

Valoración cognitiva de las enfermedades cerebrovasculares entre profesionales.

HOSPITAL PROVINCIAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE "JOSÉ RAMÓN LÓPEZ TABRANE"

Valoración cognitiva de las enfermedades cerebrovasculares entre profesionales.
Cognitive assessment of cerebrovascular diseases among professionals.

AUTORES

Dr. Ihosvany Ruiz Hernández (1)

Dr. Wilfredo Ibarrola Pedroso (2)

Dra. Clara Medina Otero (3)

(1) Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.

RESUMEN

Se realizó una investigación dirigida a lograr e identificar algunos factores cognitivos que pudieron ser causante de la elevada tasa de morbilidad en los últimos años en la provincia de Matanzas. Para conocer de los posibles factores asociados a este problema, se aplicó una encuesta a médicos en la provincia relacionada con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cerebrovascular. Según el análisis de los resultados, las consecuencias adversas del diagnóstico y tratamiento incorrecto de estas enfermedades pudieran estar amplificadas por la ausencia de percepción del problema y por el marcado desconocimiento que sobre importantes aspectos de esta entidad poseen.

DESCRIPTORES (DeCS):

TRASTORNOS CEREBROVASCULARES/complicaciones

TRASTORNOS CEREBROVASCULARES/epidemiología

TRASTORNOS CEREBROVASCULARES/mortalidad

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

ADULTO

HUMANO

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen un grupo de enfermedades que involucran invariablemente a las vasos sanguíneos encargados de la irrigación del sistema nervioso, donde va a existir un área cerebral afectada de forma permanente o transitoria, por isquemia o hemorragia y/o cuando uno o más vasos están afectado por un proceso patológico, designándose de forma genérica como ICTUS al infarto cerebral, a la hemorragia cerebral o a la hemorragia subaracnoidea representando los isquémicos entre el 85 al 90 % de los casos y los hemorrágicos entre el 10 a un 15 %. (1)

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que las enfermedades cerebrovasculares constituyen un problema de salud en la actualidad, ya que junto con la cardiopatía isquémica pueden considerarse una epidemia vascular en los

países desarrollados y un problema sociosanitario de primer orden. En las últimas décadas ha sido identificado como la segunda causa de muerte en la población mundial y la tercera en el mundo occidental, y se considera responsable del 12 % de la mortalidad global de la población. Constituye además la primera causa de discapacidad no traumática en los países desarrollados y la segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer, lo que conlleva a un costo económico y una carga social elevada. (2-4)

En Cuba estas enfermedades constituyen la tercera causa de muerte, observándose en las últimas tres décadas un ascenso de las mismas. En los últimos 5 años en nuestro país mueren como promedio anualmente unas 7900 personas por esta causa representando entre el 9 y el 10 % del total de fallecidos. (5)

Actualmente apenas se dispone de tratamientos específicos que hayan demostrado eficacia en este grupo de enfermedades. Por ello es especialmente importante el conocimiento de estas entidades basadas en su prevención ya que aunque un número de pacientes pueden sobrevivir a las mismas un elevadísimo por ciento de ellos presentan importantes secuelas que los incapacitan para toda la vida y los hacen demandantes de cuidados especiales y continuados.

MATERIAL Y MÉTODO

La encuesta a médicos de la provincia de Matanzas recogió sus datos generales e indagó en sus conocimientos y opiniones acerca de aspectos fundamentales de las ECV (definición, adquisición, expresión clínica, diagnóstico y control de estas enfermedades, incluido el tratamiento). La aplicamos a una muestra de residentes y especialistas en Medicina General Integral, Medicina Interna y Pediatría de Matanzas, por considerarse estas especialidades médicas las más relacionadas con el aspecto investigado.

