



**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION: Síncope Neurocardiogénico**

Reconocido para el Programa de Recertificación Médica con 2 créditos de EMC para el periodo 2001.

**PREGUNTAS (SELECCIÓN UNICA)**

---

**1. De los siguientes síncope reflejos, el más frecuente es:**

- a) El síncope por estímulos gastrointestinales (deglución y defecación).
- b) El síncope por estímulo vesical (micción).
- c) El síncope neurocardiogénico.
- d) El síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo.

**2. Las vías eferentes y aferentes para los síncope reflejos están mediadas por los nervios craneales.**

- a) V y VII
- b) IX y X
- c) III y IV
- d) XI y XII

**3. En el síncope neurocardiogénico la respuesta inicial a la inclinación puede ser normal, pero luego (durante el episodio sincopal) se produce:**

- a) Aumento del tono simpático.
- b) Disminución de la actividad simpática y aumento del tono parasimpático.
- c) Disminución del tono parasimpático.
- d) Ninguna de las anteriores.

**4. Dentro de las características clínicas frecuentemente observadas en pacientes con síncope neurocardiogénico tenemos:**

- a) Presencia de un "corazón sano".
- b) Crisis frecuentemente se presentan en posición de pie o sentado.
- c) Antecedentes de episodios sincopales relacionadas a factores precipitantes como: dolor, miedo, estrés emocional, ingesta de bebidas alcohólicas o comida copiosa, calor.
- d) Todas las anteriores.

**5. Con respecto a la prueba de inclinación ("Tilt Test"):**

- a) Está indicada en pacientes con episodios de síncope recurrente y cuya causa no se ha diagnosticado en los estudios iniciales.
- b) Permite diferenciar entre síncope neurocardiogénico convulsivo y epilepsia en pacientes con convulsiones y electroencefalogramas normales.
- c) La recurrencia del síncope en pacientes con una prueba de inclinación positiva es mayor en aquellos en los cuales hay historia de síntomas de más de 2 años de duración o más de 6 episodios sincopales en total.
- d) Todas las anteriores.



**HOJA DE RESPUESTAS**

Reconocido para el Proceso de Recertificación Médica con 2 créditos de Educación Médica Continua para el período 2001

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	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"/>

**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.

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: