

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

**CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA**

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla.**
- **El tiempo de duración de las dos pruebas es de tres horas.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

**CONTINÚA EN LA
CONTRAPORTADA**

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

-
- 1 El derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral son los derechos más básicos y primarios de todos los reconocidos en nuestra Constitución Española de 1978, en la medida en que la afirmación de los demás solo tiene sentido a partir del reconocimiento de éstos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referida a este tema es cierta?**
- A) La Constitución Española (CE) de 1978 reconoce este derecho fundamental en su artículo 13.
 - B) La CE establece la abolición, en cualquier circunstancia o situación, de la pena de muerte.
 - C) La CE establece que nadie, en ningún caso, pueda ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
 - D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- 2 ¿Qué artículo del Estatuto de Autonomía para Andalucía señala que "corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios"?**
- A) Artículo 53.
 - B) Artículo 54.
 - C) Artículo 55.
 - D) Artículo 56.
- 3 La Ley 2/1998, de Salud de Andalucía establece, en su artículo 30, que las líneas directivas y de planificación de actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar la finalidad expresada en el objeto de dicha ley constituirán el Plan Andaluz de Salud, que será el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía. Así mismo establece que la vigencia será fijada en el propio plan. En la actualidad, el plan vigente es el IV, que estaba diseñado para el periodo 2013-2020, por lo que el pasado 16 de mayo de 2023, el Consejo de Gobierno firmó un Acuerdo por el que se aprueba la formulación de:**
- A) El V Plan Andaluz de Salud.
 - B) La Estrategia de Salud de Andalucía 2030.
 - C) El Plan Estratégico de Salud 2023-2028.
 - D) Ninguna de las anteriores es cierta.

- 4 **¿A qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita la Escuela Andaluza de Salud Pública, según establece el Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo?**
- A) Secretaria General de Salud Pública e I+D+i en Salud.
 - B) Viceconsejería.
 - C) Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
 - D) Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.
- 5 **Las llamadas Precauciones Estándar en la prevención frente al riesgo biológico establecen, entre otras premisas, que toda sangre humana o fluido biológico así como cualquier material que pueda transmitir infección debe considerarse infeccioso. En este sentido, ¿cuál es la medida preventiva más importante para reducir los riesgos de transmisión de agentes biológicos en nuestro ámbito laboral?**
- A) El uso de guantes.
 - B) El uso de máscaras y protectores faciales y oculares.
 - C) La eliminación de residuos.
 - D) El lavado de manos.
- 6 **Las Comisiones Hospitalarias constituyen uno de los pilares más importantes de la Política de Calidad de los centros sanitarios, constituyéndose como órganos colegiados de asesoramiento técnico a la Dirección del Hospital. ¿Por qué norma legal están reguladas las Comisiones Clínicas y otros órganos colegiados de participación y asesoramiento?**
- A) Por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
 - B) Por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
 - C) Por el RD 328/2004, de 11 de noviembre, por el que se regulan las Comisiones de Calidad en los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
 - D) Por el RD 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- 7 **El vigente Contrato Programa 2023 del SAS con sus centros (Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células) establece tres perspectivas prioritarias, de forma que todos los objetivos se orienten hacia: (señale la FALSA)**
- A) El desarrollo de los profesionales.
 - B) Garantizar la accesibilidad.
 - C) Una asistencia humanizada.
 - D) La eficiencia.

8 Según se recoge en la Exposición de Motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, "El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones". Por otra parte (sigue el texto legal), en nuestra organización política solo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, y de ahí el objeto y ámbito de aplicación de esta Ley 44/2003. ¿Qué establece esta norma legal regulatoria de las profesiones sanitarias en nuestro país?

A) Esta ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia, dejando en manos de la Administración Sanitaria la regulación de las mismas en el ejercicio por cuenta ajena y en los servicios sanitarios públicos.

B) A efectos de esta Ley son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos.

C) La Ley establece en su artículo 2, tres grupos de profesiones sanitarias tituladas: de nivel licenciado, de nivel diplomado y de nivel de formación profesional.

D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

9 La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública es el deber que tiene la Administración de indemnizar a un sujeto cuando, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, causa una lesión o daño que el sujeto afectado no está jurídicamente obligado a soportar. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este tema es cierta?

A) Los procedimientos de responsabilidad patrimonial solo podrán iniciarse a solicitud de la persona interesada.

B) El medio de presentación dependerá de lo que establezca la normativa que regule este procedimiento: si el procedimiento es exclusivamente telemático, no podrá presentar la solicitud en una oficina de asistencia en materia de registros.

C) El plazo máximo que tiene la Administración para la Resolución/Notificación es de 2 meses tras la presentación de la solicitud.

D) En el caso de reclamaciones patrimoniales interpuestas por los ciudadanos ante el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el órgano responsable de la tramitación de las mismas es la Dirección General de Gestión Económica y Servicios del SAS.

- 10 A la hora de evaluar la relación entre dos variables cuantitativas continuas, es cierto que:**
- A) Siempre es una buena idea examinar la relación entre las variables con una gráfica de dispersión.
 - B) Un coeficiente de correlación mide el grado en que dos variables tienden a cambiar al mismo tiempo, describiendo la fuerza de la asociación pero no la dirección de la relación.
 - C) La correlación de Pearson evalúa la relación logarítmica entre dos variables continuas.
 - D) La correlación de Spearman evalúa la relación lineal entre dos variable continuas.
- 11 Un estudio de investigación ha llevado a cabo un seguimiento de una gran muestra (multicéntrica y multinacional) de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico, para evaluar la supervivencia global en función del primer tratamiento oncológico recibido. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes sobre este estudio clínico es correcta?**
- A) Es un diseño clásico de casos y controles.
 - B) El análisis de supervivencia a usar será el método de Kaplan-Meier, al ser una muestra tan grande.
 - C) La estimación del riesgo será un hazard ratio (HR).
 - D) Este estudio no podría diseñarse como una cohorte retrospectiva o histórica, porque no podría determinarse con seguridad el evento o desenlace (muerte).
- 12 UpToDate está disponible para todos los profesionales del SNS, y es probablemente el recurso de información para la práctica clínica más usado en el mundo, considerándose un estándar para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. En la pirámide de Haynes, que clasifica las fuentes que debemos utilizar para encontrar las mejores evidencias en función de su relevancia, y establece una jerarquía de niveles en los que se encuentran las diferentes formas de presentar la información biomédica, ¿dónde se encuadraría el recurso UpToDate?**
- A) Nivel de Síntesis (revisiones sistemáticas)
 - B) Nivel de Sumarios (textos basados en la evidencia).
 - C) Nivel de Sinopsis (resúmenes basados en la evidencia).
 - D) Nivel de Sistemas (herramientas para la toma de decisiones basadas en la evidencia).
- 13 Marc Lalonde, en 1974 y siendo Ministro de Sanidad de Canadá, enunció un modelo que ha tenido una gran influencia en los últimos años, y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores. ¿Cuál de los siguientes factores determinantes de la salud, NO está contemplado en el Informe Lalonde como uno de estos cuatro?**
- A) Biología humana.
 - B) Atención sanitaria y organización de los sistemas de salud.
 - C) Medio ambiente.
 - D) Nivel socioeconómico.

- 14** Tras la aprobación de un nuevo medicamento por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y su comercialización y financiación pública en nuestro país, usted quiere llevar a cabo un estudio de investigación para evaluar la efectividad y seguridad de dicho fármaco en una población de pacientes en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo escrupulosamente las indicaciones aprobadas en su ficha técnica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas a este estudio de investigación es correcta?
- A) Es un ensayo clínico en fase IV (postcomercialización), y le será de aplicación el Real Decreto 1090/2015.
 - B) Es un estudio cuasiexperimental con medicamentos, tipo antes/después, y requiere aprobación por la AEMPS.
 - C) Es un estudio observacional con medicamentos, y le será de aplicación el Real Decreto 957/2020.
 - D) Es un estudio de vida real (o Real World Evidence, en inglés) y no requiere aprobación por un Comité de Ética de Investigación, al tratarse de práctica clínica habitual.
- 15** Los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) que se han ido priorizando en el SSPA son aquellos que representan la mayor parte de las patologías que se atienden en los centros sanitarios de nuestra Comunidad (como Cefaleas, Demencias, Anemias, Asma infantil, Insuficiencia cardiaca, etc.), hasta un total de 41 contenidos en los llamados Mapa 1 y Mapa 2. Indique en qué tipo o grupo de procesos incluiría estos Procesos Clínico-Asistenciales:
- A) Procesos operativos.
 - B) Procesos estratégicos.
 - C) Procesos de soporte.
 - D) Procesos de salud pública.
- 16** ¿Cuál de las siguientes frases define mejor al EEG?
- A) El EEG es el resultado de la suma temporal de los potenciales postsinápticos procedentes de las neuronas piramidales orientadas verticalmente en la corteza cerebral.
 - B) El EEG es el resultado de la suma temporal y espacial de los potenciales postsinápticos procedentes de las neuronas piramidales orientadas horizontalmente en la corteza cerebral.
 - C) El EEG es el resultado de la suma temporal y espacial de los potenciales postsinápticos procedentes de las neuronas piramidales orientadas verticalmente en la corteza cerebral.
 - D) Ninguna de las anteriores.
- 17** De las siguientes afirmaciones, ¿cuál es correcta respecto a la fotoestimulación?
- A) Es un método de activación muy efectivo para desencadenar una crisis de ausencia.
 - B) El estímulo es más provocativo en el momento de cerrar los ojos.
 - C) La lámpara de estimulación debe colocarse a unos 30 cm del paciente.
 - D) Las respuestas B) y C) son correctas.

