

## NOTAS OCASIONALES

### ACERCA DEL EXAMEN DE INGRESO A LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

Dr. Miguel A. Maxit

Anualmente el Hospital Privado de Comunidad incorpora alrededor de treinta nuevos médicos residentes a los diversos programas que ofrece. La selección tiene lugar el primer viernes hábil de mayo; después de la inscripción durante todo el mes previo, cuando los aspirantes envían la documentación solicitada: certificados de título médico (generalmente en trámite); datos personales, promedio de la carrera con y sin aplazos, así como aquella información adicional que pueda ser relevante como antecedentes (ayudantías de cátedra, trabajos realizados, conocimientos idiomáticos, entre otros). Dada la disparidad existente entre las distintas escuelas de medicina en su forma de calificar, el promedio de la carrera es tomado como un dato orientador más en la entrevista personal. El concurso se basa pues en un examen escrito y en dicha entrevista personal.

El examen es escrito dado el número de concursantes y consta de 100 preguntas de elección múltiple (*multiple choice*), el cual es corregido por métodos electrónicos (código de barras). Sirve esencialmente para confeccionar un listado de los postulantes que pasarán a la entrevista personal, en general entre 3 a 5 por plaza disponible. La entrevista personal que le sigue tiene un carácter definitivo, ante una mesa integrada por miembros de cada servicio, instructores de residentes y jefes de residentes. Cada año se confecciona un nuevo examen, con preguntas que tratan de ser claras en su exposición y con respuestas que no se presten a confusión o ambigüedades. Son redactados por miembros de cada uno de los servicios que concursan cargos y son seleccionados por el departamento de docencia tratando de que sea un aceptable interrogatorio sobre temas básicos de medicina general. De alguna manera el resultado del examen dará una muestra del grado de conocimientos de los graduados y por consiguiente de alguna manera valorará la educación recibida.

Ignoro si alguna vez estos resultados fueron analizados por los responsables de la educación médica, pero pueden arrojar datos de interés.

Este año tuvimos un total de 560 inscriptos, de los cuales se presentaron a rendir sólo 315 candidatos.

En la tabla 1 están detalladas las Facultades de donde procedían, el promedio general obtenido en el examen fue de 6 puntos. Un postulante logró sólo 3,5 puntos y dos lograron 8,1. Como mencionamos más arriba se trató de tener un planteo claro para cada pregunta y lograr una respuesta inequívoca; que no diera lugar a discusiones. La grilla con las respuestas correctas es publicada de inmediato y el candidato recibió por e-mail la grilla de su examen y el de las respuestas correctas. Hubo dos pedidos de revisión que no modificaron el resultado final.

Analizar las respuestas a 100 preguntas puede tratarse de algo tedioso, más de relatar que de realizar, por lo tanto he elegido algunas que ilustrarán los conocimientos mostrados en el examen; y que probablemente no difieran demasiado de los que se ponen en juego ante un enfermo.

Entre un 89 y 98% de los postulantes respondieron en forma correcta a preguntas sobre:

Tabla 1. Promedio de notas por Universidad.

Universidad	Alumnos	Promedio
Católica de Córdoba	1	7,70
Favaloro	1	7,10
Abierta Interamericana	5	6,40
N. Cuyo	27	6,40
Rosario	28	6,35
Universidad de Buenos Aires	56	6,30
Austral	7	6,21
N. La Plata	78	6,06
del Salvador	5	6,00
de Maimónides	5	5,92
Adventista	1	5,90
Nacional de Tucumán	26	5,87
del Comahue	4	5,85
de Mendoza	5	5,84
Nacional Nordeste	26	5,73
Nacional de Córdoba	28	5,50
Fundación Barceló	11	5,28
del Aconcagua	1	3,50
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>6,00 puntos</b>

Jefe del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.

- Niño con cuerpo extraño en vía aérea.
  - Definición de percentilo.
  - Etiología de la bronquiolitis.
  - Enfermedades prevenibles por la vacuna triple.
  - Primer signo puberal en el varón.
  - Conducta ante una mujer de 23 años no inmunizada con rubeola y anticuerpos negativos para la misma.
  - Utilidad de la vacuna BCG.
  - Definición de incidencia.
- Estas preguntas fueron redactadas por pediatras y médicos de familia.

Las preguntas con menos de un 20% de aciertos fueron:

- La disnea inspiratoria como signo poco característico del síndrome mediastinal superior.
- El ancho del QRS en casos de bloqueo AV completo por infarto de la cara inferior.
- A qué orienta la denominación keratoderma blenorragica.
- La vinculación del parto pretérmino y el nivel socioeconómico de la población.
- La meta para el LDL-C en prevención primaria de acuerdo al NCEP ATP III.

Estas preguntas fueron redactadas por un internista, un cardiólogo y un obstetra.

