



**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN**  
**Cefalea en racimos**

**PREGUNTAS (SELECCIÓN ÚNICA)**

---

1. Las siguientes afirmaciones, en relación a la cefalea en racimos, son correctas, excepto:
  - a) Es más frecuente en hombres que en mujeres
  - b) En la mayoría de los casos, las mujeres presentan síntomas de forma atípica.
  - c) La enfermedad puede aparecer a cualquier edad
  - d) Predomina en individuos de raza negra.
  - e) Investigaciones recientes establecen una prevalencia de 50 a 60 por 100.000
  
2. La mayoría de los ataques de dolor en la cefalea de Horton, se prolongan por:
  - a) 15 a 30 minutos
  - b) 30 a 60 minutos
  - c) 60 a 120 minutos
  - d) Más de 4 horas.
  
3. Las crisis de dolor pueden acompañarse de los siguientes signos, excepto:
  - a) rinorrea
  - b) hiperhidrosis frontal y facial
  - c) miosis
  - d) ptosis
  - e) crisis convulsivas
  
4. La mayoría de los pacientes con cefalea en racimos presentan la forma:
  - a) Episódica
  - b) Crónica
  - c) Progresiva
  - d) Complicada
  
5. Los siguientes medicamentos están indicados en la prevención de la cefalea en racimos, excepto:
  - a) Verapamilo
  - b) Litio
  - c) Sumatriptan
  - d) Corticoesteroides



**HOJA DE RESPUESTAS (Selección única)**

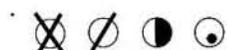
Reconocido para el Proceso de Recertificación Médica con 2 créditos de Educación Médica

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"/>	

**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