- 18 Las descargas epileptiformes interictales tienen MENOS probabilidades de ocurrir en:**
- A) N1.
 - B) N2.
 - C) N3.
 - D) Sueño REM.
- 19 Señale la opción FALSA, respecto al EEG en la infancia:**
- A) Después del nacimiento, a medida que se establecen más conexiones intracorticales, el trazado EEG se hace más continuo.
 - B) A partir de los 4-6 meses de edad, las frecuencias alfa constituyen la mayor parte del trazado.
 - C) A los 3-4 meses de edad, podemos observar cierta reactividad de la actividad de fondo a la apertura y cierre ocular.
 - D) Alrededor del año de edad, aparecen frecuencias alfa de predominio posterior.
- 20 En referencia al ritmo de brecha en el EEG, señale la respuesta FALSA:**
- A) Es un ritmo patológico.
 - B) Es debido a un defecto óseo, por la craneotomía.
 - C) La actividad EEG aparece más aguda.
 - D) Se puede confundir con actividad intercrítica.
- 21 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta, respecto de las ondas lambda en el EEG?**
- A) Se observan con mayor frecuencia en adultos jóvenes.
 - B) Se desencadenan al cerrar los ojos.
 - C) Persisten en condiciones de poca iluminación.
 - D) Pueden verse en las regiones occipital, parietal o temporal posterior.
- 22 ¿Cuál es FALSA, en el patrón de brotes-supresión?**
- A) El periodo de supresión puede durar hasta 20 segundos, con amplitud de menos de 5 microV.
 - B) Responde a estímulos dolorosos.
 - C) Algunos pacientes pueden tener mioclonías durante los brotes.
 - D) Se relaciona con encefalopatías.
- 23 Con respecto al patrón EEG de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, ¿cuál es cierta?**
- A) Suele iniciarse con PLEDs.
 - B) La evolución a BIPLEDs o "periodic sharp wave complex" suele tardar meses.
 - C) En fases finales de la enfermedad el EEG puede estar hipovoltado.
 - D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

- 24 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el efecto del sueño en la epilepsia?**
- A) Los trenes más largos de puntas ondas tienen más probabilidades de ocurrir en N2.
 - B) Es probable que el despertar del sueño provoque una crisis en pacientes con epilepsia mioclónica juvenil (JME).
 - C) Es más probable que las convulsiones clínicas focales surjan del sueño de ondas lentas.
 - D) Las descargas epileptiformes interictales focales son más probables de observar durante el sueño ligero.
- 25 En las epilepsias del lóbulo temporal, ¿cuál de las afirmaciones siguientes es cierta?**
- A) Las auras se detectan en EEG de superficie en más del 80%.
 - B) La actividad intercrítica más frecuente son puntas y polipuntas facilitadas por el sueño REM.
 - C) El patrón ictal más frecuente de origen mesial temporal es una actividad epileptiforme de 4 a 7 Hz.
 - D) La actividad intercrítica siempre es unilateral al foco epiléptico.
- 26 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, con respecto al "fenómeno Bancaud"?**
- A) Suele afectar con más frecuencia el lóbulo occipital.
 - B) Ocurre de forma bilateral siempre.
 - C) Se relaciona con migrañas.
 - D) Es ipsilateral a la lesión.
- 27 Los REDs (Repetitive Epileptic Discharges) o puntas repetitivas de baja amplitud, de menos de 50 μ V, son sugerentes de:**
- A) Encefalitis mesial.
 - B) Displasia cortical.
 - C) Variante de la normalidad.
 - D) Epilepsia generalizada.
- 28 Las características de las convulsiones no epilépticas psicógenas (PNES), incluyen todas las siguientes EXCEPTO:**
- A) El inicio es más común en la segunda década.
 - B) Se observa incontinencia en > 10% de los pacientes.
 - C) Se observan características estereotípicas en la mayoría de los pacientes.
 - D) La vocalización se produce en la mitad del evento y no al inicio.
- 29 Referido a las ondas trifásicas en el EEG, señale la respuesta FALSA:**
- A) Son elementos de moderad/alta amplitud, a 1,5-2,5 Hz, con dos o tres ondas negativas/positivas en periodos de 1,5 a 3 segundos.
 - B) No se observan en niños, salvo en intoxicaciones por litio.
 - C) Predominan en áreas posteriores occipitales.
 - D) Ocurren con frecuencia en encefalopatías metabólicas.

30 Señale la opción correcta respecto al patrón encontrado en el EEG en los siguientes estados de toxicidad:

- A) La toxicidad por fármacos puede provocar un patrón de descargas periódicas generalizadas de intervalo corto (PSIDDS).
- B) Las ondas trifásicas aparecen de manera típica en la encefalopatía hepática.
- C) En la toxicidad por baclofeno y litio se han encontrado patrones con ondas trifásicas.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

31 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al EEG en la patología vascular?

- A) Las enfermedades cerebrovasculares son causa infrecuente de lentificación focal.
- B) El coma alfa en relación con infartos que afectan a la formación reticular pontina, se caracteriza por actividad alfa rítmica, sinusoidal y reactiva ante estímulos nociceptivos.
- C) Hay estudios que ponen de manifiesto que lesiones en el bulbo y en la porción superior de la protuberancia pueden cursar con EEG normales.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

32 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta, respecto al efecto en el EEG de las enfermedades hepáticas?

- A) En los grados leves de encefalopatía hepática, se observa una lentificación en la actividad de fondo posterior.
- B) Hasta en un 85% de los pacientes con enfermedades hepáticas aparecen ondas trifásicas.
- C) Las ondas trifásicas son ondas con una deflexión negativa inicial, seguida de una deflexión positiva de alto voltaje, y a continuación de una onda negativa de voltaje variable.
- D) Las ondas trifásicas son simétricas, tienen una frecuencia de 2-4 Hz, predominan sobre el cuadrante anterior del encéfalo, y presentan una demora antero-posterior.

