



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN
Terapia eléctrica de las arritmias cardíacas

PREGUNTAS (SELECCIÓN ÚNICA)

1. Si en un paciente que tiene colocado un marcapasos aparece en el electrocardiograma ritmo sinusal a 85 latidos por minuto sin evidencia de estimulación por el marcapasos, Ud. podría afirmar que:
 - a. Es el funcionamiento normal del marcapasos
 - b. El marcapasos está disfuncionando
 - c. Esa situación no es posible
 - d. El paciente no tenía indicación para ponérselo
 - e. Debe tener la función de respuesta en frecuencia

2. Está indicada la ablación por catéter en los siguientes casos, EXCEPTO:
 - a. Síndrome de Wolff-Parkinson-White
 - b. Ciertos tipos de taquicardia ventricular
 - c. Las taquicardia paroxísticas supraventriculares
 - d. La fibrilación atrial crónica
 - e. El flúter atrial

3. En un paciente con insuficiencia cardíaca grave, la modalidad de estimulación cardíaca de elección es:
 - a. Marcapasos unicameral
 - b. Marcapasos a demanda
 - c. Marcapasos sincronizador biventricular
 - d. Marcapasos bicameral
 - e. Cardiodesfibrilador

4. Ud. considera indicación clase I de cardiodesfibrilador implantable:
 - a. Síncope de causa desconocida
 - b. Taquicardia paroxística supraventricular
 - c. Paciente que ha sobrevivido un paro cardiorespiratorio
 - d. Pacientes cursando un infarto agudo de miocardio
 - e. Ninguna de las anteriores

5. Son conceptos ligados al funcionamiento de un marcapasos, EXCEPTO:
 - a. Captura y sentido
 - b. Desfibrilación
 - c. Respuesta en frecuencia
 - d. Almacenamiento de electrogramas
 - e. Estimulación bicameral



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"/>	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"/>	
e) <input type="radio"/>	e) <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) 232-2406

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: