad durante el desplazamiento. • Mis pertenencias se guardarán en áreas a las que yo pueda acceder de manera independiente y segura. • El personal proporcionará ejercicios de orientación diarios, resolución de problemas y secuencias para las tareas diarias. • Se me ha proporcionado un reloj y un calendario para alentarme a mantener las tareas de orientación, como decir la hora y conocer el día de la semana. 	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N.º _____

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy experimentando una pérdida de oportunidad de movilidad derivada del aislamiento del COVID-19. Estoy en riesgo de sufrir caídas, problemas de integridad de la piel, trastornos musculoesqueléticos, aumento del dolor, neumonía, problemas circulatorios y debilidad.	No experimentaré deterioros imprevistos ni lesiones durante el aislamiento.	Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> El personal evaluará mi amplitud de movimiento/fuerza, la presencia de dolor y la independencia de movilidad funcional con o sin dispositivos de apoyo. Se tomarán medidas de las distancias de la cama/silla al baño, de la cama a la silla, de la silla a la puerta, etc. Se evaluará el entorno en función de la presencia de riesgos de caídas. Se modificarán los equipos de adaptación según las indicaciones para mejorar mi confianza/seguridad y promover la movilidad independiente. Se adaptarán los tratamientos para usar el entrenamiento por intervalos, como la repetición de la rutina (de la cama a la silla, sentado a parado) frente a la distancia. Se incorporarán música y movimiento a mi plan de tratamiento como modo de ofrecer estimulación social y ayuda con el equilibrio. Se me ha proporcionado información sobre los riesgos de la falta de movilidad y la importancia del ejercicio. 	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN Nº _____

Plan de cuidados para el bienestar cognoscitivo

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy en riesgo de sufrir un deterioro en mi bienestar cognoscitivo, una falta de estimulación y una alteración de mis rutinas previas en relación con el aislamiento por el COVID-19.	No experimentaré deterioros imprevistos en el bienestar cognoscitivo tal como lo demuestra mi participación en las actividades de autocuidado e independientes.	Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> • Si puedo hacerlo, usaré mi luz de llamada cuando necesite asistencia para promover mi seguridad personal. • Si necesito anteojos correctivos, los limpiaré y me los colocaré a diario para ayudar a conservar un entorno seguro. • El personal proporcionará ejercicios de orientación diarios, resolución de problemas y secuencias para las tareas diarias. • Se me ha proporcionado un reloj y un calendario para alentarme a mantener las tareas de orientación, como decir la hora y conocer el día de la semana. • El personal me proporcionará un cronómetro para que recuerde cuándo debo realizar mis ejercicios en la habitación. • El personal me proporcionará sopas de letras, rompecabezas, etc. para estimular mi mente. 	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____

HABITACIÓN N° _____

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>
Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Plan de cuidados del Programa de ejercicios en la habitación

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy en riesgo de sufrir un deterioro en el funcionamiento físico a partir de la falta de un programa estructurado de ejercicios en relación con el aislamiento por el COVID-19.	No experimentaré deterioros imprevistos en mi estado funcional tal como lo demuestra mi capacidad para participar en un programa de ejercicios personal.	Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de enfermería reparadora o de terapia especializado elaborará un programa de ejercicios en la habitación en función de mi nivel de funcionamiento actual. • Mi programa puede incluir ejercicios de fortalecimiento del tronco durante el desplazamiento en la cama para disminuir el riesgo de quiebres en la piel. • Los ejercicios de fortalecimiento del tronco se realizarán sentado sobre el borde de mi cama, si fuera posible. • Incorporaré ejercicios a mi rutina habitual, como pasar de posición sentada a parada durante los programas de televisión. • Es posible que se me proporcione un programa para mejorar el equilibrio, como Tai-Chi, yoga con silla, etc. • Se modificarán los equipos de adaptación según las indicaciones para mejorar mi confianza/seguridad y promover los programas de ejercicios independientes. 	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>
Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Plan de cuidados de nutrición e hidratación

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy en riesgo de aumentar o perder peso espontáneamente, sufrir deshidratación y desequilibrio nutricional derivados de las comidas en la habitación en relación con el aislamiento por el COVID-19.	No experimentaré un aumento o pérdida de peso que pueda evitarse, signos y síntomas de deshidratación o desequilibrio nutricional.	Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> • El personal me alentará a consumir líquidos durante todo el día. • Solicitaré la modificación de los dispositivos de asistencia según sea necesario para que me permita consumir comidas y líquidos de manera independiente. • El nutricionista analizará mi alimentación para identificar la necesidad de modificaciones trimestrales y con el cambio en la condición. • El personal me proporcionará pistas visuales para la implementación de estrategias durante las comidas. • Haré mis comidas sentado en una silla, y no en la cama. • Demostraré técnicas para la higienización de manos adecuadas antes y después de las comidas. • El personal alentará la conversación durante las comidas. • Se me proporcionarán dispositivos de comunicación que me permitirán “comer” con mi familia y amigos. 	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

