

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN
Fibrilación atrial

PREGUNTAS (SELECCIÓN ÚNICA)

1. De los siguientes, son signos electrocardiográficos de fibrilación atrial:
 - a. Oscilación irregular de la línea de base del electrocardiograma
 - b. Regularidad del R-R
 - c. Ausencia de ondas P
 - d. Todas son correctas
 - e. A y C son correctas

2. El mecanismo electrofisiológico más común por el cual se genera la arritmia es:
 - a. Automatismo aumentado
 - b. Presencia de múltiples circuitos de reentrada
 - c. Presencia de vías accesorias
 - d. Ninguna de las anteriores

3. En relación con la cardioversión farmacológica del paciente con fibrilación atrial hemodinámicamente estable, los fármacos de elección son:
 - a. Antiarrítmicos de clase II
 - b. Antiarrítmicos de clase IB
 - c. Antiarrítmicos de clase IC
 - d. Antiarrítmicos de clase IA
 - e. Digoxina

4. En un paciente de 65 años, cardiópata isquémico y con fibrilación atrial de alta respuesta ventricular inestable hemodinámicamente, el paso más importante en su manejo es:
 - a. Anticoagulación intravenosa con heparina no fraccionada
 - b. Amiodarona 1200 mg intravenoso en 24 horas
 - c. Realizar cardioversión eléctrica previa sedación y consentimiento informado
 - d. Ninguna de las anteriores

5. En un paciente de 58 años de edad con fibrilación atrial permanente o crónica, diabético e hipertenso, el fármaco de elección para prevenir complicaciones embólicas es:
 - a. Heparina de bajo peso molecular
 - b. Aspirina
 - c. Warfarina más aspirina
 - d. Warfarina
 - e. Ninguna de las anteriores



HOJA DE RESPUESTAS (Selección única)

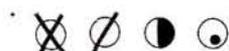
Reconocido para el Proceso de Recertificación Médica con 2 créditos de Educación Médica

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"/>
e) <input type="radio"/>		e) <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"/>	
	e) <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



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Sedación ¿Qué es?, ¿quién debe administrarla?

PREGUNTAS (SELECCIÓN ÚNICA)

1. Para la sedación se utilizan los siguientes fármacos:
 - a. Solo analgésicos
 - b. Hipnóticos únicamente.
 - c. Combinación de analgésicos e hipnóticos.
 - d. Hipnóticos y relajantes musculares.
 - e. Combinación de todos los anteriores.

2. Para la valorar la ventilación:
 - a. El oxímetro es el primero en detectar la hipo ventilación.
 - b. El capnógrafo es el monitor ideal para la ventilación.
 - c. El estado de la ventilación siempre se refleja en la oximetría.
 - d. La oximetría de pulso es un parámetro práctico en la sedacion fuera de sala de operaciones.
 - e. El paciente bajo sedación siempre esta entubado.

3. Respecto al midazolam:
 - a. Puede causar apnea.
 - b. Causa amnesia transitoria durante la sedación.
 - c. Tiene sinergismo con los otros hipnóticos y opioides.
 - d. Todas las anteriores.
 - e. Ninguna de las anteriores.

4. En el período pos sedación:
 - a. Es necesario un lugar adecuado para la recuperación.
 - b. El acompañamiento de un familiar es indispensable.
 - c. El paciente debe ser vigilado por personal adecuado.
 - d. Todas las anteriores.
 - e. Ninguna de las anteriores.

5. Para controlar el dolor se debe:
 - a. Multiplicar el uso de los hipnóticos.
 - b. Utilizar un analgésico potente de corta acción.
 - c. No administrar más fármacos, y pedirle al paciente que aguante.
 - d. Usar un analgésico débil vía intramuscular.
 - e. Todas las anteriores.



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"/>
e) <input type="radio"/>	e) <input type="radio"/>	e) <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"/>	
e) <input type="radio"/>	e) <input type="radio"/>	

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

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: