

ARTICULO

El método clínico en Geriatria.

The clinical method in Geriatrics.

Dr. C Ángel Julio Romero Cabrera, ⁽¹⁾ Dr. C Alfredo Darío Espinosa Brito. ⁽²⁾

⁽¹⁾ Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Geriatria y Gerontología. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ⁽²⁾ Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Investigador Titular. Académico Titular. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

⁽¹⁾ PhD. In Medical Sciences. Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Terminal Professional Degree in Geriatrics and Gerontology. Full Professor. Research Supervisor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos. ⁽²⁾ PhD. In Medical Sciences. Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Full Professor. Tenured Researcher. Scholar. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional y las características distintivas de los adultos mayores imponen una aplicación peculiar del método clínico. La evaluación geriátrica constituye la piedra angular para la atención de los adultos mayores como forma de utilizar el método clínico en una dimensión integral al tener en cuenta los problemas especiales de salud de estas personas. En este artículo se abordan los matices particulares que caracterizan al método clínico en sus pasos cuando se utiliza en la asistencia a las personas mayores.

Palabras clave: Diagnóstico clínico; medios críticos; medicina clínica; geriatría; anciano; salud del adulto; servicios de salud para ancianos

ABSTRACT

Population aging and the distinctive characteristics of elderly require a particular implementation of the clinical method. Taking into account the special health problems of elderly, the geriatric evaluation is the cornerstone for the medical attention of these patients in the implementation of a global dimension of the clinical method. This article addresses the particular features of

the clinical method and the steps to be followed when assisting the elderly.

Key words: Diagnosis clinical; critical pathways; clinical medicine; geriatrics; aged; adult health; health services for the aged

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico ya no es un fantasma que nos acecha, es una bomba que ha explotado y se ha hecho realidad con sus números abrumadores y su imponente carga a los servicios sociales y de salud. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional creciente se cuentan entre los factores que hacen hoy que el marco de la práctica clínica a nivel mundial sea diferente al de hace solo 20 años ^(1, 2). Baste decir que un médico que se gradúe hoy invertirá un 60 % de su tiempo en la atención a los adultos mayores que acudan a su consultorio ⁽³⁾ y, en los hospitales, cualquier especialidad clínica – médica o quirúrgica – asiste actualmente a una proporción altísima de pacientes ancianos ^(3, 4). Resulta, por tanto, paradójico que los programas de estudios de las carreras médicas y de ciencias de la salud contengan muy pocos temas

Correspondencia:

Dr. C Ángel Julio Romero Cabrera

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Ave 5 de Septiembre Esq. 51 A, Cienfuegos, CP: 55100

Dirección electrónica: jromero@gal.sld.cu

relacionados con los problemas socio sanitarios de los adultos mayores.

El adulto mayor es un paciente especial. A diferencia de los pacientes pediátricos de corta edad, ningún anciano se parece a otro, constituyen un grupo heterogéneo de personas con características distintivas biomédicas, psicológicas, sociales, económicas, culturales, espirituales (y hasta ambientales o del entorno) que ratifican una vez más la validez de la frase "se envejece según se ha vivido".

El método clínico es, según hemos aprendido y practicado, la vía o estrategia general que conduce al médico para desarrollar el arte clínico y es la expresión del método científico aplicado a la atención de una persona, sana o enferma ^(5, 6). Entiéndase por atención la identificación de los problemas de salud (diagnóstico) y la toma de decisiones para su solución (tratamiento) ⁽⁷⁾.

Como estrategia general, camino o guía, los pasos del método clínico son invariables. La omisión o perversión de alguno de ellos conduce a errores en la práctica médica que han contribuido en la época actual a la llamada "crisis del método clínico", donde el deslumbramiento por la tecnología induce al médico a abandonar sus atributos esenciales que Hipócrates magistralmente señalaba como....."aprender a valerse de sus sentidos e intelecto, a escuchar, a ver, oler, palpar y discurrir, sin olvidarse que es la asidua y buena práctica la que hace del aprendiz un experto" ⁽⁸⁾.

Los pasos, en concreto, del método clínico son: Formulación del problema (identificación de la queja principal por la que acude el paciente a través del interrogatorio), búsqueda de información lo más completa posible (interrogatorio y examen físico), Formulación de hipótesis diagnósticas (discusión diagnóstica), contrastación y comprobación de estas hipótesis (exámenes complementarios, evolución del enfermo) y toma de decisiones (conducta a seguir, incluyendo el pronóstico y la terapéutica).

