



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN
PREGUNTAS (SELECCIÓN ÚNICA)

- 1) El tipo de dolor según su fisiopatología, que es más frecuentemente reportado por los pacientes con cáncer avanzado es:
 - a) Neuropático
 - b) Visceral
 - c) Somático
 - d) Mixto

- 2) Según las investigaciones, se ha demostrado que la prevalencia del dolor por cáncer avanzado varía de acuerdo a los siguientes factores, excepto:
 - a) Sitio de origen del tumor
 - b) Diabetes Mellitus concomitante
 - c) Presencia de metástasis a distancia
 - d) Edad del paciente

- 3) Según la escalera analgésica propuesta por la OMS para el tratamiento del dolor por cáncer, en el segundo paso pueden utilizarse todos los siguientes medicamentos, excepto:
 - a) Indometacina
 - b) Metadona
 - c) Amitriptilina
 - d) Tramadol

- 4) La prevalencia del dolor por cáncer avanzado en Costa Rica es de:
 - a) 38%
 - b) 61%
 - c) 80%
 - d) Se desconoce

- 5) Marque la incorrecta:
 - a) Los pacientes con cáncer avanzado sufren un promedio de 3.3 síntomas en adición al dolor.
 - b) Aproximadamente el 75% de los pacientes con cáncer avanzado reciben tratamiento analgésico inadecuado.
 - c) Los pacientes con cáncer de pulmón están entre los que presentan con mayor frecuencia dolor por cáncer.
 - d) La prevalencia de dolor significativo en los pacientes con cáncer avanzado parece estar entre el 30% y el 60%



HOJA DE RESPUESTAS (Selección única)

Reconocido para el Proceso de Recertificación Médica con 2 créditos de Educación Médica

1	2	3
a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>
b) <input type="radio"/>	b) <input type="radio"/>	b) <input type="radio"/>
c) <input type="radio"/>	c) <input type="radio"/>	c) <input type="radio"/>
d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>
4	5	
a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	
b) <input type="radio"/>	b) <input type="radio"/>	
c) <input type="radio"/>	c) <input type="radio"/>	
d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>	

Instrucciones de llenado:

Usar solamente lápiz para llenar el formulario.

No doblar, pegar, manchar ni engrapar este formulario. En caso de error borre cuidadosamente y vuelva a escribir.



Marcas incorrectas



Marca correcta

Datos personales: (llenar en letra imprenta)

Nombre y apellidos:

N° de Cédula:

Ciudad:

Provincia:

Apartado:

N° Código Médico

Domicilio exacto:

Especialidad:

Teléfono:

E-mail:

Enviar esta Hoja de respuestas a:

Revista Acta Médica Costarricense
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Apartado 548-1000 San José, Costa Rica.
Tel/fax: (506) 232-2406