

El caso clínico en la formación y en la evaluación del MIR

Epónimos, síndromes y datos estadísticos. Estos eran los principales requisitos para superar el examen MIR allá por 1990, el año en que un servidor aspiraba a una de las ansiadas 2.000 plazas ofertadas entre los más de 20.000 aspirantes. Desde la causa bacteriana más frecuente de neumonía en pacientes con fibrosis quística hasta los testículos pequeños y duros del síndrome de Klinefelter había toda una serie de lugares comunes que todo estudiante MIR conocía de memoria. Recuerdo una pregunta sobre el latirismo y la neuropatía atáxica nigeriana que añadió un punto exótico a mi convocatoria. Pero, ¿realmente había que saber medicina para tener éxito en esta prueba? Si preguntáramos a nuestros coetáneos seguramente la respuesta sería negativa: «no es medicina, el MIR solo es "miricina"», describiendo una suerte de sucedáneo barato del conocimiento que, desde el principio, se catalogó como inferior y, en cierto modo, rechazable por los custodios de la pureza clínica universitaria y la enseñanza tradicional. Y seguramente tuvieran razón, pero esa convicción se integró en el núcleo de la conciencia colectiva de los docentes y les motivó un alejamiento de la prueba selectiva, sus artífices e incluso de quienes tenían que enfrentarse a ella, los cuales, en pocas semanas, pasaban de excelentes pupilos en las facultades a erróneos adoradores del tipo test, nocivo y contagioso. Así, cuando con gran acierto los responsables ministeriales decidieron, con gran acierto, aproximar el MIR a la realidad clínica transformando la mayoría de las cuestiones en situaciones asistenciales verosímiles e incorporando pruebas de imagen, la nueva realidad caló en el aspirante, pero no modificó la sentencia escrita en piedra: «una cosa es la medicina y otra muy distinta es el MIR».

Es cierto que uno solo aprende a ser médico de verdad viendo pacientes, fijándose en sus mayores y estudiando mucho caso a caso. Pero también lo es que la medicina teórica se aprende en la facultad con grandes maestros. Y no menos cierto que la orientación clínica de la prueba, vigente durante casi todo el presente siglo, motiva a un estudio integrador y transversal de todas las asignaturas y a un enfoque práctico del mismo.

El estudiante MIR actualmente sabe que para hacer un gran examen necesita no responder preguntas apoyado en su memoria, sino solucionar problemas médicos usando las herramientas que su preparación le ha hecho adquirir. Las preguntas actuales suelen terminar con un: «con esta información, ¿qué actitud tomaría usted a continuación?», y requieren de un razonable dominio de las guías clínicas y de una aplicación no menor del sentido común.

Podemos, como conclusión, hacernos la pregunta de si el actual formato y enfoque de las pruebas selectivas contribuye a tener mejores médicos. La respuesta la dejamos al criterio del lector, aunque no podemos evitar ofrecer una perspectiva interesada: cuanto mejor se domine la teoría de la medicina menos obstáculos quedarán para formar buenos profesionales. Pero no nos olvidemos de que la piedra filosofal de la enseñanza de la medicina es la labor asistencial adecuadamente supervisada y tutelada. Y el ejemplo de nuestros maestros, que nos transmitirán lo que la IA no podrá enseñarnos nunca: el ejercicio de nuestra vocación desde el fondo del alma.

Fernando de Teresa Galván

Cardiólogo. Director académico de CTO Medicina, Madrid, España

Citar como: de Teresa Galván F. El caso clínico en la formación y en la evaluación del MIR. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). (diciembre); 10(3): 101. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a1>.

Cite this as: de Teresa Galván F. Clinical cases in MIR's (Medical Residency Exam) training and evaluation. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (December); 10(3): 101. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a1>.

Autor para correspondencia: Fernando de Teresa Galván. fernando.deteresa@grupocto.com