Está claro que si el adulto mayor es una persona con características que la distinguen de los grupos de adultos jóvenes, la aplicación del método clínico en sus diferentes pasos debe tener sus matices o peculiaridades.

Dos propósitos nos inducen a escribir este artículo: el resaltar la necesidad de evaluar de forma integral a los adultos mayores – lo que no hacen generalmente los médicos jóvenes por desconocimiento – y el de reconocer las particularidades del método clínico en su aplicación a los pacientes de edad geriátrica.

LA EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

El objetivo de la asistencia al adulto mayor está centrado en una atención integral y continuada de su salud que va desde la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, con el propósito universal de mejorar su calidad de vida, término que, en el caso de las personas mayores, está íntimamente relacionado

con su capacidad funcional ⁽⁹⁾.

La salud en los ancianos no puede medirse sólo por la presencia o ausencia de enfermedades. También es necesario valorar el grado de capacidad funcional. De ahí que la independencia y la autonomía para las actividades de la vida diaria son los aspectos principales de la salud del adulto mayor ^(10, 11).

La práctica geriátrica no debe ser subespecializada ni dividida en fragmentos. Es un sistema exhaustivo del cuidado de pacientes ancianos, que incluye los principios de la medicina del adulto, y los acomoda a los cambios asociados al envejecimiento, usando una estrategia multidisciplinaria general ⁽¹²⁾.

Las metas principales de la asistencia médico social a los adultos mayores difieren de las que habitualmente nos trazamos al atender a pacientes de otras edades: en los ancianos, en la mayoría de las ocasiones, es más importante cuidar que curar, aunque esto último, por difícil que sea, siempre hay que intentarlo procurando respetar el principio ético de "primero no hacer daño", valorando bien que los riesgos no sobrepasen los beneficios. Como ya señalábamos es muy importante mantener, mejorar o rescatar la función, aspecto indispensable en la calidad de vida de las personas mayores. Y, por último, cuando no es posible curar, es imprescindible aliviar, principio esencial de los cuidados al final de la vida ^(13, 14).

El método que constituye la piedra angular para lograr estos objetivos es la evaluación geriátrica, que consiste en aplicar el método clínico en su dimensión más integral, a los problemas especiales de salud de los adultos mayores ^(15, 16).

La evaluación geriátrica integral es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, mental, social y funcional para elaborar, basada en ellos, una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida ^(17, 18).

Según este concepto parece quedar claro que para hacer un diagnóstico integral de los problemas de salud del anciano, y con ello establecer un plan de cuidados coherente y eficaz, es necesario ir más allá de considerar los aspectos clínicos o biomédicos – donde evidentemente se aplica el método clínico – sino que hay que "cargarle la mano" a los aspectos mentales, sociales y funcionales que repercuten y muchas veces son detonantes de las alteraciones clínicas que presentan estos pacientes. La historia clínica tradicional que todos aprendemos en nuestra carrera, si bien contempla estos aspectos, no los profundiza y pueden quedar sin descubrir si no inquirimos en ellos de manera intencional, lo que constituye el iceberg de problemas ocultos de los ancianos ⁽¹⁹⁾. Sumergidos en este iceberg suelen quedar grandes síndromes geriátricos como la

fragilidad, la inmovilidad, las caídas, la incontinencia urinaria, el deterioro cognitivo y los déficit visuales y auditivos, entre otros, a los que se presta poca atención y son considerados erróneamente como "problemas del envejecimiento".

Por otra parte, según el Profesor Fernando Perlado, valorar significa comprender y lo que hay que comprender es lo que significa la vejez para el individuo, conocer la patología de la vejez, la psicología de la persona mayor y el entorno vital en el que se mueven los ancianos. Valorar es un asunto personal en el que se pone a prueba la preparación del médico, porque tiene que interpretar los diferentes matices de la situación y apreciar el conjunto, sabiendo que el conjunto no es la suma de las partes ⁽²⁰⁾. Por otra parte, una tendencia que no consideramos adecuada es la utilización de múltiples escalas que han sido diseñadas como instrumentos de ayuda para evaluar las funciones, pues estas no sustituyen la anamnesis detallada y el examen físico cuidadoso y hay que utilizarlas en situaciones precisas y después de haber realizado estos dos pasos.

Los aspectos sociales influyen en el riesgo y la experiencia de la enfermedad del anciano, y en la capacidad del profesional sanitario para proporcionar una atención oportuna y adecuada. La historia social permite evaluar las necesidades de cuidado y apoyo social. Es deber del personal sanitario movilizar las redes de apoyo social en busca de recursos que apoyen al anciano con estos problemas. Es preciso preguntar por el estado civil o la vida en pareja, las condiciones de la vivienda, la situación económica, la historia laboral, la educación y las responsabilidades como cuidador o cuidadora de terceros (ancianos cuidando a su cónyuge enfermo u otros ancianos) ⁽²¹⁾.

EL INTERROGATORIO

Juicio y carácter son atributos necesarios para un buen médico, además de atesorar un fuerte componente de humanismo, como parte intrínseca de la profesión. La dedicación, lo que supone utilizar el tiempo en el ejercicio de la misma, es fundamental. El estar apurado conspira con la realización de un buen interrogatorio y mucho más cuando se trata de pacientes ancianos.

El interrogatorio es mucho más difícil de encauzar en estas personas por dificultades en la comunicación por padecer de trastornos del habla (disfasia, disartria), trastornos de memoria, deterioro cognitivo y trastornos de los órganos de los sentidos visuales y/o auditivos. Esto obliga a buscar una fuente alternativa de datos como el familiar más allegado (muchas veces el cónyuge, también anciano), el cuidador principal, amigos, y resúmenes enviados por personal sanitario (médico de familia, hogar de ancianos).

La coexistencia en un mismo paciente de varias enfermedades crónicas (comorbilidad, polimorbilidad) crea dificultades para identificar las quejas principales del enfermo y el relato muchas veces se vuelve prolijo, con muchos vericuetos. Es preferible dejar hablar al

enfermo e interrumpirlo solo a intervalos para encauzar la entrevista. Esta es la habilidad de la "escuchación", tan importante, que cada vez parece estar más "en falta".

En muchos casos, las quejas suelen ser imprecisas, como por ejemplo astenia, y a veces se manifiestan por una limitación funcional para realizar las tareas diarias ⁽²²⁾. La somatización de situaciones adversas psicológicas o del entorno familiar origina síntomas de consulta frecuente que confunden al médico, los que necesitan habilidad y experiencia para su adecuada categorización. De aquí, una vez más, el reclamo de la valoración integral e interrelacionada de todas las esferas que abarca la evaluación geriátrica.

Las personas de edad avanzada no siempre aportan la totalidad de los síntomas quizás por temor a que le diagnostiquen enfermedades graves, o porque asumen sus problemas como parte del envejecimiento y, no es muy raro que esto se deba a una situación coercitiva ante la presencia de un familiar que lo maltrata. El interrogatorio por aparatos debe ir a la búsqueda de problemas ocultos que atendidos a tiempo pueden atenuar la fragilidad y detener el tránsito hacia la discapacidad. Asimismo, resulta de gran valor conocer los aspectos concernientes a la nutrición, los antecedentes de caídas, el uso de medicamentos, los aspectos sociales y psicológicos y el nivel funcional premórbido ⁽¹⁵⁾.

EL EXAMEN FÍSICO

El examen físico es el mismo que se realiza a personas de cualquier edad, aunque debe realizarse con gentileza y adecuándolo a las limitaciones del paciente. El respeto al pudor cobra un significado diferente a estas edades y este aspecto hay que atenderlo y considerarlo en cada caso. Es sumamente importante como fuente de datos objetivos ante un interrogatorio dificultoso por problemas de comunicación del enfermo y ausencia de familiares.

En el examen físico es muy importante tener en cuenta los cambios anatómicos y fisiológicos propios del envejecimiento los que no deben ser considerados como patológicos. Estas características son reflejadas en el Cuadro 1.

Como se ve es necesario insistir y particularizar en ciertas esferas, como los órganos de los sentidos, la marcha y el equilibrio, la continencia y el estado mental, aspectos que no son tan trascendentes a otras edades y en los que el médico puede minimizar su importancia. La corrección temprana de los trastornos en esas esferas evita la instalación de síndromes geriátricos de pronóstico ominoso como la inmovilización, las caídas, la incontinencia y el deterioro cognitivo agudo (delirium) o crónico (demencias).

LA DISCUSIÓN DIAGNÓSTICA

Los datos obtenidos por la anamnesis y exploración del paciente anciano, deben ser interpretados en un

Cuadro 1. Cambios propios del envejecimiento en el examen físico

(22, 23, 24, 25)

Examen físico general y regional:

Disminución y encanecimiento del cabello.
Arrugas y pliegues cutáneos.
Prominencia de las orejas.
Hundimiento de los ojos en las órbitas.
Arco senil.
Disminución de estatura.
Postura encorvada.

