

Nombre de alumnos:

Marleny Rodas De La Cruz

Nombre del profesor:

Beatriz Gordillo López

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico de enfermería comunitaria, definición de la materia y ámbito de estudio

Materia:

Enfermería comunitaria

7mo cuatrimestre grupo "B"

Licenciatura en enfermería

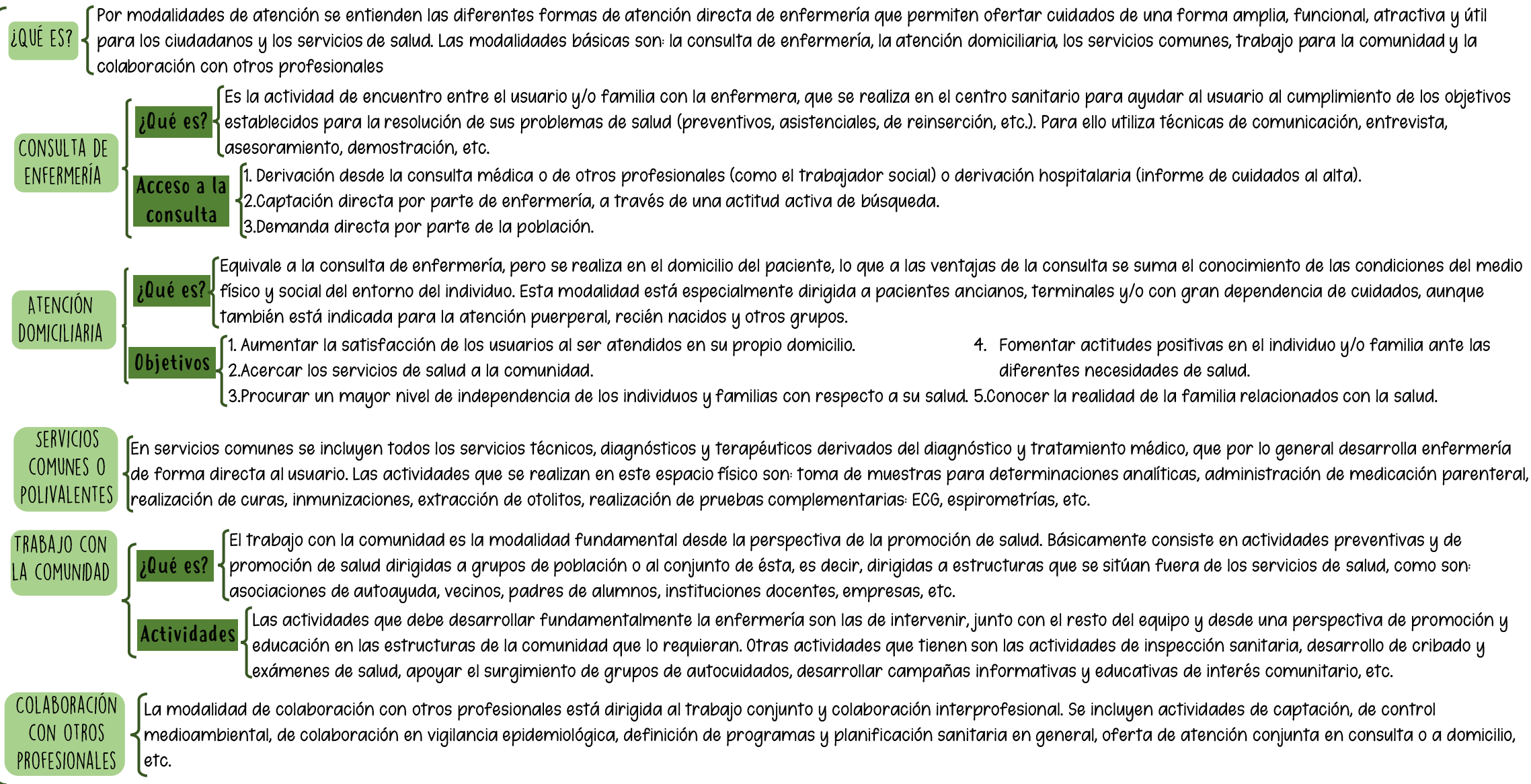
Funciones Generales DE Enfermería Comunitaria



Bibliografía

osuna, A. f. (2000). *Enfermería comunitaria*. Barcelona (España): MASSON, S.A.

Modalidades DE Atención en Enfermería Comunitaria



Bibliografía
 osuna, A. f. (2000). *Enfermería comunitaria*. Barcelona (España): MASSON, S.A.

