

# PROTOCOLO

## Recomendaciones para las Visitas Externas a los Hogares Personas Con Discapacidad

Actualizado el 15/07/2021

MINISTERIO DE  
SALUD



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
**BUENOS  
AIRES**

## Recomendaciones para las Visitas Externas a los Hogares Personas Con Discapacidad

Las siguientes son una serie de recomendaciones que deberán ser observadas y son complementarias a las dictadas por las Autoridades Sanitarias Nacionales y Provinciales, en ningún caso sustituyen los protocolos oficiales.

### Espacio Visitas

- Se debe generar un espacio acotado y limitado, preferentemente al aire libre, que permita el ingreso de la visita a la institución, pero sin ingresar a la zona de residencia de las personas con discapacidad.
- El espacio de visita estará dividido por un material que divide físicamente al visitante del residente el mismo puede ser de vidrio, acrílico o plástico transparente que no pueda ser removido con facilidad y que pueda ser higienizado regularmente.
- La distancia de asiento a asiento será de tres metros (1,5 de cada lado) divididos por la protección elegida.
- La persona visitante ingresará al establecimiento con barbijo. Se Realizará Control de temperatura, desinfección y lavado de manos.
- Una vez finalizada la visita de 30 minutos, se desinfectará el vidrio por ambos lados, asientos y picaportes. Esta limpieza la realizará el personal utilizando los guantes de látex que serán descartados después de cada visita.
- Las visitas serán programadas semanalmente.

### Funcionamiento

1. El Personal Del hogar deberá supervisar el cumplimiento de protocolos durante todo el desarrollo de la visita.
2. Se recomienda priorizar aquellos casos de personas con discapacidad que se encuentren con mayor deterioro en el estado de ánimo.
3. El hogar solo podrá realizar la cantidad de encuentros que permitan cumplir con los protocolos expuestos, evitando aglomeraciones dentro y fuera del hogar y dejando espacio entre visitas.
4. Las visitas serán acordadas con anticipación, se contactará con los visitantes y familiares para indicarles que no se permitirá el acceso a ninguna persona ajena al núcleo socio afectivo del residente.
5. Se dispondrán carteles informativos sobre higiene y normas de seguridad.

6. Las visitas deberán mantener el distanciamiento preventivo de 2 metros en todos los desplazamientos que realice dentro del Hogar, pudiendo apelarse a señalizaciones en el piso y/o ingreso escalonado.
7. **Quedan exceptuados para esta actividad:**
  - a. Hogares que se encuentren con brote activo y protocolo activado con aislamiento.
  - b. Personas con discapacidad que estén cumpliendo aislamiento por cualquier motivo.
8. Se informará y trabajará previamente con los residentes acerca de la visita y de las medidas de protección que deberá usar: barbijo quirúrgico y, quien lo acompañe, EPP completo.
9. Durante el encuentro habrá un responsable a fin de acompañar a la persona con discapacidad y garantizar el cumplimiento de los protocolos.
10. Al encuentro podrán asistir hasta dos familiares, salvo sugerencia contraria por parte del equipo asistencial.
11. Se establece el uso obligatorio en todo momento del barbijo como así también el cumplimiento de las disposiciones aplicables que estipule el ejecutivo local, acorde a la evolución de la pandemia.
12. Se registrará obligatoriamente la temperatura de TODOS al ingresar a la institución. En caso Que sea mayor a 37.5 se impedirá el ingreso al establecimiento y se procederá a notificar al Directivo y a derivar al concurrente al centro sanitario de atención.
13. Se deberá completar una declaración jurada por todos los visitantes y se deberá registrar la visita, con fecha, horarios, personas visitantes y la misma deberá ser guardada para un eventual seguimiento epidemiológico.
14. Se deberá desinfectar el panel separador después de cada visita.
15. En el Panel separador habrá un rociador con amoniocuaternario, alcohol al 70% y alcoholes disponibles para el uso.

## Registro Sanitario de Residentes

En todo momento se deberá mantener actualizada la “Planilla Control Sanitario de Residente” en el Anexo en caso de requerir asistencia sanitaria.

# ANEXO I

## -Planilla de Control Sanitario Residente-

| PLANILLA DE CONTROL SANITARIO DE RESIDENTE DE HOGARES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD                                  |                            |
|---|----------------------------|
| Nombre, apellido, apodo:  |                            |
| Edad:   | DNI:                       |
| Estado General de Salud   |                            |
| Requiere Acompañante (Sí/ No):  | Presenta Síntomas (Sí/No): |
| Síntomas, describir:  |                            |
| Agudos/crónicos:  |                            |
| Comorbilidades (describir):   |                            |
| Tratamiento que recibe (droga, dosis, forma de administración):   |                            |
| La medicación la toma solo/a (Sí/No):   |                            |
| Otros tratamientos, describir:  |                            |
| Comunicación  |                            |
| ¿Comprende consignas simples? (Sí/No):  |                            |
| ¿Requiere alguna asistencia? (visual, escrita, intérprete en LSA, otros):   |                            |
| Expresión: ¿responde preguntas simples? (Sí/No):  |                            |
| ¿Controla sus Impulsos, tiene alteraciones conductuales severas? (Sí/No):   |                            |
| ¿Cómo se calma habitualmente?, ¿hace compleja su contención?:   |                            |
| ¿Interactúa con personas desconocidas? (Sí/No):   |                            |
| ¿Registra distintos tipos de emociones?:  |                            |
| Datos Familiares/teléfonos de referentes:   |                            |
| Modos de comunicación/intereses personales/todo dato relevante para bienestar emocional de PCD durante el aislamiento |                            |

| <b>Alimentación</b>   |
|---|
| Requiere asistencia (Sí/No):  |
| Es por vía Oral, enteral parenteral (describir):  |
| <b>Sueño</b>  |
| Alteraciones en el descanso, mioclonias, convulsiones (Sí/No):  |
| Higiene relacionados con el proceso de excreción (intestino; vejiga), sin control de esfínteres o utiliza pañales, si tiene ostomías ( Sí/No ):   |
| Requiere asistencia para vestirse, tren sup/inf, requiere asistencia para aseo, mayor y menor (Sí/No), ¿cuáles?:  |
| Transferencias: requiere personal asistencia y/o Familiares en caso que el paciente no pueda transferirse por sus propios medios ( Sí/No):  |
| Locomoción: tener en cuenta marcha autónoma, uso de bastón, andador, silla de ruedas o si requiere de asistencia de terceros para realizar la de ambulación (Sí/No), ¿cuáles?:                  |
| Utiliza alguna órtesis, prótesis y/o ayuda técnicas. Bastones, trípode, férulas (de MMSS/ MMII), bastón para persona ciegas, anteojos, dientes postizos, elevador de inodoro, inodoro portátil: |

---

Firma y matrícula del Profesional

MINISTERIO DE  
SALUD

---



GOBIERNO DE LA  
PROVINCIA DE  
**BUENOS  
AIRES**