33 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, respecto a las epilepsias mioclónicas progresivas?

- A) Entre ellas se encuentran la enfermedad de Lafora y la enfermedad de Unverricht-Lundborg.
- B) Se caracterizan por mioclonías, crisis epilépticas y alteración neurológica que no progresa.
- C) Son un grupo de enfermedades genéticas autosómicas recesivas, causadas habitualmente por defectos enzimáticos.
- D) En la enfermedad de Lafora, la mayoría de los pacientes fallecen antes de los 10 años.

- 34 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta, respecto a los trastornos paroxísticos no epilépticos?**
- A) La vocalización es un signo específico de trastorno paroxístico no epiléptico.
 - B) En la mayoría de las ocasiones, el trastorno paroxístico no epiléptico aparece cuando el paciente está solo y en situación de peligro.
 - C) Cuando existe actividad motora en el episodio de trastorno paroxístico no epiléptico, suele ser incoordinada, violenta y desorganizada.
 - D) En un mismo paciente, no pueden coexistir episodios de crisis epilépticas propiamente dichas y episodios paroxísticos no epilépticos.
- 35 ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio recomendado para el registro EEG de muerte cerebral?**
- A) Uso de un mínimo de 8 electrodos de superficie y una referencia.
 - B) Distancia entre los electrodos de 2 cm.
 - C) Registro de al menos 30 min.
 - D) Sensibilidad de hasta 2 $\mu\text{V/mm}$.
- 36 ¿Cuáles son los efectos adversos más frecuentes durante la monitorización Vídeo-EEG prolongada?**
- A) Lesiones traumáticas/caídas inducidas por crisis.
 - B) Estatus epiléptico.
 - C) Crisis en clúster.
 - D) Efectos adversos relacionados con la colocación de electrodos.
- 37 ¿Cuál de los siguientes NO es un patrón crítico típico en un registro con electrodos intracraneales?**
- A) Patrón de trenes de puntas rítmicas a 8-12 Hz que se propaga a otras regiones.
 - B) Actividad rítmica de puntas en rango theta (4-7 Hz) o actividad delta (1-3 Hz).
 - C) Patrón de punta-onda a 3.5 Hz que se propaga a regiones contiguas al foco ictal.
 - D) Patrón de bajo voltaje y alta frecuencia, o patrón de electrodecremento.
- 38 Señale la opción FALSA, respecto a la neuroquímica/neurofarmacología del sueño:**
- A) Los antihistamínicos H1 de acción central producen un efecto sedante.
 - B) La deficiencia de orexina es un elemento subyacente a la somnolencia diurna excesiva que acompaña a la narcolepsia.
 - C) Los agonistas GABA-A producen somnolencia.
 - D) Los compuestos colinérgicos suprimen el sueño REM, al mismo tiempo que los anticolinérgicos lo estimulan.

- 39 ¿Cuál de las siguientes NO es una característica definitoria de los movimientos periódicos de miembros durante el sueño, según la Academia Americana de la Medicina del Sueño (AMMS)?**
- A) La duración mínima de cada movimiento es de 1 segundo.
 - B) La duración máxima de cada movimiento es de 10 segundos.
 - C) El número mínimo consecutivo de movimientos, para definir una serie de movimientos periódicos de miembros, es de 4.
 - D) El periodo entre los movimientos en las piernas que se han definido como periódicos, y que los incluyen dentro de una serie de movimientos periódicos, debe ser de 5 a 90 segundos.
- 40 Según la clasificación internacional de los trastornos del sueño de la Academia Americana de la Medicina del Sueño en su tercera edición (ICSD-3), ¿cuál de las siguientes entidades NO se considera una hipersomnia de origen central?**
- A) Narcolepsia tipo 2.
 - B) Hipersomnia asociada a trastorno psiquiátrico.
 - C) Jet lag.
 - D) Síndrome de Kleine-Levin.
- 41 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta, respecto al Test de Latencias Múltiples de Sueño (TLMS)?**
- A) Los datos de normalidad no están disponibles para niños menores de 6 años.
 - B) El TLMS es una prueba diagnóstica que sirve para la valoración objetiva de la somnolencia diurna excesiva.
 - C) Una latencia de sueño media en el TLMS de 15 min se considera normal.
 - D) La presencia de fase REM en dos de las siestas indica la existencia inequívoca de hipersomnia de origen central.
- 42 ¿Cuál de los siguientes criterios NO está incluido dentro de los criterios diagnósticos para el insomnio crónico, según la clasificación internacional de los trastornos del sueño de la Academia Americana de la Medicina del Sueño en su tercera edición (ICSD-3)?**
- A) Dificultad para la conciliación del sueño.
 - B) Dificultad para el mantenimiento del sueño.
 - C) Latencia de sueño mayor de 30 min durante al menos 3 días por semana en los últimos 3 meses.
 - D) Irritabilidad.
- 43 Señale la opción correcta, respecto a las benzodiacepinas:**
- A) Se recomiendan en el tratamiento a largo plazo, porque reducen la latencia de sueño y aumentan la duración del sueño.
 - B) Son eficaces para el tratamiento a corto plazo, y no presentan tolerancia.
 - C) Son eficaces en el tratamiento a corto plazo, y pueden presentar tolerancia.
 - D) Se recomiendan en el tratamiento a largo plazo, porque no pueden afectar a la función cognitiva.

