

**Evaluar nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en personal de enfermería. Policlínica 2 “Ángel Ortiz Vázquez” .Manzanillo.**

**To evaluate level of knowledge about palliative cares in nursing personnel of the policlinic 2 "Ángel Ortiz Vázquez" .Manzanillo.**

**Autores:**

**Lic. Enf. Ileana León León. [gissegui@infomed.sld.cu](mailto:gissegui@infomed.sld.cu)**

**Lic. Enf. Niurka Rodríguez López.**

**Lic. Enf. Blanca Rosa Pérez Romero.**

**Lic. Enf. Ana María Santana Paneque.**

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Docente."Celia Sánchez Manduley".  
Granma

Pais: Cuba.

Email:[gissegui@infomed.sld.cu](mailto:gissegui@infomed.sld.cu)

Telefono:23 57-32-06

## **RESUMEN**

**Introducción:** La atención al enfermo terminal y aplicación de cuidados en el "proceso de morir", son uno de los aspectos más complicados y difíciles con los que se encuentran la familia y profesionales de la salud, en específico los de enfermería por su atención directa e individualizada.

**Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos sobre buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos

**Métodos:** Se realizó intervención educativa en un grupo de enfermeras de la policlínica No 2 “Ángel Ortiz Vázquez”, en el periodo de mayo 2015 – junio del 2016. El universo-muestra estuvo constituido por la totalidad de enfermeras (50) ubicadas en los consultorios médicos de familia que poseían pacientes con enfermedades en estadio terminal al iniciarse el estudio. Estuvo diseñado en tres etapas: de Diagnóstico, intervención y evaluación.

**Resultados:** Los profesionales tenían conocimientos no adecuados sobre los cuidados paliativos, las bases terapéuticas e instrumento básico para mejorar la calidad de vida y el confort, así como de actividades a desarrollar con estos pacientes y su familia, resultados que se modificaron de un modo adecuado una vez concluida la intervención.

**Conclusiones:** Una adecuada actuación del profesional de enfermería en sus buenas prácticas ante un enfermo tributario a cuidados paliativos no solamente debe considerarse como un recurso habitual de los programas de salud, sino como una experiencia que ha de promover una atención digna y humanitaria a personas y familias en esta realidad difícil y en tanto dure la misma.

**Palabras clave:** cuidados paliativos; buenas prácticas; enfermo terminal.

## **Abstract**

**Introduction:** The attention to the terminally ill patient and application of cares in the process to die, music one of the most complicated and difficult aspects the family and health-care professionals meet with, in I specify give them infirmary for his direct and individualized attention.

**Objective:** To evaluate the level of knowledge on good nursing practices in patient tributary of palliatives cares

**Methods.** An educational intervention was carried out in a group of nurses belonging to the policlinic #2'' Ángel Ortiz Vázquez'', in the period of May 2015 - June 2016. The universe-sample was constituted by all the nurses (50) located in the community doctors' clinics having patients with illnesses in terminal phase at beginning the study.

**Results:** In our study, the professionals had not appropriate knowledge about the palliative cares, the therapeutic bases and basic instrument to better the quality of life and the comfort, as well as the activities to develop with these patients and their family, results that were modified in an appropriate way once concluded the intervention.

**Conclusion:** an appropriate performance of the nursing professionals in their good practices before a sick person that is tributary to palliatives cares should be considered not only as a habitual resource of the programs of health, but like an experience that must promote a worthy and humanitarian attention to people and families in this difficult reality and as long as it lasts.

**Key Words:** palliative cares; good practices; terminal sick.

## **Introducción**

Los avances tecnológicos en el sector salud han aportado y seguirán aportando enormes beneficios a la humanidad, al lograr tratamientos específicos a enfermedades crónicas lo que permite así un aumento significativo de la supervivencia y la calidad de vida de estos enfermos; pero también han convertido a la muerte en un hecho que ocurre en las camas de nuestros hospitales, con el paciente apartado de su familia, envuelto en tubos y máquinas. En muchas ocasiones la muerte se hace tecnológica, intervenida, controlada, despersonalizada; no se le pregunta al paciente o familia dónde y cómo morir, negándosele el protagonismo de su propia muerte y el derecho elemental de una muerte natural, digna y tranquila, lo que puede considerarse por algunos como una mala muerte.<sup>2</sup> En contra de esto se preconiza la muerte en casa, la muerte íntima, como alternativa de calidad a la muerte hospitalaria o tecnológica.<sup>2,3</sup> La atención al enfermo terminal y la aplicación de cuidados en el "proceso de morir", son uno de los aspectos más complicados y difíciles con los que se encuentran la familia y los profesionales de la salud, en específico los de enfermería por su atención más directa e individualizada con estos pacientes fase terminal. De ello se encargan los cuidados paliativos, a los que dice la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades.<sup>4-6</sup>

