

18. Aportación de la enfermería ante el síndrome de la muerte súbita del lactante

C. Gómez García¹, F. Pina Roche, M.E. Martínez Roche²,
P. Sebastián Vicente³

¹Presidenta de la Asociación Española de Enfermería de la Infancia. Catedrática de Enfermería Infantil ²Profesora Titular de Enfermería Materno-Infantil. Departamento de Enfermería. Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia. Licenciada en Pedagogía. ³Diplomada Universitaria en Enfermería. Licenciada en Pedagogía

INTRODUCCIÓN

La muerte de un niño siempre supone una difícil pérdida para la familia y la sociedad en su conjunto, pero cuando esta muerte es inesperada (por SMSL) se hace especialmente difícil debido al sentimiento de impotencia y fracaso que conlleva. El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es, en muchos países occidentales, la primera causa de muerte en el primer año de vida, aproximándose su incidencia a dos muertes por 1.000 nacidos vivos⁽¹⁾.

Ante este importante problema sanitario y social, cuyas causas están todavía por aclararse, sólo podemos extraer la necesidad de prevención y educación para eliminar conceptos erróneos y tratar de disminuir su incidencia, labor en la que la enfermera debe participar activamente⁽²⁾.

La enfermería forma parte del escenario donde se producen las iniciativas de salud más importantes, ocupando una compleja posición en la asistencia sanitaria y en la sociedad; el reto consiste en definir los requisitos necesarios para que como colectivo puedan desarrollar su potencial en la asistencia a otras personas y más concretamente al niño y su familia. En un estudio⁽³⁾ realizado en Murcia a profesionales de enfermería sobre SMSL, se pone de manifiesto

la disposición de los enfermeros a colaborar en la detección y en el cuidado del lactante candidato a la muerte súbita, pero también se detecta una falta de conocimientos e información sobre este problema. De todo ello se deriva la necesidad de una buena formación tanto de pregrado como de postgrado en torno al tema, así como de la consecución de la especialidad de enfermería infantil regulada por Orden Ministerial de 3 de julio de 1987 (BOE 7 de agosto de 1987).

Otro aspecto que consideramos relevante para la prevención y disminución de la incidencia de casos de SMSL es el desarrollo de un programa o subprograma de prevención de SMSL, de carácter educativo y enmarcado en el programa de atención al niño sano, en el que se especifique la aportación del profesional de enfermería en la detección, cuidados y asistencia de los niños y las familias afectadas por el SMSL.

PROPUESTA DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SMSL

Contexto sanitario de aplicación del programa

Para lograr el objetivo que nos proponemos con la futura aplicación de esta pro-

puesta educativa y conseguir una mayor efectividad en las actuaciones enfermeras, evitando la duplicación de trabajos que pudieran tener previstos otros programas, consideramos lógico adaptar nuestro proyecto educativo a las estructuras del Ministerio de Sanidad.

En la organización de los sistemas sanitarios, se manifiesta una nueva orientación del sistema hacia la promoción de la salud, y prevención de enfermedades, superando un tradicional modelo asistencial; para ello se ha estructurado en dos niveles de atención: atención primaria en salud y atención hospitalaria que confluyen en una estructura de gestión denominada área de salud, que se considera como elemento fundamental del Sistema Nacional de Salud. Entre sus principales actuaciones se encuentran desarrollar la educación para la salud sobre los distintos aspectos relacionados con los estilos de vida en general. Asimismo, con el objeto de maximizar la operatividad y eficacia de los servicios sanitarios a nivel primario, la Ley General de Sanidad establece la división de las áreas de salud en las zonas básicas de salud. Éstas se definen como el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Los equipos de atención primaria (EAP) trabajan en estas zonas de salud para la accesibilidad a los servicios de salud tales como: medicina general y enfermería, atención urgente, fisioterapia y hospital de referencia.

Corresponde, por tanto, a los equipos de atención primaria (EAP) brindar entre otras funciones, la educación para la salud. Esto facilita la elaboración, ejecución y evaluación de programas educativos en torno a los temas de interés para la co-

munidad. En este contexto se desarrolla el programa de Atención al Niño Sano, dentro del cual se desarrollaría nuestra propuesta sirviendo de marco del subprograma de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. No obstante, aunque el programa se desarrolle en la atención primaria de salud, para que resulte eficaz, precisa tanto de la intervención del nivel primario como del especializado, actuando ambos de manera coordinada y en estrecha colaboración.