- 44 Según la Guía Europea para el Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio, ¿qué tratamiento se considera primera línea en el abordaje del insomnio?**
- A) Zolpidem y otros fármacos Z.
 - B) Terapia cognitivo-conductual.
 - C) Dadidorexant.
 - D) Trazodona.
- 45 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, respecto a la Apnea Central con patrón de Cheyne-Stokes?**
- A) Esta entidad aparece habitualmente en pacientes mayores de 60 años.
 - B) Los factores predisponentes más importantes son la presencia de insuficiencia cardíaca congestiva, AVC o fallo renal.
 - C) El patrón típico de Cheyne-Stokes aparece de manera predominante en la transición de vigilia a sueño NREM, y durante fases N1 y N2.
 - D) El patrón típico de Cheyne-Stokes aparece de manera predominante en sueño REM.
- 46 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, respecto a la Narcolepsia tipo 1?**
- A) La cataplejía está presente.
 - B) El valor de hipocretina 1 en el LCR es ≤ 110 pg/mL o $< 1/3$ del valor medio normal.
 - C) El TLMS siempre es necesario para su diagnóstico.
 - D) El tratamiento con Pitolisant se considera una opción.
- 47 Indique qué herramienta es la más adecuada para valorar un déficit crónico de sueño:**
- A) Historia clínica y actigrafía.
 - B) Test de latencias múltiples de sueño.
 - C) Test de mantenimiento de vigilia.
 - D) PSG.
- 48 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, respecto al trastorno por retraso de fase de sueño?**
- A) La mayoría de las personas que presentan este trastorno presentan un cronotipo vespertino.
 - B) El polimorfismo en el gen hPer3 se asocia con este trastorno.
 - C) Es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes.
 - D) Se caracteriza por un retraso en la hora de la conciliación del sueño, que se acompaña de un despertar precoz.
- 49 Según la clasificación internacional de los trastornos del sueño de la Academia Americana de la Medicina del Sueño en su tercera edición (ICSD-3), ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta respecto al trastorno del comportamiento en sueño REM?**
- A) El registro EMG muestra un aumento del tono muscular durante la fase REM.
 - B) Los fármacos como los ISRS, betabloqueantes y Pregabalina, pueden desencadenar su aparición.
 - C) Durante los episodios, los ojos permanecen habitualmente cerrados.
 - D) Este tipo de trastorno es más frecuente en varones, y por encima de los 50 años.

- 50 ¿Cuál de las siguientes entidades se considera un síntoma aislado o variante de la normalidad, dentro del grupo llamado trastornos de movimiento en relación con el sueño, de la clasificación internacional de los trastornos del sueño de la Academia Americana de la Medicina del Sueño en su tercera edición (ICSD-3)?**
- A) Síndrome de Pierna Inquietas.
 - B) Temblor hipnagógico del pie.
 - C) Bruxismo.
 - D) Movimientos Periódicos de Miembros.
- 51 ¿Cuál de las siguientes NO es una característica del terror nocturno?**
- A) Se considera una parasomnia NREM.
 - B) Es especialmente frecuente en niños alrededor de 2 años.
 - C) En los niños, habitualmente no es necesario tratamiento farmacológico para estos episodios.
 - D) Los episodios son más frecuentes en el último tercio de la noche.
- 52 ¿Cómo se afecta el número de potenciales de unidad motora (PUMs) polifásicos con la hipotermia?**
- A) Aumenta significativamente.
 - B) Permanece constante.
 - C) Tiene efecto sobre todo en la duración, y afecta poco al número de potenciales polifásicos.
 - D) Disminuye ligeramente.
- 53 ¿Qué se entiende por "frecuencia de reclutamiento" de una unidad motora?**
- A) Frecuencia de disparo de una unidad motora inicialmente activada en el momento que es activada otra unidad adicional.
 - B) Frecuencia media de las unidades motoras activas durante la contracción leve.
 - C) Relación entre la frecuencia promedio de disparo y el número de unidades activas.
 - D) Frecuencia media de disparo de todas las unidades motoras durante la máxima contracción.
- 54 En relación con el análisis del modelo interferencial (IPA), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?**
- A) Cuando la fuerza de contracción aumenta, también lo hace la frecuencia de disparo.
 - B) Cuando la fuerza de contracción aumenta, nuevas unidades motoras son reclutadas.
 - C) El número de segmentos pequeños (NSS) se incrementa de forma constante hasta que el máximo esfuerzo es alcanzado.
 - D) La actividad es definida como el número de milisegundos, de 1 segundo de señal durante el máximo esfuerzo, que contiene actividad de potenciales de unidad motora (PUM).

- 55 De las siguientes afirmaciones a cerca de la actividad EMG en reposo espontánea patológica, una de ellas es verdadera:**
- A) Las fibrilaciones tienen una deflexión inicial aguda negativa.
 - B) Tras una lesión nerviosa, las fibrilaciones aparecen antes en el tiempo que las ondas positivas.
 - C) Una fasciculación siempre tiene una morfología bi o trifásica.
 - D) La duración de las fibrilaciones suele ser de 1-5 milisegundos.
- 56 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente los resultados de la estimulación nerviosa en los síndromes miasténicos?**
- A) La estimulación a baja frecuencia produce incrementos significativos en la amplitud del CMAP (potencial acción motor compuesto).
 - B) Los SNAP (potencial de acción nervioso sensitivo) muestran anormalidades prominentes en los síndromes miasténicos.
 - C) La facilitación post-tetánica durante la contracción voluntaria solo se observa en músculos clínicamente afectados.
 - D) La estimulación a alta frecuencia provoca decrementos en la amplitud del CMAP en todos los músculos afectados.
- 57 En relación con la estimulación repetitiva, ¿qué afirmación es FALSA?**
- A) En relación con los cambios de amplitud, la latencia puede incrementarse sucesivamente en las diferentes respuestas.
 - B) Aunque menos sensible que en musculatura proximal, la estimulación en musculatura distal proporciona resultados más fiables.
 - C) Cuando se estimula nervio facial, es preferible el registro sobre músculo nasalis.
 - D) En pacientes con LEMS, son más frecuentes las anomalías en musculatura distal.
- 58 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre la anastomosis de Martin-Gruber, es correcta?**
- A) Existe una alta incidencia en pacientes con trisomía 21.
 - B) Suele ser bilateral en cerca del 90% de los casos.
 - C) Normalmente se compone de axones motores y sensitivos.
 - D) Se trata de una comunicación de axones desde nervio cubital hacia nervio mediano.
- 59 Señale la afirmación INCORRECTA, sobre la respuesta F:**
- A) Tanto en su vía aferente como eferente, son puramente motoras.
 - B) Es consecuencia de una sinapsis en las neuronas del asta anterior.
 - C) Pueden desaparecer durante el sueño.
 - D) Una cronodispersión de hasta 4 milisegundos, puede ser considerada normal en MMSS.
- 60 ¿Cuál es la recomendación para la estimulación en los estudios de conducción nerviosa motora?**
- A) Estimulación catódica distal.
 - B) Estimulación catódica proximal.
 - C) Es indiferente la situación de los electrodos.
 - D) Estimulación anódica distal.

- 61 ¿Cuál de las siguientes enfermedades NO se ha asociado con anomalías en la respuesta simpático cutánea (SSR)?**
- A) Diabetes.
 - B) Esclerosis múltiple.
 - C) Enfermedad de Parkinson.
 - D) Hipertensión arterial.
- 62 ¿Qué es cierto, refiriéndonos al QST (quantitative sensory testing)?**
- A) Permite valorar el grado de afectación de las fibras sensitivas de gran calibre.
 - B) Nos permite distinguir si la lesión nerviosa es periférica o central.
 - C) Sólo usa un único tipo de estímulo sensorial.
 - D) Nos da una medida objetiva del déficit sensorial.
- 63 En cuanto al Blink Réflex, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:**
- A) No se debe alcanzar una estimulación supramaximal.
 - B) La respuesta R1 es vehiculada a través del N. facial ipsilateral.
 - C) La respuesta R2 es multisináptica.
 - D) En ocasiones puede ser obtenido estimulando el nervio infraorbitario.
- 64 ¿Qué hallazgo electromiográfico NO es característico de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA)?**
- A) Signos denervativos.
 - B) Signos renervativos.
 - C) Decremento de la activación.
 - D) Incremento del "recruitment".
- 65 De las siguientes afirmaciones respecto del diagnóstico neurofisiológico de ELA (esclerosis lateral amiotrófica), ¿cuál NO es cierta?**
- A) Anormalidades en al menos dos músculos inervados por diferentes raíces y nervios para regiones cervical y lumbosacra.
 - B) Anormalidades en al menos un músculo para región bulbo-craneal y torácica.
 - C) Los test neurofisiológicos deberían establecer una combinación de signos denervativos agudos y crónicos en las diferentes regiones establecidas: bulbo-craneal, braquial, torácica y lumbosacra.
 - D) Para el diagnóstico de ELA definitiva es necesario la presencia de signos denervativos/renervativos en región bulbar y, al menos, tres regiones espinales.
- 66 Una de las siguientes afirmaciones sobre la radiculopatía cervical es correcta. ¿De cuál se trata?**
- A) La afectación más frecuente es la radiculopatía C5.
 - B) La radiculopatía cervical está más frecuentemente asociada a hipertrofia osteoligamentosa que a hernia de disco.
 - C) La radiculopatía C7 suele presentarse con ausencia de ROT bicipital.
 - D) Una hernia del disco C5-C6 afecta con mayor frecuencia a la raíz C5.

- 67 En relación con los nervios correspondientes al plexo lumbar, ¿qué es cierto?**
- A) El nervio iliohipogástrico se origina a partir de fibras procedentes de los ramos dorsales de nivel L1.
 - B) El nervio genitofemoral se origina de fibras procedentes de niveles L1 y L2.
 - C) El nervio fémoro cutáneo lateral o externo recibe fibras procedentes de niveles T12 y L1.
 - D) El nervio ilioinguinal da inervación al músculo cremáster.
- 68 Respecto de la radiculopatía L5, ¿qué afirmación de las siguientes NO es verdadera?**
- A) La debilidad en la dorsiflexión del pie es un hallazgo característico de la radiculopatía L5.
 - B) La debilidad de la eversión del pie es característica de la radiculopatía L5.
 - C) La debilidad de la inversión del pie puede verse en radiculopatía L5.
 - D) Una radiculopatía L5 típica o clásica es producida por hernia lateralizada del disco correspondiente a nivel L5-S1.
- 69 ¿Cuáles son características clínicas del síndrome del pronador teres?**
- A) Dolor en la región del codo y debilidad en la extensión del pulgar.
 - B) Dolor y sensibilidad en el pronador teres, debilidad en la flexión del pulgar y abducción del pulgar brevis.
 - C) Dolor en el antebrazo y debilidad en la pronación del antebrazo.
 - D) Dolor en el túnel carpiano y debilidad en la extensión de los dedos.
- 70 ¿Qué NO es cierto, en la parálisis cubital tardía?**
- A) Es un atrapamiento del nervio cubital a su paso por la aponeurosis que une las dos porciones del músculo flexor carpi ulnaris.
 - B) Suele tener antecedentes de traumatismos repetidos.
 - C) La clínica puede simular una lesión de plexo en el punto de Erb.
 - D) A veces puede verse como complicación de diabetes mellitus.
- 71 ¿Qué es FALSO, respecto de la neuropatía peroneal?**
- A) A menudo se afectan la rama superficial y la profunda.
 - B) Se produce un déficit de la inversión del pie.
 - C) Todos los reflejos permanecen inalterados.
 - D) La sensibilidad de la cara externa de pie está preservada.
- 72 Señale la afirmación correcta, en relación con la polineuropatía hereditaria sensitivo-motora tipo I (CMT I):**
- A) Existe un mayor enlentecimiento de las velocidades de conducción a nivel distal que proximal.
 - B) La velocidad de conducción motora alcanza su máximo enlentecimiento alrededor de los 5 años de vida.
 - C) Es una característica de esta entidad, la variación de valores de velocidad entre los diferentes nervios de una misma persona.
 - D) Los valores de amplitud de los potenciales de acción motor compuesto (CMAP) permanecen constantes a lo largo de los años.

73 Dentro de los criterios de consenso para el diagnóstico neurofisiológico de bloqueo parcial de conducción, según la AANEM (American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine), NO se encuentra uno de los siguientes:

- A) Los bloqueos parciales de conducción pueden ser clasificados, según su dispersión temporal, en mínima y moderada.
- B) A nivel distal en nervio mediano, con mínima dispersión temporal, se considera bloqueo de conducción parcial definitivo cuando la reducción de la amplitud del potencial de acción motor compuesto (CMAP) entre codo y muñeca es mayor del 50%, y la de su área del 40%.
- C) Más proximalmente, en nervio mediano, con mínima dispersión temporal, se considera bloqueo de conducción parcial probable cuando la reducción de la amplitud y área del CMAP, entre punto de Erb y axila, es mayor del 50%.
- D) Si existe una moderada dispersión temporal, no se puede considerar que un bloqueo de conducción parcial pueda ser definitivo.

74 Refiriéndonos al test del ejercicio breve en los síndromes miotónicos, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) Se mide la amplitud del potencial de acción motor compuesto (CMAP) después de una contracción al máximo esfuerzo durante un breve periodo de tiempo (5-10 segundos).
- B) Inmediatamente después del máximo esfuerzo, se produce un incremento de su CMAP.
- C) Se evocan sucesivas respuestas cada 10 segundos durante 2 minutos.
- D) En la paramiotonía congénita la normalización de la amplitud del CMAP está bastante retrasada (hasta 60 minutos).

75 En el test de ejercicio prolongado en parálisis periódica, es FALSO que:

- A) Es llevado a cabo durante un máximo esfuerzo de unos 5 minutos de duración.
- B) Frecuentemente se observa un incremento de la amplitud del potencial de acción motor compuesto (CMAP) inmediatamente después de la realización del ejercicio.
- C) El CMAP se mantiene aumentado de forma prolongada durante unos 30-40 minutos tras el ejercicio.
- D) El paciente debe permanecer en reposo antes de realizar el ejercicio.

76 Refiriéndonos a las miopatías congénitas, es FALSO que:

- A) Se asocian frecuentemente a malformaciones congénitas.
- B) El estudio EMG suele mostrar potenciales de unidad motora (PUMs) miopáticos.
- C) El hallazgo de actividad espontánea por denervación (fibrilaciones y ondas positivas) es constante en casi todos los pacientes.
- D) Las cifras de CPK suelen ser normales o ligeramente elevadas.