La visita DOMICILIARIA

¿QUÉ ES?

Mediante esta modalidad de atención la enfermera proporciona cuidados de enfermería a las familias adscritas a su cargo en el propio domicilio familiar. Está enfocada a prestar cuidados integrales a aquellas familias que forman parte de un grupo de riesgo derivado de la etapa del ciclo vital en que se encuentren, o por sus características sociales o derivado de un problema de salud, incluyendo a aquellas personas que por determinados motivos no pueden acudir al centro de salud.

OBJETIVOS

Generales

1. Ayudar al individuo y a la familia a alcanzar un mayor nivel de independencia, potenciando al máximo sus capacidades de autocuidado.
2. Ayudar al individuo y a la familia a aceptar su realidad presente, mediante mayores habilidades de adaptación, autoconfianza y mejores niveles de salud.
3. Proveer un servicio en diversos períodos críticos por los que pasa una familia como las fases pre y posnatales, la ancianidad y la depresión/aflicción.

Específicos

Estos objetivos los definirán las características propias de las diferentes familias a las que va dirigida la visita, siendo los más habituales:

1. Registrar y captar a las familias que fijen su residencia en la zona básica de salud, ofertando los servicios y programas que desarrolla el centro, e identificar familias de riesgo.
2. Recoger datos sobre vivienda, entorno, relaciones familiares y sociales.
3. Detectar problemas de difícil identificación desde el centro.

METODOLOGÍA

Planificación

En esta primera etapa, se recogerá la información previa a la visita, recopilando todos los datos disponibles del núcleo familiar, no sólo a través de la historia del mismo sino también a través de otros profesionales del equipo que hayan tenido relación con algún miembro de la misma, toda la información posible de interés, disminuyendo así la posibilidad de duplicar acciones, descoordinación, aportando además el beneficio de la perspectiva de otro profesional sobre las necesidades familiares.

Introducción en la familia

La relación que se establezca entre la enfermera y la familia tienen sus pilares básicos en los elementos de comunicación y empatía que se desarrollan entre ambas partes. La calidad de los primeros encuentros puede determinar en gran medida el tipo de relación que se establezca entre los mismos, marcando el desarrollo de las visitas sucesivas; por lo que todos los esfuerzos han de ir dirigidos a crear un clima de confianza entre los diferentes miembros de la misma y la enfermera, valorando su opinión y respetando sus decisiones. Esto se verá favorecido con el establecimiento de una buena relación de cordialidad y flexibilidad por parte de la enfermera, así como la implicación del núcleo familiar, la cual se ha de potenciar y favorecer desde el primer contacto con la misma, incrementando así la calidad de los cuidados.

Desarrollo

¿Qué es?

En esta etapa, como acabamos de señalar, se recogerá la información familiar necesaria para identificar situaciones, problemas, factores de riesgo y grado de vulnerabilidad del núcleo familiar. La duración de la visita debe estar prefijada, no sobrepasará los 25 o 30 minutos, teniendo siempre en cuenta la situación y necesidades del momento de la familia.

Ambiente

En cuanto al exterior de la vivienda, higiene ambiental (contaminación) y en la entrada principal: imposibilidad o dificultad para acceder al hogar con seguridad. Las características del interior son tamaño, número de habitaciones, distribución, etc.: condiciones, limpieza, orden, ruidos, luz natural, contenedor de basura; localización de contadores de electricidad, luz, etc.

Sociodemografía

Composición de la familia por edades y sexo, parentesco de los mismos (especificando sin relación parental si no existiera), nivel socioeconómico, nivel de instrucción u actividad laboral de cada uno de sus miembros.

Valorar

Estado de salud

Antecedentes de enfermedades previas, ingresos hospitalarios, etc., problemas actuales que afectan a la salud y a la función de la familia como unidad (enfermedad/discapacidades funcionales, factores relacionados con enfermedades comunes/trastornos discapacitantes).

Salud mental familiar

Tendencias psicósomáticas. Ansiedad crónica en los miembros de la familia. Depresiones. Estrés. Trastornos en la conducta. Presencia de alcoholismo, drogas, violencia familiar, etc.

Influencias culturales

Valores e identidad étnica de la familia. Creencias espirituales, afiliación religiosa. Barreras culturales. Creencias sobre cuidados de salud y sobre los profesionales de la salud.

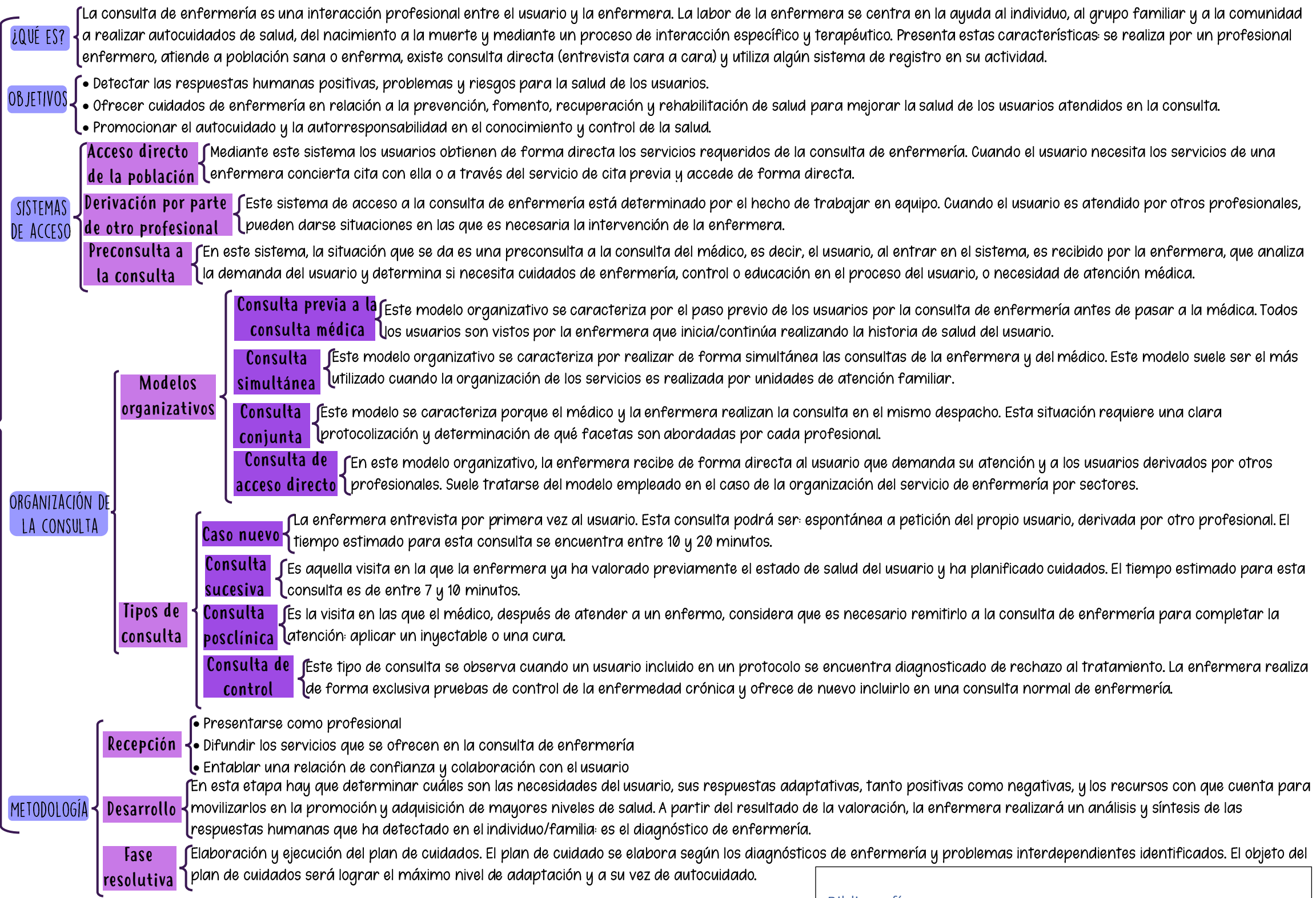
Registro

La última etapa de la visita es el registro de la misma. Se hará de forma precisa, completa y objetiva. No existe una unificación de criterios sobre si el registro debe hacerse simultáneamente a lo largo de la visita, a través de anotaciones que aparentemente dificultan el curso natural y espontáneo de la misma o el registro posterior a la misma, que puede significar una fuerte reducción y distorsión de la información.

Bibliografía

osuna, A. f. (2000). *Enfermería comunitaria*. Barcelona (España): MASSON, S.A.

La consulta DE Enfermería



Bibliografía

osuna, A. f. (2000). *Enfermería comunitaria*. Barcelona (España): MASSON, S.A.