Actividades del Plan de cuidados para la vida diaria

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/ INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy en riesgo de presentar una mala higiene personal y menor bienestar psicológico vinculados al aislamiento por el COVID-19.	No sufriré deterioros imprevistos en la higiene personal ni en el bienestar psicológico.	Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> • Se modificarán los equipos de adaptación según las indicaciones para mejorar mi confianza/seguridad y promover las actividades independientes de la vida diaria. • Se evaluarán el impacto postural en mi estado respiratorio y los niveles de saturación de oxígeno. • El personal evaluará mi capacidad para llevar a cabo las tareas de higiene personal de manera independiente, como afeitarse, el cuidado bucal, etc. • Se me alentará a usar ambas manos durante el cuidado y a centrarme en la estabilidad del centro/tronco y la coordinación de las habilidades motoras finas/gruesas. • Llevaré a cabo las actividades de higiene personal utilizando la técnica adecuada al estar sentado y parado, y antes y después de las comidas. • Llevaré a cabo las actividades de higiene personal y me vestiré de manera adecuada todos los días. • Mis dentaduras o audífonos estarán limpios, cargados y en su lugar todos los días. • Se me ha brindado información sobre la importancia de mantener una posición erguida al estar sentado para mis vías respiratorias durante el día. 	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N.º _____

Plan de cuidados del Programa de ejercicios en la habitación

FECHA DE INICIO _____

PROBLEMA	OBJETIVOS	FECHA OBJETIVO	ENFOQUES/INTERVENCIONES	DISCIPLINAS
Estoy en riesgo de sufrir un deterioro en el funcionamiento físico a partir de la falta de un programa estructurado de ejercicios en relación con el aislamiento por el COVID-19.	No experimentaré deterioros imprevistos en mi estado funcional tal como lo demuestra mi capacidad para participar en un programa de ejercicios personal.	Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de enfermería reparadora o de terapia especializado elaborará un programa de ejercicios en la habitación en función de mi nivel de funcionamiento actual. • Mi programa puede incluir ejercicios de fortalecimiento del tronco durante el desplazamiento en la cama para disminuir el riesgo de quiebres en la piel. • Los ejercicios de fortalecimiento del tronco se realizarán sentado sobre el borde de mi cama, si fuera posible. • Incorporaré ejercicios a mi rutina habitual, como pasar de posición sentada a parada durante los programas de televisión. • Es posible que se me proporcione un programa para mejorar el equilibrio, como Tai-Chi, yoga con silla, etc. • Se modificarán los equipos de adaptación según las indicaciones para mejorar mi confianza/seguridad y promover los programas de ejercicios independientes. 	

NOMBRE DEL RESIDENTE _____ HABITACIÓN N° _____

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>
 Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

EPP - Lista de control de problemas comunes para observar

Miembro del personal: _____

Fecha: _____

Problemas con la colocación	Sí	No	Comentarios
Se higienizó las manos.			
Se ató la bata y la sujetó bien al cuello y a la cintura.			
Seleccionó la mascarilla o el respirador adecuados.			
Se colocó la mascarilla de manera adecuada.			
Seleccionó la protección para los ojos (si corresponde).			
Se colocó los guantes cubriendo los puños.			
Problemas con la extracción			
Se usó el guante adecuado para la técnica de extracción de guantes.			
Se higienizó las manos.			
Se quitó el protector facial o las gafas protectoras sin tocarse la cara.			
Se quitó la bata usando la técnica de enrollado adecuada.			
Tuvo cuidado al quitarse la bata sin que esta toque la ropa.			
Se higienizó las manos.			
Observación			
Tuvo cuidado de no tocar las áreas desprotegidas del cuerpo o la ropa.			
No ajustó la mascarilla ni la ropa durante el cuidado.			

Las **observaciones al azar** permiten al observador evaluar el cumplimiento durante el trabajo “habitual”; no obstante, se requieren una gran cantidad de observaciones en todos los turnos.

Las **observaciones planificadas** pueden programarse para asegurarse de que todas las personas demuestren competencias regulares. Las situaciones pueden ofrecer comentarios sobre la capacidad de la persona para elegir el Equipo de protección personal (EPP) adecuado para la situación. Sin embargo, las observaciones planificadas no tienen en cuenta el comportamiento durante el transcurso de las tareas de rutina.

Firma del evaluador

Fecha

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/strive/CBT102-508.pdf>

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.