El enfoque moderno de Cuidados Paliativos tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento de "hospicios" en el Reino Unido; ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países.<sup>6</sup> Si bien el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad, los cuidados paliativos multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben son bastantes recientes. Podríamos decir que el marco conceptual en que parece situar a los cuidados paliativos se aproxima mucho a las concepciones más avanzadas de lo que son los cuidados de enfermería. Estos se centran en la persona y no en su enfermedad; tienen en cuenta como vive la persona su situación de salud, cuál es su respuesta a la misma y se plantean como puede ayudar al individuo a afrontar sus vivencias de modo que alcance el máximo nivel de bienestar posible y siempre bajo la premisa de

una atención integral. La atención específica activa e integral consiste en cuidar al enfermo y a su familia.<sup>8-10</sup>

Si tomamos en cuenta que la Atención Primaria de Salud (APS) es el primer eslabón de contacto con el individuo enfermo y donde estas personas reciben atención médica y de enfermería especializada<sup>11</sup> además de su atención domiciliaria, y siendo las enfermedades crónicas en estadio terminal las que hoy necesita de adecuados cuidados paliativos<sup>12</sup> y aún se demuestra que existe dificultad para brindar el mismo, por la falta de conocimientos de los familiares de la necesidad y ventajas de dicho cuidados; cabe preguntarse:

¿Por qué es tan importante el conocimiento de buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios a cuidados paliativos?

Esta interrogante y otras nos motivaron a realizar esta investigación con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre las buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos.

## **Métodos**

Se realizó una intervención educativa en un grupo de enfermeras pertenecientes al policlínico docente # 2 “Ángel Ortiz Vázquez” del municipio manzanillo, en el periodo de mayo 2015 hasta junio 2016.

El universo estará formado por el total de 230 enfermeras cuya muestra estará constituida por la totalidad de enfermeras (50) ubicadas en los consultorios médicos de familia que poseen pacientes con enfermedades en estadio terminal al iniciarse el estudio.

El diseño de la investigación se ejecutó teniendo presente los principios de Moriyama, para la validación de los instrumentos aplicados, lo cual garantizará el control de sesgo y la factibilidad de los resultados.

Dichos principios antes mencionados se nombran a continuación:

- I. Instrumentos razonables y comprensibles.
- II. Sensible a variación.
- III. Con suposiciones básicas justificables.
- IV. Con componentes claramente definidos.
- V. Derivable de datos factibles de obtener.

En el estudio se tuvo presente los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

-Voluntariedad.

-Permanencia en el área durante el tiempo que dure la investigación.

Criterios de exclusión:

-No voluntariedad.

-ausencia en el área durante el tiempo que dure la investigación.

Previa coordinación con la dirección del área de salud, seleccionamos nuestro universo-muestra para solicitarles el consentimiento informado (anexo 1), previo a su inclusión en el estudio, además se articularon las necesidades sociales, científicas, legales, éticas y bioéticas para brindar una atención humanista y de responsabilidad legal.

El estudio estuvo diseñado en tres momentos o etapas:

**1. Etapa de Diagnóstico.**

En esta etapa se le aplicó una encuesta (anexo 2) al personal de enfermería para identificar el nivel de conocimiento sobre los cuidados que emplean en sus pacientes y familiares.

Para la evaluación el conocimiento general sobre las buenas prácticas de los cuidados paliativos, nos trazamos algunos criterios de evaluación (anexo 3).

**2. Etapa de intervención.**

Obtenidos los resultados de la encuesta inicial, se dividió el grupo de estudio en 2 subgrupos para facilitar la aplicación del programa educativo sobre las buenas prácticas de enfermería en cuidados paliativos (Anexo 4) que constó de 6 semanas de duración, con una frecuencia semanal y una hora y treinta minutos por cada sesión. Se utilizaron diferentes técnicas participativas. Una vez concluida la capacitación, se esperó un plazo de 6 semanas más para constar la puesta en práctica de lo aprendido en el curso.