Asimismo, no podemos obviar la íntima interconexión entre el programa de atención al niño y el programa de la mujer que hace que en ocasiones se hable de programa materno-infantil. Hemos de ser conscientes de que para una atención integral al niño, tanto la mujer como su familia deben conocer los componentes del embarazo sano, y las estrategias de afrontamiento exitoso de los desafíos de la crianza. Según el nuevo modelo de trabajo, la educación de los miembros de la familia debe comenzar antes del embarazo y continuar durante todo el período del postparto.

Métodos y tipos de aprendizaje generales

La reflexión sobre qué modelo de educación para la salud es el más adecuado e idóneo para cumplir ciertos objetivos, hace surgir aquí la necesidad de elegir entre los dos modelos de programación de educación para la salud; entendiendo la programación como *«la exposición generalmente por escrito (proyecto) de la distribución y orden de las partes que constituirán un trabajo, adelantándonos así al futuro»*⁽⁴⁾.

En este sentido, la programación debe ser una actividad imprescindible, donde hemos de tener cuenta las metas que deseamos lograr. Sin embargo, esto exi-

ge prudencia ante los intentos de enunciar un modelo general de cambio planificado en las conductas, capaz de adaptarse a las circunstancias.

Si queremos formar y educar a las familias para prevenir el SMSL, debemos tener en cuenta el cambio de la conducta humana. Dada la complejidad de este hecho, se proponen dos modelos de educación para la salud:

- I. Programación de la educación para la salud desde un punto de vista tecnológico: es aquella en que un experto que conoce los factores que influyen sobre la salud y la enfermedad, exhorta a quien no los conoce.
- II. Programación de la educación para la salud cooperativa o entre iguales, llamado también crítico participativo: suele deberse a alguien con una especial preocupación por el tema que realiza una cierta planificación.

La principal diferencia entre el modelo tecnológico de programación y el crítico cooperativo o de iguales radica en el requisito de que la población participe en una de las fases. En este caso, atendemos los problemas de salud que en los grupos sociales forman parte de una trama compleja y dinámica, a la que no puede darse una respuesta lineal y donde las necesidades de los usuarios trascienden los diferentes modelos de servicios sean primarios, secundarios o especializados.

El elemento común en el desarrollo de cualquier actividad educativa asistencial sigue siendo el recurso humano cualificado integrado a lo que se le podría llamar «Programa Permanente de Educación para la Salud» (PPEPS) que consistiría en la implementación de actividades educativas permanentes, elaboradas según los principales problemas de salud del

grupo social (niño, mujer en edad reproductiva, adolescente, adultos con necesidades especiales, etc.).

Podríamos considerar que el modelo de programación más adecuado en la propuesta que presentamos es la combinación de ambos modelos, el tecnológico y el cooperativo. Por tanto, la presente propuesta ira desarrollándose en la preparación de contenidos educativos y de actividades pensadas para su desarrollo y así alcanzar unos objetivos preestablecidos.

Green, Rochon⁽⁵⁾ y otros autores señalan los elementos que suelen estar presentes en este tipo de programación:

El diagnóstico de la situación inicial:

- Los fines.
 - Los objetivos.
 - Las actividades.
 - La ejecución.
 - La evaluación.
- Brevemente se detallan cada uno de ellos:

1. El diagnóstico de la situación inicial: se deriva del estudio realizado en las áreas de salud.
2. Los fines: «elevar el nivel de salud de la comunidad infantil, disminuyendo la morbimortalidad derivada del problema de SMSL».
3. Objetivos: se derivan de la propia naturaleza del problema y parten de la política general de desarrollo y de atención primaria de salud. Se centran en aumentar los conocimientos de las madres y familias, para que puedan afrontar la crianza de manera satisfactoria, reduciendo o minimizando los factores de riesgo del SMSL.
4. Actividades: la Organización Mundial de la Salud recomienda que en esta fase se preste atención fundamental a la participación comunitaria.

5. Ejecución: destacar la importancia de hacer partícipe a quienes vayan a desarrollar la actividad para conseguir su identificación con la misma así como su adaptación a los recursos y medios existentes.
6. Evaluación: estos tipos de programación discurren en paralelo a lo que suponga el proceso general del método hipotético-deductivo, con el análisis de la situación inicial y la formulación de objetivos e hipótesis, la intervención y su contraste o evaluación.