Examen físico por aparatos:

Aparato respiratorio:

Leve incremento de diámetro antero posterior del tórax.
Disminución de la distensibilidad torácica.

Aparato cardiovascular:

Soplos funcionales por esclerosis de válvula aórtica.
Frecuencias cardíacas de 40 latidos por minuto pueden ser normales.

Endocrino:

Atrofia de genitales externos, sobre todo mamas en la mujer.

Sistema nervioso:

Aumento del balanceo a la bipedestación.
Marcha "senil": disminución de la amplitud de los pasos y de la altura de los pies al caminar.
Enlentecimiento intelectual (disminución de la habilidad para procesar y manipular nueva información).
Disminución de la agudeza visual
Disminución de la agudeza auditiva
Disminución del gusto y el olfato.
Puede haber ligero temblor postural en manos y cabeza.
Reflejos osteotendinosos en miembros inferiores atenuados (más difícil de obtener el aquiliano).
Reflejos cutáneoabdominales ausente por flaccidez de la pared abdominal.
Hipopalestesia distal en miembros inferiores.

atípico, hipertiroidismo sin ansiedad e hiperquinesia (apático), insuficiencia cardíaca sin disnea, etc. (26, 27, 28, 29).

El ejercicio del diagnóstico diferencial, que tiene tendencia a ser poco practicado en nuestros días, cobra un papel importantísimo en los pacientes geriátricos si se tiene en cuenta que:

Los ancianos suelen padecer enfermedades que pueden tener síntomas parecidos. Ej. la disnea puede ser un síntoma común en insuficiencia cardíaca y neumonía, por lo que suele confundirse el atribuirle a una u otra entidad.

Las personas de edad avanzada tienen una disminución de la reserva funcional. La enfermedad en un órgano descompensa a otro. Volviendo al mismo ejemplo una neumonía puede ser factor desencadenante de la insuficiencia cardíaca en el anciano, por lo que es obligado pensar en los dos procesos. ¡En el anciano casi nunca se puede ser "unicista"!

Los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que ocurren con la edad predisponen a las reacciones adversas a los medicamentos, lo que añade un factor más a tener en cuenta a la hora de la discusión. Ej., los cambios vasculares y cerebrales predisponen a que se presente confusión mental con diversos medicamentos, que no ocasionan estas reacciones adversas a otras edades.

Es frecuente encontrar en algunos ancianos una enfermedad en un sitio que limita la presentación de los síntomas de otra. Ej. un adulto mayor inmóvil por artropatía no presentará angina de esfuerzo como manifestación de cardiopatía isquémica. La localización, que en jóvenes suele señalar el órgano afectado, en el anciano no es así, donde es probable que haya una descompensación de impacto sistémico independiente de dónde se inicie la enfermedad (Ej. un episodio de confusión puede presentarse acompañando infecciones graves como neumonía, bacteriemia, etc.).

Por último, insistir en esta parte que el diagnóstico debe ser integral por lo que se debe confeccionar un listado de problemas biomédicos, psicológicos, socioeconómicos y funcionales para intentar darles solución según su importancia y prioridad.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

En todos los enfermos y, en particular en los de edad avanzada, debe hacerse un uso racional y apropiado de los exámenes complementarios y su indicación debe estar guiada por los resultados de la evaluación geriátrica integral.

No debe olvidarse que existe tecnología de punta de tipo invasiva que cuando no está bien indicada puede causar más daño que beneficio. Esto no significa que se deba discriminar al anciano sólo por razones de su edad (viejismo, "ageism") y negar su acceso a técnicas diagnósticas de última generación. Sólo que en estos casos debemos ser más cuidadosos y acuciosos en la

contexto amplio; el médico debe saber dar a los síntomas y signos, la importancia que tienen en particular, en este tipo de paciente. Si en alguna etapa de la vida, se aplica con mayor certeza el adagio de que existen enfermos y no enfermedades, es en la ancianidad. Lo que a veces consideramos llamativo, desde el punto de vista médico, no es lo que preocupa, o incapacita a la persona mayor y a menudo, la situación de salud reflejada por la historia de la enfermedad, obedece a múltiples problemas y no a uno solo.

