



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN. Preguntas (Selección Única)
***Streptococcus pneumoniae*.**

1. Cuáles de las siguientes entidades son causadas principalmente por el *Streptococcus pneumoniae* en la población pediátrica?

- a. Gastroenteritis.
- b. Neumonía.
- c. Osteomielitis.
- d. Bacteremia.

2. El *Streptococcus pneumoniae* es un:

- a. Bacilo gram positivo.
- b. Diplococo gram positivo.
- c. Bacilo gram negativo.
- d. Ninguna de las anteriores.

3. El *Streptococcus pneumoniae* coloniza mayormente durante los primeros meses de vida:

- a. Piel y faneras.
- b. Tracto gastrointestinal.
- c. Nasofaringe y Orofaringe.
- d. Tracto genitourinario.

4. Cuáles de estos factores predisponen a un paciente pediátrico a desarrollar enfermedad por *Streptococcus pneumoniae*:

- a. Edad superior a los 2 años de edad.
- b. Asistir a guarderías.
- c. Tener infección viral de las vías respiratorias.
- d. Edad inferior a los 2 años de edad.

5. La actual vacuna conjugada contra *Streptococcus pneumoniae* se caracteriza por:

- a. Proteger contra los 23 serotipos más frecuentes en el ser humano.
- b. Inducir respuesta inmunológica en niños menores de 2 años.
- c. Proteger contra el 80 a 90 % de los serotipos resistentes a penicilina.
- d. Propiciar inmunidad de rebaño.

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.



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN. Preguntas (Selección Única)

Ketamina

1. La ketamina realiza su acción mediante el antagonismo sobre receptores:

- a. Simpáticos
- b. N-Metil-D-Aspartato
- c. GABA
- d. Serotoninérgicos

2. Algunos de los efectos secundarios a la utilización de la ketamina son, excepto:

- a. Aumento de la presión arterial
- b. Aumento de la presión intraocular
- c. Disminución de la frecuencia cardíaca
- d. Aumento de la presión intracraneana

3. Señale la opción incorrecta con respecto a la ketamina:

- a. La ketamina en dosis subanestésicas es útil para el tratamiento de síndromes dolorosos neuropáticos.
- b. Tiene utilidad en la prevención de la hiperalgesia producida por opioides
- c. Su uso ha sido limitado debido a que tiene un precio alto en el mercado
- d. Su efecto antinociceptivo se explica por el antagonismo con los receptores NMDA.

4. Señale la opción correcta con respecto a la ketamina:

- a. La ketamina no se encuentra dentro de los tres grupos de medicamentos utilizados según la escalera analgésica de la OMS
- b. No se ha encontrado que tenga efectividad en el manejo del dolor postoperatorio refractario a opioides
- c. Posee un metabolito inactivo, la norketamina por lo que no hay problema en utilizarse en pacientes con insuficiencia renal
- d. Al utilizarse concomitantemente con opioides se debe disminuir la dosis de los mismos.

5. Sobre la vía de administración de la ketamina para el control del dolor refractario a opioides marque la incorrecta:

- a. El uso de la ketamina oral es más utilizado debido a la carencia de efectos secundarios que se produce utilizando esta vía
- b. La ketamina parenteral puede ser utilizada tanto por vía IM como en terapia infusional
- c. El principal efecto secundario de la ketamina intranasal es la elevación de la presión arterial
- d. La ketamina puede ser administrada por vía intratecal

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.