



**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION**

Síndromes Coronarios Agudos: Evaluación y Manejo

Reconocido para el Programa de Recertificación Médica con 1 crédito de EMC para el período setiembre-diciembre de 2000.

**PREGUNTAS (SELECCIÓN UNICA)**

- 1. ¿Cuál de los siguientes pacientes tiene más riesgo de muerte por un síndrome coronario agudo?**
  - a. Paciente con un infarto agudo de miocardio hace 7 años sin dolor anginoso.
  - b. Paciente no conocido cardiópata, que viene presentando dolor anginoso al esfuerzo físico moderado desde hace seis meses.
  - c. Paciente con dolor anginoso desencadenado por una tormenta tiroidea.
  - d. Paciente que sufrió un infarto agudo de miocardio hace 24 horas y continúa con dolor en reposo.
  
- 2. Los siguientes son marcadores enzimáticos de necrosis miocárdica con alta sensibilidad, excepto:**
  - a. Creatinfosfokinasa
  - b. Deshidrogenasa lática
  - c. Troponina T
  - d. Troponina I
  
- 3. ¿El primer instrumento de estratificación de riesgo que se utiliza en el paciente con un síndrome coronario agudo es?**
  - a. La angiografía coronaria.
  - b. La prueba de esfuerzo.
  - c. El electrocardiograma de reposo.
  - d. La determinación enzimática.
  
- 4. El uso de la aspirina en la fase aguda de un infarto de miocardio, reduce la mortalidad en un:**
  - a. 32%
  - b. 28%
  - c. 23%
  - d. 40%
  
- 5. Las siguientes son indicaciones de cirugía de derivación coronaria, excepto:**
  - a. La enfermedad coronaria del tronco izquierdo.
  - b. La enfermedad de la coronaria derecha proximal y la circunfleja.
  - c. Enfermedad de la descendente anterior con disfunción ventricular izquierda.
  - d. Enfermedad de tres vasos coronarios en paciente diabético.

# Revista Acta Médica Costarricense

Julio-Setiembre, 2000. Volumen 42, N° 3

## HOJA DE RESPUESTAS

Reconocido para el Programa de Recertificación Médica con 1 créditos de EMC para el período setiembre-diciembre de 2000

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"/>	

 **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. 130  
Fax: (506) 232-2406

### NOTA ACLARATORIA:

El Cuestionario de Autoevaluación "Diabetes mellitus", Volumen 42(2), Abril-Junio de 2000 es válido para el Programa de Recertificación Médica durante el período 2000.

### 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 de molde)

Nombres y apellidos:

N° Cédula:

N° Código Médico:

Domicilio:

Calle:

Apartado Postal:

Provincia:

Especialidad:

Teléfono:

( )

E-mail: