



**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN**  
**Terapia eléctrica de las arritmias cardiacas**

**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 cardiaca 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"/> |                          |

**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