El programa educativo estuvo formado por los temas siguientes: o Generalidades sobre los cuidados paliativos o Enfermo Terminal y cuidados paliativos en la comunidad o Fundamentos establecidos para brindar los cuidados paliativos o Comunicación con el paciente y la familia o Integración enfermero - paciente \_ familia o Cuidados en la agonía y la muerte.

**3.- Etapa de evaluación:**Concluido el programa de intervención se aplicó nuevamente la encuesta inicial para observar y comparar los resultados.

**Resultados.**

**Tabla 1:** Conocimiento sobre la definición enfermo terminal policlínico docente No. 2 “Ángel Ortiz Vázquez” junio 2015-mayo 2016

| Criterio    | Antes |     | Después |     |
|-------------|-------|-----|---------|-----|
|             | #     | %   | #       | %   |
| Adecuado    | 11    | 22  | 50      | 100 |
| No adecuado | 39    | 78  |         |     |
|             | 50    | 100 | 50      | 100 |

En la tabla 1, podemos observar el conocimiento de los evaluados antes y después del estudio sobre la definición de enfermo terminal; es notable observar que solo 11 enfermeros conocían el significado de este término al iniciar el estudio, luego de aplicada la intervención se elevó a un 100%.

**Tabla 2:** Conocimiento sobre la definición de cuidados paliativos policlínico docente No 2 “Ángel Ortiz Vázquez” junio 2015-mayo 2016

| Criterio     | Antes |    | Después |     |
|--------------|-------|----|---------|-----|
|              | #     | %  | #       | %   |
| -Adecuado    | 6     | 12 | 50      | 100 |
| -No adecuado | 44    | 88 | —       |     |

La definición de cuidados paliativos (tabla 2) resulto ser para la muestra de estudio una definición un tanto desconocida pues al realizar la exploración de sus conocimientos antes de la intervención el 88 % no conocía este, posteriormente logramos que el 100 % pudieran definir de forma adecuada los cuidados paliativos

**Tabla 3:** Conocimiento sobre las necesidades básicas para mejorar la calidad de vida en el enfermo terminal policlínico docente No 2 “Ángel Ortiz Vázquez” junio 2015-mayo 2016

| Criterio     | Antes |     | Después |     |
|--------------|-------|-----|---------|-----|
|              | #     | %   | #       | %   |
| -Adecuado    | 6     | 12  | 46      | 92  |
| -No adecuado | 44    | 88  | 4       | 8   |
| Total.       | 50    | 100 | 50      | 100 |

Al valorar la tabla 3, donde se muestra el conocimiento de las sobre las necesidades básicas para mejorar la calidad de vida en el enfermo terminal, no tenían los conocimientos suficientes 44 de las enfermeros del estudio; una

vez concluida la intervención el 92% de las mismas respondieron adecuadamente.

**Tabla 4:** Conocimiento sobre las acciones del equipo básico de salud en el enfermo terminal policlínico docente No 2 “Ángel Ortiz Vázquez” junio 2015- mayo 2016

| Criterio     | Antes |     | Despuès |     |
|--------------|-------|-----|---------|-----|
|              | #     | %   | #       | %   |
| -Adecuado    | 10    | 20  | 50      | 100 |
| -No adecuado | 40    | 80  |         |     |
| Total.       | 50    | 100 | 50      | 100 |

Notamos lo mismo al analizar el conocimiento de los instrumentos básicos para mejorar la calidad de vida y el confort (tabla 4) donde se evidenció que el 80% no identifico adecuadamente estos instrumentos, hecho que se modificó posteriormente y se obtuvo un conocimiento adecuado del 100%.

**Tabla 5:** Conocimiento sobre las actividades a desarrollar con el paciente y la familia policlínico docente No 2 “Ángel Ortiz Vázquez” junio 2015-mayo 2016

| Criterio     | Antes |     | Despuès |     |
|--------------|-------|-----|---------|-----|
|              | #     | %   | #       | %   |
| -Adecuado    | 20    | 40  | 50      | 100 |
| -No adecuado | 30    | 60  |         |     |
| Total.       | 50    | 100 | 50      | 100 |

En el conocimiento de las actividades a desarrollar con el paciente y la familia (tabla 5) el 60% tenían conocimientos inadecuados, al terminar la intervención el 100% pudo identificar adecuadamente cuales eran estas actividades a desarrollar.