A los efectos prácticos, es mejor pensar en términos de problemas, que en rótulos, o etiquetas diagnósticas. Los problemas son aquellas condiciones que le dificultan al paciente geriátrico, vivir de manera independiente en la comunidad. En la discusión diagnóstica debe hacerse, además de una lista de los diagnósticos, una lista de los problemas. Esto facilitará, al tratar de dar solución, o respuesta a los mismos, la conducta terapéutica del médico, o del equipo que atiende al adulto mayor.

A la hora de elaborar las hipótesis diagnósticas es necesario tener muy en cuenta las presentaciones atípicas e inusuales de las enfermedades en el anciano. Resulta frecuente encontrar cuadros infecciosos sin fiebre, infarto cardíaco o abdomen agudo sin o con dolor

evaluación geriátrica integral como piedra angular de la determinación del riesgo / beneficio de estas intervenciones. A pesar de que la edad es un factor de riesgo no debe negarse al anciano las posibilidades que brindan las intervenciones y deben tenerse en cuenta morbilidad asociada, estado funcional, aspectos socioeconómicos y calidad de vida futura, por lo que la determinación del riesgo - beneficio debe ser individualizada ⁽³⁰⁾.

En cuanto a la estrategia de esperar por la evolución de un enfermo para comprobar hipótesis diagnósticas, hay que ser muy cuidadosos en todos los enfermos – pero en los ancianos más – pues sabemos que estos deterioran su estado más rápidamente, de manera especial ante afecciones o contingencias agudas - , surgen más complicaciones y su restablecimiento posterior es más lento y con secuelas. Estimamos que es muy oportuno recordar y acatar en este sentido la frase de Williamson: “Si un anciano está mal el lunes, lo posible es que empeore el martes y que para el fin de semana esté encamado, deshidratado, confuso e incontinente.”

LA TOMA DE DECISIONES

Este proceso emana directamente del listado de problemas surgido de la valoración geriátrica integral y en el cual, como ya apuntamos, hay que establecer prioridades: ¿qué problemas deben resolverse de inmediato?, ¿cuáles a más largo plazo?, ¿cuáles no pueden ser solventados y necesitan cuidado y alivio?, ¿cuáles necesitan ser atendidos en equipo multidisciplinario?, ¿qué capacidades y recursos tiene el anciano para enfrentar estos problemas?, ¿existe alguna indicación terapéutica para algún problema que esté contraindicada para otro?.

No pretender resolverlo todo con medicamentos, las medidas no farmacológicas son útiles para muchos procesos crónicos de los adultos mayores en aras de minimizar la polifarmacia, que es un gran problema por las innumerables interacciones y reacciones adversas de

los medicamentos.

Siempre pensar en restablecer la función por lo que la rehabilitación física y/o mental así como la reinserción social son pilares fundamentales en la atención a los adultos mayores y en la mejoría de su calidad de vida.

La movilización de recursos a través de las redes de apoyo social son imprescindibles en aquellos ancianos solos, desvalidos socialmente y con pobres recursos económicos.

Finalmente, una meta que no puede quedar olvidada en la asistencia a los ancianos es la de proveer de cuidados cuando no hay curación, en aquellas enfermedades o problemas que tienen un pronóstico ominoso y que han sido conceptualizados como cuidados terminales o, con más propiedad, cuidados al final de la vida. Un aspecto importante de estos cuidados es el enfoque en el manejo sintomático para aportar comodidad, dignidad y calidad de vida ^(14, 31).

CONCLUSIONES

El método clínico establece una guía general de la que debe apropiarse todo médico que ejerza la Clínica como disciplina matriz, al que debe ir agregando los aspectos particulares de la especialidad que practique, emanados de su preparación teórica, sus habilidades prácticas, su experiencia y en un marco ético definido por sus valores y convicciones. Es la mejor Guía de Buena Práctica que existe.

La Geriátrica, disciplina relativamente joven, con una gran carga de clínica médica, utiliza este método y no lo modifica, lo enriquece y lo hace practicable para sus requerimientos: la atención integral a los problemas de los adultos mayores.

De las ideas reflejadas en este artículo podemos afirmar que no es muy fácil aproximarse al diagnóstico de los problemas de los ancianos y mucho más difícil a sus soluciones, pero si lo hacemos sin un método, por muchos conocimientos que se tengan será más espinosa esta tarea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa AD. La Clínica y la Medicina Interna de hoy. Compilación de textos seleccionados y reflexiones. Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, 2007 (En prensa).
2. Romero AJ. Consideraciones críticas acerca del programa tradicional de la asignatura Medicina Interna. Medisur 2009; 7(4): 43-51.
3. Ribera Casado JM. Enseñanza de la geriatría en el pregrado. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40(5): 265-8.
4. Abizanda Soler P, Romero Rizos L, Sánchez Jurado PM, Martín Sebastián E, Luengo Márquez C. Necesidad de la enseñanza de pregrado en geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40(5): 275-84.
5. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica, 2001.
6. Espinosa AD, Del Sol LG, Corona L, Rivero JD, Romero AJ, Díez E. El hospital como escenario docente de pregrado. Experiencias en la enseñanza-aprendizaje del método clínico. Infodir [Revista en Internet]. URL disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infdir/n809/infdir1109.htm>
7. Corona LA. La teoría general sobre la toma de decisiones y su aplicación al campo de la asistencia médica. Medisur 2004; 2(1): 226-37.

8. Moreno MA. Crisis del método clínico. Rev Cubana Med 1998; 37(2): 123-8.
9. Romero AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev Panam Salud Pública 2008; 24(4): 288-94.
10. Espinosa AD. La evaluación geriátrica. En su: Espinosa AD, Romero AJ, eds. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos: Rev Finlay, 1990: 27-35.
11. Romero AJ. Asistencia al adulto mayor en la Atención Primaria de Salud. Rev Finlay 2005; 10(Número Especial): 114-21.
12. Romero AJ. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas. Cienfuegos, 2007.
13. Romero AJ. Consideraciones bioéticas en Geriatría. En su: Asistencia clínica al adulto mayor. Cienfuegos: Ed. Universo Sur, 2007: 58-64.
14. Romero AJ, Nieto R. Marco teórico de los cuidados terminales en el paciente geriátrico. Geriátrika 2004; 20(5): 198-205.
15. Romero AJ. La historia clínica en Geriatría. Evaluación geriátrica. En su: Asistencia clínica del adulto mayor. Cienfuegos: Ed. Universo Sur, 2007:20-32.
16. Vega E. Evaluación del anciano. En: Prieto O, Vega E, eds. Temas de Gerontología. Ed. Científico Técnica. Ciudad de La Habana 1996: 119-25.
17. Rubenstein LZ. Geriatric Assessment. Clin Geriatr Med 1987; 3: 1-15.
18. Sanjoaquín AC, Fernández E, Mesa MP, García-Arilla E. Valoración geriátrica integral. En: Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2008: 59-68.
19. Romero AJ, Rivero JD, Olascoaga F, Pino R, Figueiras B, Del Sol LG. Aproximación a la historia clínica: una guía. Medisur 2005; 3(3 – Supl. 1): 1-46.
20. Perlado F. Valoración geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36 (Supl.5): 25 - 31 .
21. Berkman B. Aspectos sociales. En: Beers MH, Berkow R, eds. Manual Merck de Geriatría. Segunda edición., 2004. [Publicación online]. URL disponible en: <http://www.msd.ve>.
22. Terrie W. Historia clínica y exploración física. En: Beers MH, Berkow R, eds. Manual Merck de Geriatría. Segunda edición., 2004. [Publicación online]. URL disponible en: <http://www.msd.ve>.
23. Romero AJ. Envejecimiento humano y cambios morfofisiológicos que lo acompañan. En su: Asistencia clínica al adulto mayor Cienfuegos: Ed. Universo Sur, 2007:18-30.
24. Corujo E, De Guzmán Pérez D. Cambios más relevantes y peculiares de las enfermedades en el anciano. En: Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2008: 47-58.
25. Cisneros Cue M, Rodríguez J, Estrada M, Mederos A. Examen neurológico del adulto mayor presuntamente saludable. Rev Cub Med Mil 2000; 29(1): 52-6.
26. Muñoz C. Manifestaciones atípicas de las infecciones en el anciano. JANO. 2003; 64: 31-7.
27. Ribera Casado JM. Manifestaciones clínicas atípicas de las neumonías en el anciano. Rev Clin Esp. 2001; 201(7): 402-3.
28. Romero AJ. Insuficiencia cardiaca en el anciano: un problema no resuelto. Medisur. 2004; 2(1): 140-76.
29. Valladares J, Iraola M, González C, Manso R. Cardiopatía isquémica. Atención hospitalaria. Rev Finlay. 2005; 10 (No. Especial): 90-102
30. Grech ED. ABC of interventional cardiology. Percutaneous coronary intervention.II: The procedure. BMJ 2003; 326: 1137-40.
31. Jiménez Rojas C. Cuidados al final de la vida. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(5):241–3.