Seleccionamos los participantes mediante un muestreo estratificado por especialidades médicas, categorías profesionales, ubicación geográfica (municipio cabecero y periférico) y tipo de centros (Hospitales y Policlínicos), con asignación proporcional al tamaño del estrato. El tamaño de la muestra se obtuvo con el programa EPI - INFO versión 6.0 con el cual se determinó que una muestra del 25 % de los médicos en cada estrato era representativa del universo, resultaron 193 médicos a encuestar, 21 entre los Hospitales Clínicos Quirúrgicos del Municipio del Matanzas, 8 en el Hospital Pediátrico y 164 en los Policlínicos.

Para la confección de este instrumento aplicado durante el mes de mayo del 2002 tuvimos en cuenta, además de las intenciones arriba mencionadas, la experiencia acumulada en la unidad de " ICTUS " del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "José Ramón López Tabranes" de Matanzas y las opiniones de especialistas relacionado con el tema.

Una vez confeccionado el cuestionario (17 preguntas), lo sometimos a criterio de expertos y la factibilidad de su empleo fue demostrada mediante su aplicación a un pequeño grupo de médicos. No consideramos necesaria la preparación de un instructivo para aplicar la encuesta porque esta actividad fue realizada directamente por el autor.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Confeccionamos una base de datos con toda la información obtenida de las encuestas, empleando el programa EPI - INFO versión 6.0 antes mencionado. Realizamos un análisis de frecuencia a las respuestas dadas a cada una de las

preguntas y análisis cruzados a las respuestas dadas a diferentes interrogantes con el empleo de este último caso, del método de tablas de contingencias. Obtuvimos los odds ratios correspondientes; aplicamos las pruebas χ^2 , de Mantel Hainzel, para hallar la significación estadística y los intervalos de confianza.

RESULTADOS

Como puede observarse en la tabla 1, en cada una de las especialidades médicas (Medicina General Integral, Medicina Interna y Pediatría), en las dos categorías profesionales (residentes y especialistas) en los dos niveles de salud (Hospitales y Policlínicos) y en los dos tipos de Policlínicos (cabecera y periféricos) se llegó al número de médico a encuestar y en algunos casos se superó, lo que disminuyó aún más la posibilidad de error de muestreo.

Algunos de los participantes no contestaron la totalidad de las preguntas incluidas en el cuestionario correspondiente. Cuando así ocurrió registramos el resto de las preguntas y no anulamos las encuestas.

En relación con las preguntas que incursionaban en aspectos cognitivos en cuanto a la ECV, la media de respuestas correctas entre todos los participantes fue 6.73.

Veamos en detalles:

- Sólo 60 (27.4 %) de los encuestados seleccionaron la respuesta correcta en relación con la definición de ECV.
- Las preguntas que evaluaban aspectos conceptuales y de transmisión de esta enfermedad, una sobre el término de ICTUS y otra acerca de la transmisión genética de esta entidad, fueron las que recibieron las mayores cantidades de respuestas incorrectas, 170 (73.9 %) y 175 (82.5 %) respectivamente.
- Entre las preguntas que exploraban aspectos clínicos, un gran número de encuestados, 203(88.3%), consideraron incorrectamente que la E.C.V. casi siempre produce síntomas.
- Las preguntas que median conocimientos en relación con el diagnóstico de las diferentes formas de E.C.V. recibieron en general, altos porcentajes de respuestas incorrectas. Muy significativos nos resultaron dos detalles: el incorrecto diagnóstico de la HSA (Hemorragia Subaranoidea) y la frecuencia de afectación de las arterias cerebrales, 135 (58.7 %) y 139 (60.4 %) respectivamente; y que 104 (45.2 %) de los encuestados consideraron que la tomografía axial computarizada era útil para el diagnóstico de H.S.A. de 7 días de evolución siendo una prueba sin frecuentes falsos resultados.
- De las respuestas dadas a las preguntas que evaluaban aspectos del control de la ECV, el elemento más llamativo es que de los 109 médicos que consideraron necesario indicar tratamiento medicamentoso en el caso de una mujer con HSA, sólo 10 (10.6 %) eligieron utilizar el medicamento de elección. Este dato es preocupante porque apunta hacia un uso incorrecto de terapias, lo que implica gastos innecesarios en medicamentos y acciones yatrógenas sobre el pacientes (edema cerebral, vasoespasmo, resangramiento y otras).

En cuanto las preguntas de opiniones que median precisamente aspectos cognitivos, debemos reflexionar sobre los siguientes datos:

- De los encuestados 200 (95.7 %) afirman que la ECV en Cuba es una entidad frecuente o muy frecuente, consideran que las ECV se observa cotidianamente.

- En correspondencia con lo anterior 102 (45.3 %) de los profesionales que respondieron el cuestionario consideran que el diagnóstico de ECV se realiza con una calidad de regular o malo. Ello puede significar, un bajo nivel de crítica sobre el empeño diario en detrimento de una evaluación clínica integral del paciente.
- Sólo 15 (6.5 %) de los médicos que llenaron encuestas, consideraron que los conocimientos y habilidades en relación con el tratamiento de las ECV adquiridos durante su formación son insuficientes. Ello significa que la mayor parte de los encuestados no está consciente de sus lagunas cognoscitivas en relación con esta enfermedad.

Al estudiar la posible relación existente entre las respuestas dadas a diferentes preguntas contenidas en la encuesta, estos fueron los resultados de mayor interés:

- La calidad de las respuestas que medían conocimientos acerca de diferentes aspectos de la ECV aunque pobre en ambos casos, fue mejor entre los médicos que trabajan en hospitales en relación con los que lo hacen en los Policlínicos ($p = 0.022$, tabla 2). Sin embargo no hubo diferencia significativas ($p = 0.25$, tabla 3) entre la calidad de respuestas de los médicos que laboran en los Policlínicos del municipio cabecera y los que lo hacen en los municipios periféricos. Estos resultados nos demuestran que el conocimiento deficiente de aspectos fundamentales de las ECV es mayor en el nivel primario de salud, lo que nos llama más la atención si tenemos en cuenta que es allí donde se deben diagnosticar y controlar, así como brindar tareas de prevención masiva al estar más cerca de la población.
- No hubo diferencias significativas en los aspectos arriba referidos entre residentes y especialistas de ningunas de las especialidades participantes (tabla 4). Este resultado nos sugiere que la formación sobre aspectos de ECV demostrada en este trabajo es deficiente no solo durante los estudios de pregrado, cuando se forma el médico general sino también durante los estudios de posgrado, cuando se forma el especialista.

TABLA 1. Distribución por especialidad, categoría y tipos de centros de salud de los médicos encuestados.

Tipos de Centros	Medicina General Integral		Medicina Interna		Pediatria		TOTAL
	Esp.	Res.	Esp.	Res.	Esp.	Res.	
Hospitales.	0 (0)	5 (0)	13 (12)	9 (9)	10 (5)	8 (3)	45 (29)
Policlínicos Matanzas.	30 (20)	47 (39)	3 (2)	1 (1)	4 (3)	0 (0)	85 (65)
Policlínicos Periféricos.	29 (29)	60 (60)	5 (5)	2 (1)	4 (4)	0 (0)	100 (99)
TOTAL	59 (49)	112 (99)	21 (19)	12 (11)	18 (12)	8 (3)	230 (193)

Nota: Consideramos residente de MGI a 43.

(): Número de médicos que encuestamos en cada caso.

Nota: Consideramos como residentes de Medicina General Integral, a los efectos de este trabajo, a 43 médicos posgraduados en funciones de médicos de familia, pero que no habían comenzado la residencia en esta especialidad.

TABLA 2: Comparación de la proporción de respuestas correctas e incorrectas entre médicos que laboraban en hospitales y policlínicos de la provincia de Matanzas.

Procedencia del Encuestado	Calidad de Respuestas		OR (IC) p
	Correctas	Incorrectas	
Hospitales	311	319	1.22 (1.02 - 1.46)
Policlínicos	48	1442	0.022

OR: Odd ratio. (IC): Intervalo de confianza.

TABLA 3: Comparación de la proporción de respuestas correctas e incorrectas entre médicos que laboraban en policlínicos del municipio de Matanzas y de los municipios periféricos de la provincia.

Procedencia del Encuestado	Calidad de Respuestas		OR (IC) p
	Correctas	Incorrectas	
Municipio Matanzas	513	677	0.91 (0.78 - 1.07)
Municipios Periféricos	635	765	0.25

OR: Odd ratio. (IC): Intervalo de confianza.

TABLA 4: Comparación de la proporción de respuestas correctas e incorrectas entre médicos, especialistas y médicos residentes en cada una de las especialidades en que se aplicó la encuesta.

Especialidad	Categorías	Correctas	Incorrectas	OR (IC) p
Medicina General Integral	Residentes	687	981	1.00 (0.84; 1.19)
	Especialistas	361	465	0.11
Medicina Interna	Residentes	86	82	1.06 (0.71; 1.58)
	Especialistas	146	148	0.75
Pediatría	Residentes	53	59	0.90 (0.56; 1.4)
	Especialistas	126	126	0.63

OR: Odd ratio. (IC): Intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

La encuesta aplicada a médicos de la provincia de Matanzas demostró que en relación con las ECV existe un marcado desconocimiento sobre la casi totalidad de los aspectos encuestados, este hecho queda comprobado, sobre todo, por el dato de que la media de respuestas correctas a las preguntas que evaluaban aspectos cognoscitivos sobre esta enfermedad fue solo 6.73. Los comentarios que de manera

particular, que aluden algunos de estos aspectos se hayan expuesto a estos resultados.

El análisis de las respuestas dadas a la pregunta que exploraban la percepción que tenían los médicos sobre determinados aspectos de las ECV y su evidente tres hechos a tener en cuenta:

1. La mayoría de los encuestados afirman que las ECV en Cuba son entidades frecuentes o muy frecuentes.
2. Existe un bajo nivel de crítica en detrimento de una evaluación integral del paciente sobre los resultados del diagnóstico de estas enfermedades.
3. La mayoría de los encuestados no están concientes de su desconocimiento sobre importantes aspectos de la ECV.

El diagnóstico médico como elemento del conocimiento científico orientado hacia la solución del proceso salud - enfermedad que se da en el hombre, constituye un problema cognoscitivo pues trata de buscar la correlación entre lo objeto y subjetivo en el análisis de los datos que aportan la clínica y el laboratorio, así como el problema de la verdad diagnóstica a luz de los cambios que produce sobre los conceptos de las diferentes enfermedades y sus causas. El materialismo dialéctico e histórico constituye su basamento metodológico al aportar sus categorías y leyes como síntesis de los principios más generales del conocimiento. El movimiento del nivel empírico al teórico en el diagnóstico médico refleja la correlación entre lo general y lo particular, la esencia y el fenómeno, en relación con la peculiaridades del objeto de estudio.

La lógica constituye otros de los pilares fundamentales para el desarrollo del diagnóstico, relacionándose con los medios lingüísticos de expresión del conocimiento acerca de los síntomas de las enfermedades y las reglas que sustentan las conclusiones diagnósticas, además de representar el movimiento del conocimiento hacia la verdad en el proceso de identificación de la enfermedad de acuerdo a las categorías de la lógica dialéctica.

La esencia del análisis filosófico de la actividad cognitiva que se da en el diagnóstico médico, se relaciona con el estudio multilateral del proceso salud - enfermedad, de los procedimientos y métodos para la obtención de los datos empíricos y de las conclusiones realizadas con este hecho.

Sin la correcta comprensión de los elementos de la gnoseología, la metodología, la lógica, no es posible señalar las causas de los errores diagnósticos y menos aún sus dependencias objetivas o sudobjetivas. Esta es la razón por la cual el médico debe mejorar sus conocimientos filosóficos y que estos se conviertan en instrumentos útiles para su trabajo.