Analizando al azar algunas preguntas y sus respuestas vemos que 87% de los examinados considera que la disnea estaba entre el síntoma / signo de mayor frecuencia en casos de tromboembolismo pulmonar (273), vemos 17 que eligieron el dolor pleurítico, 7 la hemoptisis, 16 la febrícula y 2 el broncoespasmo.

A una pregunta sobre angina de pecho 27 consideran incorrecto que factores extracardíaco como la anemia o la intoxicación por monóxido de carbono pudieran provocarla, 18 consideran incorrecto que la demanda de O<sub>2</sub> tuviera relación con la presión arterial sistólica, la frecuencia cardíaca, la hipertrofia ventricular y la tensión de la pared ventricular; para 3 examinados la estenosis severa de las coronarias y la interacción de placas de ateromas y plaquetas no estaban relacionados con la angina, pero 264 respuestas (83%) dieron como correcto que en la estenosis aórtica y subaórtica la angina de pecho no está necesariamente relacionada a la estenosis coronaria.

Para un 83% (264) de los examinados la piodermatitis es la complicación más frecuente de la varicela; pero 12 eligieron el síndrome de Reye y 9 la encefalitis, 29 la neumonitis y 1 la hepatitis.

El ensanchamiento mediastinal superior en una radiografía de tórax pudo ser considerado sugerente de un aneurisma disecante para el 75% (258) pero 11 eligieron el ensanchamiento hilar bilateral, 40 una opacidad parahiliar izquierda, 4 un derrame pleural

derecho y 2 un ascenso del bronquio izquierdo.

Para el 74% (233) de los examinados es incorrecto sostener que toda litiasis vesicular tiene indicación quirúrgica como profilaxis del cáncer de vesícula, 51 negaba que sólo una pequeña proporción de sujetos con litiasis asintomática ( $\pm 15\%$ ) desarrollarán síntomas y requerirán colecistectomía. Un examinado negó que una litiasis pudiera descubrirse por casualidad en pacientes asintomáticos por una radiografía o ecografía pedida por otro motivo. Para 22 el carcinoma de vesícula biliar no suele ser precedido por síntomas de colecistitis a veces por muchos años.

Un 73% correctamente identificó al atenolol como la droga capaz de enmascarar síntomas de hipoglucemia pero sólo un 47% afirmó que la digoxina (a diferencia de los inhibidores de la ECA, la espirolactona, el carvedilol y el metoprolol) no probó mejorar la sobrevida en pacientes con disfunción sistólica y sólo un 55% identificó a la disnea de esfuerzo como el síntoma más común de la disfunción diastólica.

A una pregunta sobre el sedimento urinario en casos de síndrome nefrótico sólo un 44% (138) describió el sedimento característico (41 esperaban hallar cilindros hemáticos, 86 sólo cilindros granulosos abundantes, 41 solo hematíes dismórficos).

Para un 68% (213) dos exámenes de orina tomados con un mes de intervalo, que contenían más de 500 mg de proteinuria/24 hs indicaban en un paciente diabético tipo 1 de 28 años, con 19 de enfermedad, glomerulopatía diabética establecida, para 54 sería un signo de alarma e indicaban biopsia renal de inmediato para descartar otra glomerulopatía, para 19 sería necesario descartar una infección urinaria y para 17 no tiene mayor importancia dado un valor menor de 1 g/24 hs, 11 buscaron otra causa que no fuera la diabetes como responsable de la proteinuria.

Un 26% (132) consideraron correcto evaluar a todo hipertenso como portador de una hipertensión secundaria y en proporciones equivalentes negaban que la hipertensión secundaria ocurriera en menos del 5% de los hipertensos adultos, que debe sospecharse en los jóvenes o en los mayores que no responden al tratamiento usual, que puede manifestarse como súbito empeoramiento en un hipertenso conocido o que la historia clínica, el examen físico y el laboratorio de rutina pueden sugerir una causa específica. En otros temas cardiológicos 58% (230) pudieron ver el error en la definición del pulso paradójal que se les ofrecía y 28% (89) afirmaron que el desdoblamiento paradójico del segundo ruido puede auscultarse en el bloqueo completo de rama derecha.

Pasando a preguntas de neurología. Un 87% (275) diagnosticó una migraña con aura correctamente (seguida por cefalea acuminada y cefalea por tensión).

Un 41% (129) identificó a la esclerosis múltiple como la dolencia en que aparece el signo de Lhermitte (seguida por la enfermedad de Wilson y Friedreich); otro 43% (136) identificó la tríada clínica de la hidrocefalia normotensa, 39% (124) acertó en que un infarto lacunar puede presentarse como hemiparesia motora pura (el síndrome de Wallenberg y la hemianopsia homónima contralateral fueron los otros favoritos), el 37% (116) pudo definir correctamente la oftalmoplejía internuclear, 84 la consideró como la ausencia del reflejo de acomodación y en forma pareja las imposibilidades de dirigir la mirada hacia arriba, hacia abajo o para la conjugación. Sesenta y ocho por ciento (217) juzgó que la sialorrea no era un signo cardinal de la enfermedad de Parkinson; pero 70 consideraron que no lo eran los trastornos posturales, 18 el temblor del reposo y 10 la rigidez. Con respecto al síndrome piramidal no sería propio el signo de Babinski (9), ni el clonus (15) ni la hiperreflexia (5) ni el signo de Hoffmann (73). Si bien el 45% (141) de los examinados juzgaron que la oclusión de la arteria cerebral media no produce síncope, 95 juzgaron que no acarrea defectos del campo visual, 7 no lo vinculaban con hemiparesia, 38 con defecto hemisensorial y 34 afasia. Por otra parte, y ya en otro tema, juzgaron que el eritema nodoso no está relacionado con la sarcoidosis (29), con las infecciones por estreptococo (62) ni con la tuberculosis (54). Y con respecto a un tema de gran actualidad, como la epidemia global de HIV, que tiene difusión no sólo en revistas médicas sino también en periódicos y medios de circulación masiva, 40% de los examinados desconocían que el grupo poblacional en el que se registra un más rápido crecimiento de la infección por HIV es el de hombres y mujeres heterosexuales.

Creo que mejor detenernos aquí, pues continuar será abundar en más de lo mismo.

Al analizar las respuestas surgen varias dudas. Es probable que el desconocimiento de la respuesta correcta lleve a elegir otras por apuesta o azar; y que con este mecanismo incluso se logre las respuestas correctas. Las respuestas dadas a la oftalmoplejía internuclear creo que afianzan este tipo de sospecha.

Por ello, en exámenes sucesivos sería mejor calificar un 1 punto la respuesta correcta, -1 cuando es incorrecta y 0 cuando no sabe.

Esto quitaría el factor de juego de azar ante una incógnita y daría mayor peso a la valoración de los conocimientos correctos.

Decía que el objeto de examen era simplemente lograr un listado de mérito, para llamar a la entrevista personal a un número factible de ser entrevistado.

Tratándose de una ciudad de provincia, a la que la mayoría de los candidatos llegan de lugares muy alejados con los gastos que esto significa, tratamos –y siempre logramos– que los resultados estén en carteleras al atardecer del día del examen. Sabemos todo lo que un test por múltiples elecciones no mide necesariamente: capacidad de razonar, el planteo adecuado de un problema, la calidad de una redacción, la caligrafía y ortografía; para no mencionar motivaciones, variedad de intereses y grados de solidaridad y compasión. Algo de esto creemos valorar durante la entrevista personal; en la que justa o injustamente los candidatos son comparados con los mejores o peores que hemos conocido en los últimos treinta años. Es probable que si sometemos a los candidatos a la entrevista personal a desarrollar dos temas por escrito, logremos conocerlos mejor, y algo de lo que perdemos en el test de respuestas múltiples se compensa al observar la capacidad para narrar un acontecimiento o describir una persona sana o enferma, razonar ante distintas posibilidades y plantear diagnósticos diferenciales.

Estos exámenes dejan en los examinados un sabor amargo. Esto se origina en la dificultad de juzgar, el temor a las injusticias, de reconocer méritos y esfuerzos similares que no alcanzan para lograr el puesto ansiado. También nos hace siempre preguntarnos qué ocurre con los que no conseguirán ninguna plaza, qué con los que ni siquiera intentaron acceder a una educación de post grado. Ante un planteo como definir la oftalmoplejía internuclear ¿disparan a lo primero que se les ocurre para salir del paso? Un antiguo y quijotesco colega –ya retirado del Hospital– decía que deberíamos elegir los últimos de la lista. Eran estos los que la sociedad necesitaba mejor educados: los mejores, mal o bien se las arreglarían; pero son los últimos los que revelan una dolorosa orfandad.

Terminaba de escribir estas líneas cuando leo en *La Nación* un artículo sobre el mismo tema<sup>1</sup>. Para acceder a los hospitales porteños en el 2003, hubo 3927 postulantes para 360 vacantes en 30 hospitales. El examen era de 100 preguntas y el promedio fue de 7,5 por examen (para un promedio de carrera de 8,89 puntos). Se afirmaba en este artículo que considerar el acceso a las residencias médicas como un parámetro de calidad de una universidad es relativo. Sólo entró el 10% que está más arriba en las calificaciones. De los que no entraron el año último un tercio tiene 8 o más de promedio. No se mencionan la disparidad calificaciones entre distintas universidades que puede ser la causa del fracaso de muchos promedios altos.

<sup>(1)</sup> *La Nación*, 11 de julio de 2004