**Tabla #6:** Conocimiento general de enfermería sobre las buenas prácticas de los cuidados paliativos policlínico docente No 2 “Ángel Ortiz Vázquez” junio 2015-mayo 2016

| Criterio     | Antes |     | Despuès |     |
|--------------|-------|-----|---------|-----|
|              | #     | %   | #       | %   |
| Adecuado     | 20    | 40  | 46      | 92  |
| -No adecuado | 30    | 60  | 4       | 8   |
| Total.       | 50    | 100 | 50      | 100 |

Concluida la intervención se observó que el conocimiento general de enfermería sobre las buenas prácticas de los cuidados paliativos (tabla 6) al iniciar el estudio fue evaluado como inadecuado en el 60% de las enfermeras hecho que se modificó de forma adecuada en un 92% de los profesionales de enfermería mediante la aplicación del programa educativo.

## **Discusión**

Para enfermería la existencia de un enfermo terminal es un reto, aun no siendo esta situación de salud algo nuevo en su actuación profesional, pues siempre, estos pacientes y su familia, pondrán a prueba su nivel de competencia y desempeño profesional con situaciones que irán presentándose a medida que se transita por el proceso de llegada de la muerte del enfermo.

Es necesario señalar que el enfermero, que presta atención a una población, en un espacio de tiempo y lugar geográfico delimitado, es responsable de las personas que requieran de cuidados de enfermería y que al proporcionarlos ha de respetar los valores, costumbres y creencias religiosas de sus sujetos, considerando de ellos confidencial la información personal obtenida, y al darla a conocer al equipo de salud lo hará en forma juiciosa.

Todo esto permite decir que por encima de la creatividad con que el profesional de enfermería logre resolver las problemáticas o necesidades de sus pacientes y familiares, sus soluciones han de ser sobre la base de los principios científicos que sustentan el ejercicio de su profesión, y para ello han de contar con una formación teórica continuada, para la adecuada y necesaria aplicación de dichos principios.

La tradición de los cuidados paliativos es bastante reciente en nuestro país. Normalmente los enfermos que se encuentran en fase terminal permanecen en sus casas y una pequeña parte permanece ingresada durante toda esta fase en centros de hospitalización con unidades que prestan este tipo de servicio.<sup>13</sup>

No obstante, la permanencia de estos pacientes en su domicilio tiene grandes ventajas: al permitirles mantener su rol social y familiar, su intimidad, disponer de su tiempo y mantener el control sobre como lo distribuye, además de resultarle de mayor comodidad al estar en un entorno conocido y de tener oportunidad de finalizar sus asuntos pendientes y despedirse.<sup>14</sup>

Procurar la calidad de vida en la fase final de la existencia es, sin duda el objetivo de los cuidados paliativos en cualquiera de los niveles de atención salud en que estos se brinden.<sup>3</sup> La calidad de vida hay que verla como la característica que hace deseable y aceptable la vida cuando se transita por esta etapa por lo cual no puede imponerse desde fuera.

Debemos asumir que las acciones a desarrollar por el enfermero en estas situaciones de salud, no pueden comprenderse como una actividad aislada, y entender que las personas son las máximas responsables de su salud. El profesional de enfermería ha de favorecer el autocuidado y la participación del enfermo y familiares en la toma de decisiones sobre su asistencia, y, el eje de su trabajo o actividades, han de proporcionar cuidados que satisfagan las necesidades de estos.

Es preciso señalar que con el andar del tiempo, se han incrementado en nuestro sistema de salud las necesidades de un profesional capaz de aprovechar todas las oportunidades que se les presenten para ampliar sus conocimientos; de un enfermero responsable de la práctica profesional y motivado por actualizar los contenidos de su enseñanza, adecuándolos a las nuevas exigencias de salud de la población a la cual presta asistencia.

Podemos concluir que una adecuada actuación del profesional de enfermería en sus buenas prácticas ante un enfermo que es tributario a cuidados paliativos no solamente debe considerarse como un recurso habitual de los programas de salud, sino como una experiencia que ha de promover una atención digna y humanitaria a personas y familias en esta realidad difícil y en tanto que dure la misma.

### **Conclusiones.**

Una mejor preparación en su desempeño como profesionales.

Capacidades y habilidades sobre cuidados paliativos en las diferentes afecciones

Mejor calidad en la atención de enfermería brindada a estos pacientes

Realización de un diplomado sobre cuidados paliativos a pacientes con afecciones oncológicas.

Incremento de las investigaciones con estas temáticas orientadas en el diplomado.