No se puede negar que la corriente biológica, la percepción del fenómeno salud - enfermedad como una alteración de la biología humana individual, ha tenido y tiene una gran fuerza en nuestra profesión y ha obtenido y obtiene notables avances (9), en particular en el diagnóstico y tratamiento de las entidades gnoseológicas. La diferencia entre las dos corrientes de pensamientos, dice Eibenschutz, no es que una anteponga lo individual sobre lo colectivo, sino como concibe lo individual y lo colectivo: La corriente biológica entiende lo colectivo como una suma de individualidad; y la corriente social concibe la individualidad como expresión determinada por lo colectivo. (4)

La corriente biológica ha tenido una fuerte connotación de tipo mecanicista. Se concibe la enfermedad como un desbalance de lo normal. La concepción flexneriana, llevada a su extremo, concibe el organismo humano como una máquina que puede ser estudiada por partes, primero en sus estructuras y funciones normales, y luego en sus estructuras y funciones patológicas; y que así mismo puede ser reparada. La causa de la enfermedad (el desbalance de lo normal) se estudia y analiza de manera individual en cada enfermo, y la terapéutica es así mismo individual. (10)

La enfermedad adquiere una connotación propia, aislada, se convierte en fetiche y concibe de manera histórica, es decir, sin tener en cuenta las condiciones socio-económicas del grupo social que la padece. Esta concepción ignora que la morbimortalidad tiene en el capitalismo un carácter de clase, precisamente por su enfoque individual, biológico y mecanicista.

Es obvio que la corriente biológica pura tiene fuertes connotaciones ideológicas, y las clases dominantes en los países capitalistas siempre la han apoyado, puesto que sus estudios o análisis no tienen en cuenta los factores sociales y por ende no pueden entrar en contradicción con el régimen político. Lo más grave de todo es que muchos médicos piensen que lo científico en medicina es lo biológico y no lo social. Para ellos, lo social en Medicina es especulativo, abstracto, declamatorio, político... pero no científico.

La teoría de germen de las enfermedades infecciosas, basada en los descubrimientos de Koch y Pasteur fue ampliamente favorecida por las clases dominantes en la época en que se anunció.

Virchow insistía sobre el ambiente social, la desnutrición y el hacinamiento como elementos, como fundamentales en la causa y el pronóstico de la tuberculosis, y la tuberculosis se convirtió en "enfermedad causada por el bacilo de Koch". Pero todos sabemos quien fue Koch y la enorme importancia de su descubrimiento. Esto no es casual; está determinado precisamente por lo que se difunde - y por lo que no se difunde - en la literatura médica a nuestro alcance.

Podemos ahora concluir que la enfermedad y el conocimiento médico no son una objetividad ahistórica. Las definiciones médicas de salud y enfermedad son abstracciones derivadas, por razones históricas, del estudio clínico del individuo.

La enfermedad concebida biológicamente se define como el trastorno, exageración, disminución o cese de una correspondiente función normal. Esta noción de salud - enfermedad concibe la salud como ausencia de enfermedad. Antes del Siglo XIX, la medicina concebía la salud como cualidades de vigor, fuerza, fluidez, inteligencia, resistencia, incluso bienestar psicológico. Por esto la salud adquirió también un status clínico.

Estos matices de la técnica y - la ciencia, como forma de conocer la esencia de los fenómenos - guardan una profunda relación con los principios, normas de comportamiento, hábitos y costumbre de la sociedad en su conjunto. Es nuestro propósito abordar - sin la presentación de agotarlo, desde luego el análisis de la interrelación de estos fenómenos enfocados a la luz de algunos hechos particulares de la biología y la medicina contemporáneas.

