



## CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN. Preguntas (Selección Única)

### Fiebre amarilla

1) ¿Como se transmite el virus de la fiebre amarilla?

- a) Objetos contaminados
- b) Transmisión sexual
- c) Picadura de mosquito infectado
- d) Contacto con sangre contaminada
- e) Transmisión anal-oral

2) ¿Cuál es el primer órgano afectado por la infección con el virus de la fiebre amarilla?

- a) Cerebro
- b) Riñón
- c) Hígado
- d) Músculo esquelético
- e) Corazón

3) ¿Cual de los siguientes no es un signo de mal pronóstico?

- a) Hematemesis
- b) Hipotensión
- c) Hematuria
- d) Hipotermia
- e) Hipertermia prolongada

4) ¿En un cuadro clínico de fiebre amarilla de 6 días de evolución, el diagnostico definitivo se hace con:

- a) Reacción en cadena de la polimerasa
- b) Solamente con la clínica
- c) Niveles elevados de transaminasas
- d) Proteína C reactiva
- e) ELISA de IgM

5) ¿Cual de las siguientes no es una contraindicación para la vacuna de la fiebre amarilla?

- a) Embarazo
- b) Niños menores de 9 meses
- c) Inmunosupresión
- d) Antecedente de infección por dengue
- e) Alergia al huevo

### Cuadro de llenado

1	2	3	4	5
a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>
b) <input type="radio"/>	b) <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"/>	c) <input type="radio"/>	c) <input type="radio"/>
d) <input type="radio"/>	d) <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"/>	e) <input type="radio"/>	e) <input type="radio"/>

### Datos personales: (llenar en letra imprenta)

Nombre y apellidos:

\_\_\_\_\_

Apartado: \_\_\_\_\_

N° Código Médico: \_\_\_\_\_

Domicilio exacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

### 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.106.



**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN. Preguntas (Selección Única)**  
**Patogenia de la Hipertensión Arterial**

1- De acuerdo a las categorías establecidas por el JNCVII, el estadio conocido como pre-hipertensión arterial se define como:

- a. Cifras de PA<120/80mmHg
- b. Cifras de presión arterial sistólica de 120-139 y diastólica de 80-89mmHg
- c. Cifras mayores de 160/100mmHg
- d. Ninguna de las anteriores

2- Señale la falsa con respecto a Angiotensina II:

- a. Promueve mitogénesis
- b. Inhibe contracción del músculo liso vascular
- c. Estimula la agregación plaquetaria
- d. Induce peroxidación lipídica

3- De acuerdo a las definiciones establecidas por el JNC VII, se debe considerar hipertenso al diabético cuando:

- a. Tenga cifras de PA>120/80
- b. No es diferente su definición al no diabético
- c. Tenga cifras de PA>135/85
- d. Tenga cifras de PA>140/90

4- Factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo y obesidad:

- a. Estimulan la activación del leucocito inflamatorio.
- b. Favorecen la mayor actividad de angiotensina II
- c. Producen disfunción endotelial
- d. Todas las anteriores

5- Es cierto que Endotelina (señale la verdadera):

- a. Probablemente sea la más potente de todas las sustancias vasoconstrictoras
- b. La Hiperglicemia estimula su liberación
- c. El uso de cocaína produce incremento en los niveles de Endotelina
- d. Todas las anteriores

**Cuadro de llenado**

1	2	3	4	5
a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>	a) <input type="radio"/>
b) <input type="radio"/>	b) <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"/>	c) <input type="radio"/>	c) <input type="radio"/>
d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>	d) <input type="radio"/>

**Datos personales: (llenar en letra imprenta)**

Nombre y apellidos:

\_\_\_\_\_

Apartado: \_\_\_\_\_

N° Código Médico \_\_\_\_\_

Domicilio exacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: (        ) \_\_\_\_\_

**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.106.