



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN. Preguntas (Selección Única)
***Streptococcus pneumoniae*.**

1. Cuáles de las siguientes entidades son causadas principalmente por el *Streptococcus pneumoniae* en la población pediátrica?
 - a. Gastroenteritis.
 - b. Neumonía.
 - c. Osteomielitis.
 - d. Bacteremia.
2. El *Streptococcus pneumoniae* es un:
 - a. Bacilo gram positivo.
 - b. Diplococo gram positivo.
 - c. Bacilo gram negativo.
 - d. Ninguna de las anteriores.
3. El *Streptococcus pneumoniae* coloniza mayormente durante los primeros meses de vida:
 - a. Piel y faneras.
 - b. Tracto gastrointestinal.
 - c. Nasofaringe y Orofaringe.
 - d. Tracto genitourinario.
4. Cuáles de estos factores predisponen a un paciente pediátrico a desarrollar enfermedad por *Streptococcus pneumoniae*:
 - a. Edad superior a los 2 años de edad.
 - b. Asistir a guarderías.
 - c. Tener infección viral de las vías respiratorias.
 - d. Edad inferior a los 2 años de edad.
5. La actual vacuna conjugada contra *Streptococcus pneumoniae* se caracteriza por:
 - a. Proteger contra los 23 serotipos más frecuentes en el ser humano.
 - b. Inducir respuesta inmunológica en niños menores de 2 años.
 - c. Proteger contra el 80 a 90 % de los serotipos resistentes a penicilina.
 - d. Propiciar inmunidad de rebaño.

Cuadro de llenado

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

Datos personales: (llenar en letra imprenta)

Nombre y apellidos:

Apartado: _____

N° Código Médico _____

Domicilio exacto: _____

Especialidad: _____

Teléfono: () _____

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) 232-3433, ext.106.