Organización del programa

El programa presentado como propuesta educativa de intervención enfermera para la prevención del SMSL se ha dividido en dos grandes bloques en razón del orden cronológico de intervención sobre la población a la que va dirigido:

Boque I: atención prenatal

Es el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a la promoción de un estado de salud en la mujer que le permita vivir, junto a su pareja, una experiencia gozosa de los procesos del embarazo, parto y puerperio en los que la educación para la salud es una herramienta fundamental.

Bloque II: atención postnatal

Se trata del bloque más extenso, por tratarse del momento estratégico que se nos brinda para reforzar los conocimientos, procedimientos y actitudes mostrados durante el curso del bloque anterior, y del mismo modo, porque de la correcta intervención en éste, determinará una respuesta más positiva de la madre y la familia hacia el mantenimiento de la misma

en el postparto, y en el caso de futuros partos.

Objetivos del programa

Considerando en todo momento a la mujer como primer agente de salud, por la función que casi siempre desempeña como educadora sanitaria en el núcleo familiar, hemos de entender que para el logro de nuestro objetivo general, así como de los objetivos específicos, éstos deben materializarse teniendo presente que la mujer y su familia deben conocer los componentes del embarazo sano, y las estrategias de afrontamiento exitoso de los desafíos de la crianza. La educación de los miembros de la familia debe comenzar antes del embarazo y continuar durante todo el periodo del postparto.

Objetivo general: elevar el nivel de salud de la comunidad infantil, disminuyendo la morbimortalidad derivada del problema del SMSL.

Este objetivo global y totalizador se desglosa en los siguientes puntos:

1. Facilitar al personal de salud (equipos de atención primaria) y en concreto a los profesionales de enfermería, información de fácil manejo para el desarrollo del programa de prevención del SMSL.
2. Brindar información básica a las mujeres en los primeros días del embarazo, en el parto y en el puerperio, sobre la importancia de las medidas higiénicas para minimizar los riesgos de SMSL.
3. Incrementar la captación y seguimiento de la población infantil, haciendo hincapié en los grupos de riesgo.
4. Reducir el número de lactantes con posibilidad de padecer SMSL.

Estrategias metodológicas

La captación de la mujer embarazada, y posteriormente del recién nacido, para la inclusión en nuestra propuesta educativa de prevención del SMSL, debe realizarse en el momento del diagnóstico positivo del embarazo a través del EAP que la remitirá a una primera consulta obstétrica. Todos cuantos participen en el diagnóstico del embarazo (médicos/as, enfermeros/as, farmacéuticos/as, analistas, etc.), deben informar y participar de una manera u otra en la aplicación del proyecto, ya que éste se basa fundamentalmente en una estrategia de trabajo en equipo, donde participan también de forma activa los profesionales del hospital de referencia.

Tras lo anteriormente expuesto, hemos de atender a estrategias metodológicas como la educación individualizada, que incluye cada uno de los exámenes de salud de la embarazada, en las diferentes entrevistas que se desarrollan junto a los controles periódicos, así como de los diferentes controles del niño.

De otra parte, es igualmente importante el empleo de estrategias de educación en grupo, donde se atiende a la integración, en un grupo, de los futuros o actuales padres, y las interacciones que se producen en ellos van a facilitar el proceso de aprendizaje y desarrollo personal.

Contenidos y actividades del programa

En este apartado presentamos, siguiendo la estructura anteriormente expuesta, los contenidos necesarios para poder llevar a cabo las actividades, como medio de intervención para obtener nuestro objetivo final.

Bloque I: atención prenatal

En esta primera etapa del programa es importante captar precozmente a la gestante para

incluirla en el protocolo de actuación, haciendo hincapié en grupos de educación maternal. La atención se llevará a cabo a través del programa de atención a la mujer, subprograma de atención al embarazo y educación maternal.

La captación tendrá en cuenta en primer lugar los factores de riesgo materno como son:

- Madres adictas a opiáceos, cocaína o fumadoras.
- Edad materna inferior a 20 años (a mayor edad, menor riesgo).
- Madres solteras.
- Patología durante el embarazo (posible hemorragia en el tercer trimestre, anemias, con intervalos entre los mismos y anestesia o sedaciones en el parto).
- Con pérdida fetal previa.
- Multíparas.
- Escasas visitas prenatales (Tabla I).

