



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Dolor óseo por cáncer

PREGUNTAS (SELECCIÓN ÚNICA)

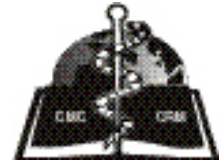
1. En la sensibilización central:
 - a. Se disminuye la transmisión pos sináptica de la medula espinal.
 - b. Se amplifican los efectos sensoriales.
 - c. Disminuye el umbral del dolor.
 - d. Sin efectos en la percepción de dolor.
 - e. El NMDA no está implicado en el proceso.

2. El proceso canceroso puede causar:
 - a. Compresión de nervios periféricos.
 - b. Compresión de médula espinal.
 - c. Dolor total.
 - d. Todas las anteriores.
 - e. Ninguna de las anteriores.

3. La radioterapia en el paciente con dolor óseo por metástasis es:
 - a. No es una medida de elección.
 - b. No es efectiva en este tipo de patología.
 - c. Muchos pacientes obtienen un alivio del dolor.
 - d. No se debe administrar.
 - e. Ninguna de las anteriores.

4. En las recomendaciones de la OMS:
 - a. Combatir los efectos emocionales es fundamental.
 - b. Los AINES son los únicos efectivos.
 - c. Utilizar opioides potentes no está recomendado.
 - d. Hay que aplicar puntualmente estas recomendaciones.
 - e. Ninguna de las anteriores.

5. La terapia del dolor puede producir efectos secundarios:
 - a. Hay que anticipar estos efectos y tratarlos a tiempo.
 - b. Seguir las dosis recomendadas al pie de la letra.
 - c. No buscar métodos de terapia alternativa.
 - d. La tolerancia farmacológica no intensifica los efectos secundarios.
 - e. Ninguna de las anteriores.



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