Nivel de satisfacción de pacientes y familiares con la atención brindada.

## Referencias bibliográficas

1. ↑ Moya de Madrigal, Ligia (1989). Introducción a la estadística de la salud: Curso básico para estudiantes de ciencias de la salud. Editorial Universidad de Costa Rica. pp. 23. ISBN 9977670498.
2. ↑ Olson, James Stuart (1989). The history of cancer: an annotated bibliography. ABC-CLIO. pp. 235. ISBN 0313258899.
3. ↑ 30.030.130.230.3 Hanspeter Witschi (2001). A Short History of Lung Cancer (artículo completo disponible en inglés). *Toxicological Sciences* 64, pág 4-6. Último acceso 22 de julio de 2010.
4. ↑ Hansen, H.H. (2003). «Historia cronológica del tratamiento del cáncer de pulmón de célula pequeña» (en español). *Revisiones en cáncer* 17(3): pp. 125-130. Consultado el 28 de marzo de 2010.
5. ↑ Instituto superiore di sanità (Italia) (2004) (en español). El ambiente y la salud: epidemiología ambiental. Editorial Abya Yala. pp. 18. ISBN 9978224742.
6. ↑ Senra Varela, Avellino (2005) (en español). Comentarios hipocráticos sobre cultura y saber médico. Ediciones Díaz de Santos. pp. 119. ISBN 8479786655.
7. ↑ "Horn, L; Johnson DH (July 2008). «Evarts A. Graham and the first pneumonectomy for lung cancer». *Journal of Clinical Oncology* 26(19): pp. 3268–3275. doi:10.1200/JCO.2008.16.8260. PMID18591561.
8. ↑ 36.036.136.236.336.436.5 Travis, WD; Travis LB, Devesa SS (January 1995). «Lung cancer». *Cancer* 75(Suppl. 1): pp. 191–202. PMID8000996.
9. ↑ 43.043.1 Netter, Frank H.; Buja, Maximilian; Krueger, Gerhard (2006). «Tumores pulmonares y pleurales». *Anatomía patológica*. Elsevier. ISBN 9788445815632.
10. ↑ Travis WD, Travis LB, De Vesa SS. Lung Cancer. *Cancer* 1995; 75:191-202. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8000996> PMID: 8000996] con Erratum publicado en *Cancer* 1995 Jun 15;75(12):2979.
11. ↑ Subramanian, J; Govindan R (February 2007). «Lung cancer in never smokers: a review». *Journal of Clinical Oncology* (American Society of Clinical Oncology) 25(5): pp. 561–570. PMID17290066.

12. ↑Raz, DJ; He B, Rosell R, Jablons DM (March 2006). «Bronchioloalveolar carcinoma: a review». *Clinical Lung Cancer* (Cancer Information Group) 7(5): pp. 313–32
13. ↑ [48.048.1 \[MedlinePlus\]](#) (agosto de 2009). «Cáncer pulmonar de células pequeñas» (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 4 de julio de 2010.
14. ↑Collins, LG; Haines C, Perkel R, Enck RE (January 2007). «Lung cancer: diagnosis and management». *American Family Physician* (American Academy of Family Physicians) 75(1): pp. 56–63. [PMID17225705](#).
15. Colectivo de autores. “Enfermería en Salud Mental y Comunitaria”, edic Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana. 2008
16. Brunner Suddanth. “Enfermería Medico Quirúrgica”: VIII Edic, Vol. II. U, México; Interamericana MCGRAW –Hill-1998.
17. Colectivo de autores. “Psiquiatría en Enfermería”: Texto provisional para alumnos de Enfermería de nivel medio. Edit. Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana. 2002.
18. Núñez de Villavicencio F. “Sicología Médica”: Edit. Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana. 2002.
19. Programa Nacional de Prevención en la Especialidad de Psiquiatría. MINSAP (Conducta Suicida, Alcoholismo y las Conductas Adictivas, Deambulantes, Salud Mental del niño y adolescente, Adulto Mayor, la Psicogeriatría).
20. Mejías F, Serrano M D. “Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental”: 1 era Edic. Universidad Autónoma de Barcelona. Editorial DATE, FUDEN. España, 2000.
21. Colectivo de autores. “Farmacología”: Editorial Ciencias medicas .Ciudad habana 2001, p78-87.
22. Rojas Rodríguez M S. “Atención de enfermería a apcientes con afecciones psiquiátricas”: Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2007.
23. Barrientos G.; Castro López H. Tendencias Actuales en Psiquiatría. Experiencia Cubana. 1989.
24. Iyer P.: “Proceso y Diagnostico de Enfermería”. México. Internacional. MC GRAW-HILL. 1998.

