



PREGUNTAS (SELECCIÓN MÚLTIPLE)

1. **¿Cuáles de los siguientes son criterios diagnósticos de *Diabetes Mellitus*?**
 - a) Glucosa plasmática en ayunas > 115 mg/dl
 - b) Glucosa plasmática en ayunas \geq 126 mg/dl
 - c) Glucosa plasmática en ayunas \geq 126 mg/dl confirmado en un día subsecuente
 - d) Glucosa plasmática en ayunas \geq 140 mg/dl confirmado en 1 día subsecuente
 - e) Glucosa plasmática al azar \geq 200 mg/dl

2. **¿Cuál es el objetivo del tratamiento del paciente diabético?**
 - a) Glucemia \geq 110 mg/dl
 - b) Glucemia \geq 126 mg/dl
 - c) Glucemia \geq 140 mg/dl
 - d) Glucemia \geq 180 mg/dl
 - e) Glucemia \geq 200 mg/dl

3. **¿Cada cuánto debe realizarse un fondo de ojo al paciente diabético?**
 - a) Cada 3 meses
 - b) Cada 6 meses
 - c) Cada 12 meses
 - d) Cada 2 años
 - e) Cada 5 años

4. **La meta de buen control diabético en cuanto a Hb glicosilada es de:**
 - a) 6%
 - b) 7%
 - c) 8%
 - d) 9%
 - e) 19%

5. **¿Qué porcentaje de pacientes presentan retinopatía al momento del diagnóstico?**
 - a) 5%
 - b) 6 – 10%
 - c) 11 – 20%
 - d) 21 – 30 %
 - e) 31 – 40%

6. **¿Qué porcentaje de pacientes diabéticos presentará proteinuria al momento del diagnóstico?**
 - a) 5%
 - b) 5 – 10%
 - c) 11 – 15%
 - d) 16 – 20%
 - e) 21 – 25%

HOJA DE RESPUESTAS

Reconocido para el Proceso de Recertificación Médica con 5 créditos de Educación Médica Continua



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		6	
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"/>

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)

Nombres y apellidos:

N° Cédula:

Domicilio:

Calle:

Ciudad:

Provincia:

País:

N° Código Médico:

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) 232-3433, Ext. 132

E-mail: actamedic@medicos.sa.cr