Bloque II: atención postnatal

Este bloque se basa en la captación temprana del recién nacido mediante visita domiciliaria puerperal (5-7 días de vida) y su inclusión en el programa de atención al niño (PAN), para su control y seguimiento. En la captación temprana del recién nacido se debe hacer hincapié en los grupos de riesgo:

- EAL (episodio aparentemente letal) antiguo nearmis o síndrome de muerte súbita abortada.
- Prematuridad de menos de 37 semanas y menos de 2.500 gramos de peso.
- Apgar de menos de 6 a los cinco minutos de vida.
- Necesidad de cuidados intensivos.
- Trastornos respiratorios neonatales.
- Displasia broncopulmonar.
- Apnea.
- Gemelaridad-gemelo de SMSL.
- Hermano de SMSL.

TABLA I.

Contenidos	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> Hábitos higiénicos durante el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> Control y seguimiento de la embarazada haciendo un reforzamiento verbal sobre la modificación de los hábitos higiénicos en todas las revisiones que se realizan en esta consulta: a las 6-8 semanas/gestación, 12/14 semanas, 18/20 semanas, 26 semanas, 30, 34/36, 38, 39 y 40 semanas de gestación. Charlas o talleres de educación para la salud sobre hábitos y estilos de vida sanos, que eviten o disminuyan factores de riesgo y mejoren la capacidad de resistencia frente al SMSL.
<ul style="list-style-type: none"> Formación entorno al SMSL 	<ul style="list-style-type: none"> Charlas orientadas con el propósito de informar a la población sobre este problema de salud, pudiéndose realizar a dos niveles, individual y colectivo, y en atención primaria de salud y atención especializada. Los grupos de educación maternal son un excelente espacio para la realización de este tipo de actividades.

- Dificultad con la ingestión de alimentos (Tabla II).

Evaluación del programa

Entendemos la evaluación del programa como un proceso dinámico de autoexploración de las proposiciones planteadas en el mismo, a partir de los resultados obtenidos tras su aplicación. Este proceso de recapitación nos permitirá emitir juicios de valor acerca del mismo para, de este modo, poder abordar las modificaciones pertinentes que nos permitan la elaboración de nuevas propuestas de acción.

La utilidad de la evaluación se establece en relación a dos aspectos fundamentales: de una parte, que los resultados se produzcan a tiempo, es decir, en el momento oportuno para que los cambios sugeridos sean pertinentes y viables y, de otra parte, que permita responder a la cuestión acerca del cumplimiento de los objetivos del programa, así como orientar acerca de qué partes o aspectos no funcionan.

Por tanto, para llevar a cabo la eva-

luación del programa de prevención del SMSL, proponemos como elementos fundamentales a tener en cuenta, de un lado, la participación de las diversas partes interesadas a lo largo del proceso evaluativo, es decir, enfermeras, matronas, médicos..., y las propias madres con sus respectivas familias y, de otro, señalar las razones por las cuales entendemos que deben utilizarse los resultados.

Realizaremos, por tanto, una evaluación formativa o, lo que es lo mismo, continua, que se desarrollará durante todo el funcionamiento del programa para así obtener información sobre éste, para mejorar los elementos que lo requieran. Se trata, en suma, de adecuar el proceso didáctico en relación al progreso del propio programa, todo ello, como señalamos anteriormente, con el fin de descubrir errores o deficiencias del proceso para proceder a su corrección y evitar fallos posteriores.

Finalmente, y tras la obtención de los resultados definitivos y análisis de los mismos, se elaborarán una serie de conclu-

TABLA II.

Contenidos	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> Hábitos higiénicos 	<ul style="list-style-type: none"> Reforzamiento verbal sobre modificación de hábitos higiénicos en los controles de salud a los quince días de vida, un mes de vida, dos meses de vida, tres meses de vida, cinco meses de vida, y seis meses de vida
Programa de monitorización-Plan de cuidados	
<ul style="list-style-type: none"> Registro de la monitorización 	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se prescribe una monitorización domiciliar la labor del enfermero/a en este control del niño sometido a monitorización se debe llevar a cabo dentro del programa de visita domiciliar al lactante, siendo nuestra propuesta la elaboración de un registro de enfermería que incluya los datos sobre:
El niño	Nombre/edad
	Fecha de nacimiento
<i>Aspectos epidemiológicos</i>	Edad gestacional
	Peso al nacimiento
	Somatometría/peso/talla/p.c./apgar al 1'. Apgar al 5'
	Reanimación: sí/no
	Grupo sanguíneo: Rh
	Nº de hermanos
	Parto: domic./hospital/único/múltiple
	Presentación: cefálica-podálica-nalgas. Cesárea
<i>Periodo neonatal y postnatal</i>	Lactancia: natural/artificial
	Ictericia
	Vacunación
	Comportamiento: tranquilo/nervioso
	Llanto
	Posición normal: decúbito superior/ decúbito prono
	Sueño. Sudoración durante el sueño
<i>Situación social</i>	Tipo de domicilio
	Nivel social: Alto/medio/bajo
	Raza
	Edad del padre y de la madre
	Profesión del padre y de la madre
Madre	Estado civil
	Nivel de instrucción
	Hábitos higiénicos
	Hábitos tóxicos habituales
	Hábitos durante el embarazo
	Tabaco: cantidad al día
	Alcohol: cantidad al día
	Antecedentes patológicos: HIV+HIV
	Otras infecciones. Control de embarazo
	Visitas prenatales
	Nº de gestaciones previas
	Antecedentes de MSL
	Abortos anteriores.
<i>Antecedentes familiares</i>	Muerte súbita infantil: sí/no
	Enfermedades congénitas
	.../...

TABLA II. Continuación

Contenidos	Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Información a los padres sobre el monitor (uso y utilización correctos) 	<p>Ofrecer a los padres información precisa sobre el uso y correcta utilización del monitor, así como de las causas por las que puede sonar la alarma</p> <p>Algunos puntos a tratar serían:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monitor NO es un soporte de vida y por tanto NO va a prevenir los efectos de la apnea o de la alteración del ritmo cardíaco • El programa de monitorización domiciliaria le permite solventar cualquier problema que pueda aparecer debido a la existencia de un equipo humano de personal especializado, equipo de salud, material y los mismos padres • El equipo de técnicos especialistas se encarga de todos los aspectos relacionados con el monitor, como la rotura del cable, mal contacto con los electrodos, accesorios, documentación... • El monitor es portátil, y por tanto permite monitorizar al lactante en cualquier lugar • Las alarmas sonarán cuando el monitor detecte: <ul style="list-style-type: none"> – Que el lactante deja de respirar, superándose el límite de apnea fijado – Que los valores del ritmo cardíaco superan los valores establecidos – Que existen problemas en el aparato <p>Hay que tener en cuenta que con frecuencia aparecen alarmas debido a mala colocación de electrodos o inadecuada conexión de los cables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza a los padres sobre la resucitación cardiorrespiratoria 	<p>Información sobre las medidas a llevar a cabo en caso de sonar la alarma del monitor. Se les informa a los padres y familiares encargados de la custodia del niño, enseñándoles:</p> <p>A. Mirar cuando suene la alarma, primero deben encender la luz y observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el bebé está despierto o dormido • Color de sus labios (pálidos, azulados, normales) • Color de su nariz (pálida, azulada o normal) <p>B. Sentir: debe apoyar la mano sobre el cuerpo de su hijo, normalmente sobre la espalda o tórax, y comprobar si está dormido</p> <p>C. Estimular si el bebé no respira o lo hace muy débilmente, se le debe mover suavemente al principio o más enérgicamente. Si no responde ¡PEDIR AYUDA!</p> <p>D. Boca a boca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el bebé todavía no respira se le debe tender sobre una superficie dura, echándole la cabeza ligeramente hacia atrás; se aplica la boca sobre la boca del bebé y se le insufla aire dos veces <p>E. Buscar el pulso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pondrán los dedos índice y medio en la parte interna de la flexura del codo <p>F. Si existe pulso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pero el bebé no respira aún, aplíquense sobre sus labios y nariz 20 respiraciones cortas y enérgicas (1 cada 3 segundos). Comprobar la respiración y volver a comenzar si es necesario <p>G. Si no existe pulso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¡Llevarlo inmediatamente al hospital!

siones categorizadas en cuatro áreas de evaluación:

- Impacto sobre los objetivos iniciales del programa.

- Impacto sobre la satisfacción de los usuarios y educadores.
- Calidad en el proceso de aplicación del programa.
- Costes del Programa.