25. Barrientos G, Hernández T, Acosta L, León M, González J: "Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria de Salud" (Video Científico). C Hab. Centro de Promoción y Educación para la salud, Grupo Nacional de Psiquiatría. 1996
26. González R: "Clínica y Terapéutica de las Adicciones para el Médico General Integral". Habana, 1998.
27. González Menéndez R: "Atención a las Adicciones en la Comunidad". MINSAP. Comisión Nacional de Salud Mental. C Habana. Cuba 20 de Agosto 2002(Folleto).
28. FentonTait, María; León Román, Carlos... (y otros). Temas de Enfermería Médico Quirúrgica (primera parte). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
29. FentonTait, María; Moret Montano; Armando... (Y otros). Temas de Enfermería Médico Quirúrgica (segunda parte). La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2006.
30. FentonTait, María; Armenteros Borrell, Mercedes... (y otros). Temas de Enfermería Médico Quirúrgica (tercera parte). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
31. Alfonso Menéndez, Daniel; Von Smith Smith, Varon; Ramírez Márquez, Abelardo; Ortega Ana. Ética y Deontología Médica. MINSAP. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987.
32. Álvarez Sintés, R. Temas de Medicina General Integral. Tomo I y II. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001.
33. Amaro Cano, María del Carmen. Problemas éticos y bioéticos en enfermería. La Habana: ECIMED; 2005.
34. Bello Fernández, Nilda Lucrecia... (y otros). Fundamentos de Enfermería. Tomo I. La Habana: ECIMED; 2007.
35. Bello Fernández, Nilda Lucrecia... (y otros). Fundamentos de Enfermería. Tomo II. La Habana: ECIMED; 2007.
36. Cervantes, Jorge; Patino, José Félix. Cirugía Laparoscópica y Toracoscópica. MC. Graw-Hill Interamericana. Editores S.A de C.V., México; 1997.
37. Cueto García, Jorge; Weber Sánchez, A. Cirugía Laparoscópica. Segunda Edición. Mc. Graw-Hill Interamericana. Editores S.A de C.V., México; 1997

38. Díaz Álvarez, Tomás A. Acupuntura. Medicina Tradicional Asiática. La Habana: Editorial Capitán San Luis; 1992.
39. Díaz Álvarez, Tomás A. Manual de Acupuntura. La Habana: ECIMED; 1992.
40. García Gutiérrez, Alejandro; Pedro Gómez, Gilberto... (y otros). Cirugía. Selección de temas. La Habana: ECIMED; 2003.
41. González Menéndez, Ricardo. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. La Habana: Editorial Política; 2006.
42. González Menéndez, Ricardo. Prevenir, detectar y vencer las adicciones. La Habana: Editorial Política; 2006.
43. Iyer, P. W., Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ra edición, McGraw-Hill Interamericana S.A., México; 1985.
44. Llanio Navarro Raimundo; Perdomo González, Gabriel y coautores. Propedéutica clínica y semiología médica. Tomo I y II. La Habana: ECIMED; 2005.
45. M. Sana, J.; D. Judge; Richard. Métodos para el Examen Físico en la Práctica de Enfermería. Edición Revolucionaria; 1989.
46. MatamarraPeñate; Miguel; Llanio Navarro, Raimundo; Muñíz Iglesias, Pedro; Quintana Setién, Carlos; Hernández Zúñiga, Rubén; Vicente Peña, Ernesto... (y otros). Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2006.
47. Medina Núñez, Zulema. Acciones independientes de Enfermería. La Habana: ECIMED; 2006.
48. Pargas Torres, Feridia. Enfermería en la Medicina Tradicional y Natural. La Habana: ECIMED; 2005.
49. Prieto Ramos, Orlando; Vega García, Enrique. Temas de Gerontología. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de La Habana; 1996.
50. Trujillo. Becerra. Rivas. Visión gerontológica-geriátrica. MacGraw-Hill Interamericana S.A. México; 2007.
51. Psicología y Salud. Núñez de Villavicencio. Edit. ECIMED. La Habana. 2001
52. Manual para la intervención en la Salud Familiar. Disponible en la sección de libros electrónicos de Infomed <http://bvs.sld.cu/libros/manual/indice.html>