La actividad laboral material de los hombres y la producción de los bienes vitales necesarios constituyen la base de la existencia y el desarrollo de la sociedad. Ello conforma el ser social. (2)

La conciencia surge, se forma y desarrolla solo en la sociedad y gracias a la sociedad. La conciencia es, esencialmente un producto social. Lo general, lo universalmente humano en la conciencia social toma cuerpo en las formas de pensar, los conceptos, imágenes, representaciones en las que toda la sociedad, toda la humanidad reflejan su ser social, el avance objetivo y real del desarrollo social, las contradicciones de la vida de la sociedad, los enfrentamientos de las fuerzas en pugna, el pasado y el presente en la vida de los hombres, las posibilidades nacientes, las vías y tendencias del desarrollo en el futuro. De lo que se desprende que la conciencia de las clases, de las naciones, grupos étnicos y grupos sociales, como también lo universalmente humano en la conciencia es la conciencia social, que representa todo el conjunto de la vida espiritual del hombre, a mi juicio la solución está en el enfoque dialéctico de la cuestión, hay que meditar con sensatez entre el uso indiscriminado de una tecnología que esta otra la enseñanza a esas nuevas generaciones que deberán comunicar y transmitir afecto y calidez humana que también curan.

La calidad de la atención médica depende de la interacción de este binomio y con la particularidad de que más de la mitad del tiempo de trabajo del médico se dedica a problemas primordialmente emocionales del paciente, resultan más necesarias la comunicación personal y el afecto que los conocimientos técnicos. La práctica médica no debe consistir en una serie de encuentros tecnológicos, breves y especializados, centrados en necesidades biológicas si no en una relación a largo plazo basada en un intercambio personal. La interacción médico paciente sujeta al principio más elemental, fomenta la confianza, establece la pericia, explica opciones de tratamiento, entraña una alianza terapéutica en la cual se analizan abiertamente conflictos que se resuelven tomando en consideración propuestas de ambas partes. Estar enfermo trae consigo ansiedad, depresión, dependencia, amargura a veces reduce a un individuo seguro e independiente al nivel de un pedigüño indefenso.

La mecanización de la conducta a este nivel ha llegado al grado de generar también en el médico la sensación de que la consulta únicamente se justifica como una prescripción y no como un diálogo donde esté catalogado el paciente como un ser biosicosocial.

Las ventajas de la tecnología son tan obvias y tan deseables que tendemos a dejarnos seducir poco a poco, ignoramos el precio que pagamos por su uso irreflexivo, porque toda nueva técnica aunque tenga un buen uso requiere un pensamiento y un planeamiento, una sensatez y un realismo crítico muy cuidadoso para gozar de su uso racional. Hay que recordar que las aportaciones más trascendentales para la neurología las hicieron Bell, Romberg, Jackson y Parkinson, en el siglo XIX antes que existiera el martillo de reflejos, hay una frase Aristotélica que lo expresa "La técnica completa lo que la naturaleza no puede elaborar del todo".

A partir de los años 60, con el comienzo de la revolución científico técnica en la Medicina se inició un fenómeno que en la actualidad está planteado con toda magnitud y urgencia. Los componentes clínicos del diagnóstico han cedido una parte importante de su espacio a la tecnología de los análisis complementarios, el necesario y sabio equilibrio y correspondencia entre la clínica y el laboratorio se ha desplazado hacia este y el método clínico ha entrado en crisis en la mente y el actuar de un creciente y quizás predominante número de médicos, incluida una parte de la inteligencia. Los rasgos distintivos de la segunda mitad del siglo XX en la Medicina, que han sido los progresos prodigiosos de sus ciencias básicas, de la terapéutica y de la tecnología aplicada al diagnóstico, parecen haber arrojado hacia el borde del camino los atributos seculares del médico y los principios que guiaron el ejercicio de la práctica individual: El interrogatorio, el examen físico y el

razonamiento

Asistimos a una crisis del método clínico que tiene consecuencias preocupantes en nuestra profesión. Nos afecta a todos , países ricos y pobres ,desarrollados y subdesarrollados porque la época que vivimos nos impregna , de manera abierta o embozada ,con sus rasgos temporales .Se considera que la crisis gira ,sobre todo alrededor de los siguientes aspectos . Deterioro de la relación médico paciente, menos precio del valor del interrogatorio y del examen físico , sobre valoración de la función de la tecnología y desinterés creciente por las especialidades de Medicina Interna y de Atención Primaria.