Por tanto, tal y como se dijo al inicio de este apartado, las conclusiones obtenidas nos permitirán elaborar las modificaciones pertinentes dirigidas a la mejora de la calidad total del Programa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez G, Górriz J. Tasas de mortalidad infantil, postnatal y por el síndrome de muerte súbita del lactante en países europeos. En: Camarasa Piquer F (ed). Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante. Libro Blanco. Madrid. Ergon; 1996. p. 13.
2. Gómez García CI, López Martínez D. Asociaciones para luchar contra la muerte súbita del lactante. Revista de Enfermería ROL 2002; 25(5):39-41.
3. Gómez García C, Pina Roche ME, Martínez Roche ME. Aportación de la enfermería ante el síndrome de la muerte súbita del lactante. En ob. cit. 1996:163-174.
4. Mazarras-Alvear L, et al. Salud pública y enfermería comunitaria. Vol. I. Interamericana-McGraw/Hill; 1996. p. 391.
5. Citado en, Mazarrasa Alvear L, opus cit.
4. Anales Nestlé. Muerte Súbita del Lactante. Vol. 50, nº 22.
5. Burroughs. Enfermería Materno-infantil. 6ª edición. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1994.
6. Camarasa Piquer F (Coord). Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante. Libro Blanco. Madrid: Ergon; 1996.
7. Camarasa Piquer F. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante. Temas de Pediatría 2000;7:10-11.
8. Centro Nacional de Recursos para el SMSL. Departamento de Salud y Desarrollo Humano. Instituto Público de Salud. Sudden Infant Death syndrome (SIDS): A report on current Knowledge ad research recommendations. EE.UU., 1989.
9. Curlwy Martha AQ. Critical care nursing of infants and children. United States of America: WB Saunders Company; 1976.
10. Dead G, et al. Recommendations for interventions to reduce the Back- White Infant Mortality Gap. Georgia:Departament of Human Resources, Division of Public Health, Family Health Branch; 1995.
11. Díaz Gómez NM. Atención integral de enfermería en el niño y el adolescente. Madrid; 1994.
12. García Calvente MM. Evaluación de programas Salud Materno-Infantil Andalucía 1984-1994. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
13. Gómez García CI. Muerte súbita del lactante. Apuntes de Enfermería nº 21. Revista de Enfermería de la Infancia y Humanidades, 1994; nº 23.
14. Gómez García MC. Enfermería pediátrica. Barcelona. Masson, 1995.
15. Gómez García CI, López Martínez D. Asociaciones para luchar contra la muerte súbita del lactante. Revista de Enfermería ROL 2002; 25(5).
16. Gómez J. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante. En: Díaz Gómez NM. Cuidados de enfermería pediátrica. Madrid:Editorial Síntesis; 1994.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Abanades JC, Lleras S. Evaluación de los programas de salud. En: Organización del equipo de Atención Primaria. Madrid. Instituto Nacional de Salud; 1990.
2. Abarca Ponce MP. (Coord.). La evaluación de programas educativos. Madrid: Escuela Española; 1989.
3. Alvira F. Metodología de la evaluación de programas. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas; 1991.

17. Marquet R. La calidad de Atención Primaria de salud: nuevas perspectivas. Formación médica continuada. *Atención Primaria* 1994;1(1):7-18.
18. Mazarras-Alvear L et al. Salud pública y enfermería comunitaria. Vol. I, Interamericana-McGraw/Hill; 1996.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cambios en el ejercicio de la Enfermería. *Enfermería en acción*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993. p. 35-52.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en Atención Primaria de salud. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984.
21. Morón Marchena JA. Educación para la salud; Fundamentos y Metodología. Sevilla: Excm. Ayuntamiento de Dos Hermanas; 1998.
22. O.M.S. Hacia un futuro mejor, salud de la madre y el niño. Ginebra: O.M.S. Serie Informes Técnicos; 1981.
23. Salleras L. La investigación epidemiológica en la evaluación de los programas de salud. *Atención Primaria*, 1988; 5 (3).
24. San Martín H, et al. *Salud Comunitaria. Teoría y Práctica*. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
25. Sarlet AM, García A, Belando M. *Educación para la salud: Una perspectiva antropológica*. Valencia: Nau Llibres; 1996.
26. Waechter Eugenia H. *Enfermería Pediátrica*. 10ª edición. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.