



**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN**  
**PREGUNTAS (SELECCIÓN ÚNICA)**

---

- 1) El tipo de dolor según su fisiopatología, que es más frecuentemente reportado por los pacientes con cáncer avanzado es:
  - a) Neuropático
  - b) Visceral
  - c) Somático
  - d) Mixto
  
- 2) Según las investigaciones, se ha demostrado que la prevalencia del dolor por cáncer avanzado varía de acuerdo a los siguientes factores, excepto:
  - a) Sitio de origen del tumor
  - b) Diabetes Mellitus concomitante
  - c) Presencia de metástasis a distancia
  - d) Edad del paciente
  
- 3) Según la escalera analgésica propuesta por la OMS para el tratamiento del dolor por cáncer, en el segundo paso pueden utilizarse todos los siguientes medicamentos, excepto:
  - a) Indometacina
  - b) Metadona
  - c) Amitriptilina
  - d) Tramadol
  
- 4) La prevalencia del dolor por cáncer avanzado en Costa Rica es de:
  - a) 38%
  - b) 61%
  - c) 80%
  - d) Se desconoce
  
- 5) Marque la incorrecta:
  - a) Los pacientes con cáncer avanzado sufren un promedio de 3.3 síntomas en adición al dolor.
  - b) Aproximadamente el 75% de los pacientes con cáncer avanzado reciben tratamiento analgésico inadecuado.
  - c) Los pacientes con cáncer de pulmón están entre los que presentan con mayor frecuencia dolor por cáncer.
  - d) La prevalencia de dolor significativo en los pacientes con cáncer avanzado parece estar entre el 30% y el 60%



**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"/>
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:

Nº de Cédula:

Ciudad:

Provincia:

Apartado:

Nº 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