La clínica guía el laboratorio sencillamente el proceso no puede ser a la inversa es la única forma de encontrar racionalmente la verdad, evitar muchos errores, perdida de tiempos, zigzagueos, gasto de recursos y riesgos para el paciente .Es la única forma humanizada de actuar.

Quienes piensan lo contrario parten de un principio equivocado: Considerar que la tecnología sustituye y hace obsoleta a la clínica. Se trata de un sofisma . Que el telecardiograma ponga en evidencia cardiomegalias que no son dadas por el examen físico y en la práctica casi nadie percute la matidez absoluta y relativa del corazón, que requiere mucho entrenamiento y siempre será insegura, y la sustituya por este rápido y eficiente estudio no quiere decir que esta y otras situaciones similares hagan obsoleta la clínica. Los análisis de laboratorio extienden pero nunca reemplazarán las habilidades clínicas, lo que la tecnología cuanto más moderna es sustituir a la tecnología vieja que se ha quedado atrasada y de eso hay decenas de ejemplos.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que el compromiso sustentado en salud para todos en el año 2000 ha sido cumplido en Cuba dándosele un vuelco a la atención médica hacia el nivel primario en la comunidad y con ayuda de esta a la solución de los problemas se hace necesario que nuestras escuelas de medicina profundicen el modelo clínico epidemiológico y social y tiene que abandonar de una vez todo lo acrónico de la ética hipocrática a ultranza y adoptar una concepción más actual que la haga más coherente con los tremendos avances tecnológicos que nos llegan y que necesitamos una contrapartida moral para manejarla ,so pena de caer en una serie de problemas gravísimos que reclaman explicación . Finalmente, sobre otros dos hechos quiero llamar la atención:

1. Que el conocimiento deficiente de aspectos fundamentales de las enfermedades cerebrovasculares es mayor en el nivel primario de salud, precisamente donde se atiende el mayor número de individuo con estas enfermedades.
2. Las deficiencias cognitivas están presentes en grados similares entre los residentes y especialistas participantes en el estudio.

En la dirección de atenuar estas dificultades se hace necesario perfeccionar los programas de formación de médicos y especialistas relacionados con las ECV, en general, y la HSA, en particular; actualizar las fuentes de información sobre el tema; un uso más eficiente de las actividades de educación continuada (cursos, readiestramientos, etc.) y el desarrollo de nuevas herramientas para la enseñanza de la neurología que, unidas a las ya existentes, permitan al sistema de salud disponer de profesionales mejor preparados para el control de estas enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naranjo P. Del juramento Hipocrático a la ética de la salud pública. *Educ med salud* 1994;28(1):12.
2. Franco A S, Ferreira JR. Las ciencias sociales en la formación del personal de salud. *Educ med.salud.* 1992;26(1):23.
3. Suárez J .Contribución al marco teórica para el desarrollo de la acción intersectorial en salud. *Educ med.salud.* 1992;26(2):12.
4. Moreno M A El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica ; 2001.
5. Cabezas Quiroga R. La medicina en los finales del siglo XX. .Reflexiones necesarias .*Rev cuba med* 1993; 32 (3).
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de desarrollo 2000: Medicina Interna .La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1987.

SUMMARY

An investigation has been carried out in order to achieve and identify some cognitive factors that could be the cause of the high morbid-mortality rate during these last years in Matanzas province. To know the possible factors associated to this problem, an enquiry related to the diagnosis and treatment of the cerebrovascular diseases was made to physicians in the province. According to the result analysis, the adverse consequences in the diagnosis and incorrect treatment of these diseases might be extended by the perception absence of the problem and the marked unknowledge they have about the important aspects on this entity.