- 77 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta acerca de los estudios neurofisiológicos en la miastenia gravis?**
- A) El decremento en la respuesta a la estimulación nerviosa repetitiva es constante en todos los músculos.
 - B) Los músculos distales proporcionan resultados más sensibles pero menos consistentes.
 - C) Los músculos comúnmente evaluados incluyen los músculos de la mano y el deltoides.
 - D) El calentamiento del músculo no afecta el rendimiento de los estudios electrofisiológicos.
- 78 Una de las siguientes afirmaciones a cerca del botulismo es FALSA:**
- A) La ausencia de respuesta incremental excluye el diagnóstico de botulismo.
 - B) La presencia de signos denervativos agudos es muy común unos días después del inicio de la enfermedad.
 - C) Los potenciales unidad motora (PUMs) pueden ser inestables y polifásicos.
 - D) En casos severos, la facilitación post-ejercicio puede no ponerse de manifiesto.
- 79 En relación con los síndromes de hiperactividad muscular, ¿qué de lo siguiente es FALSO?**
- A) Las descargas neuromiotónicas son un hallazgo clave en estos síndromes.
 - B) Suelen estar asociados a polineuropatías desmielinizantes.
 - C) El síndrome de hombre rígido es causado por hiperexcitabilidad periférica.
 - D) El síndrome calambre-fasciculación puede considerarse un grado menor que el síndrome mioquimia-calambre.
- 80 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA acerca de la miastenia neonatal transitoria?**
- A) La mayoría de los lactantes nacidos de madres miasténicas no presentan síntomas de miastenia neonatal.
 - B) La miastenia neonatal transitoria se debe a la producción permanente de autoanticuerpos contra el receptor de acetilcolina en el feto.
 - C) Los síntomas de la miastenia neonatal transitoria generalmente aparecen después de segundo o tercer día tras el nacimiento.
 - D) Los estudios electrofisiológicos pueden mostrar anomalías en los músculos distales durante varias semanas tras la recuperación clínica.
- 81 De las siguientes afirmaciones, respecto de los estudios neurofisiológicos en la infancia, sólo una es correcta:**
- A) La duración y amplitud de los potenciales de unidad motora (PUMs) se mantiene constante durante la infancia.
 - B) Las velocidades de conducción sensitiva y motora al nacimiento, en recién nacido a término, son alrededor de 50% del adulto.
 - C) Los potenciales miotónicos son característicos de la enfermedad de Werdnig-Hoffman.
 - D) En la leucodistrofia metacromática, los hallazgos electroneurográficos característicos son compatibles con la presencia de una desmielinización no uniforme, más acusada a nivel distal con preservación de potenciales sensitivos.

- 82 ¿Cuál de los siguientes test neurofisiológicos es más apropiado utilizar en pacientes en UCI, para el diagnóstico de miopatía del enfermo crítico?**
- A) Estudio de fibra simple voluntaria con aguja concéntrica.
 - B) Determinación del índice de latencia terminal.
 - C) Estimulación directa muscular.
 - D) Determinación de la latencia F menos latencia M (índice F-M).
- 83 En un paciente joven, que acude por pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo, de forma aguda, que no se puede explicar con exploración oftalmológica, se realizan potenciales evocados visuales con damero alternante, obteniendo en el lado derecho una onda P100 en 110 milisegundos y 10 microvoltios, y en el lado izquierdo 122 milisegundos y 8 microvoltios, ¿cuál es el diagnóstico más probable?**
- A) Neuritis óptica isquémica anterior.
 - B) Neuritis óptica retrobulbar.
 - C) Miopía.
 - D) Los potenciales evocados se encuentran dentro de los límites de la normalidad.
- 84 Recomendaciones del electrorretinograma: ¿cuál es FALSA?**
- A) Retinitis pigmentaria.
 - B) Diabetes mellitus de larga evolución.
 - C) Sospecha de enfermedad de los conos.
 - D) Esclerosis múltiple.
- 85 En pacientes con criterios de muerte encefálica, ¿qué hallazgos de los siguientes nos encontraremos en los PEATs?**
- A) Ausencia de todas las ondas.
 - B) Ondas I y II intactas.
 - C) Ninguna anomalía.
 - D) Ausencia de onda I.
- 86 Una lesión desmielinizante aislada en médula espinal a nivel torácico, tendrá los siguientes hallazgos en PESS:**
- A) Latencia N20 normal, latencia N20-P35 normal, latencia N9-P14 aumentada.
 - B) Latencia N20 normal, latencia N20-P35 aumentada, latencia N9-N20 aumentada.
 - C) Latencia N20 normal, latencia N20-P35 aumentada, latencia N9-20 normal.
 - D) Latencia N20 aumentada, latencia N20-P35 aumentada, latencia N9-N20 normal.
- 87 En los PESS de nervio mediano en un recién nacido a término, con lesión del plexo braquial, ¿cuál NO es correcta?**
- A) Ausencia de N20.
 - B) Ausencia de P14.
 - C) Ausencia de N9.
 - D) P14 prolongada.

- 88 Sobre el potencial de disparidad (Mismatch Negativity - MMN), ¿cuál es la respuesta cierta?**
- A) Precisa que el paciente preste atención al estímulo infrecuente.
 - B) No se puede usar en pacientes en coma.
 - C) El número mínimo de promediaciones del estímulo infrecuente es 150.
 - D) El potencial de disparidad (MMN) suele aparecer entre los 300 y 400 milisegundos tras la presentación del estímulo.
- 89 Referido a los potenciales premotores o bereitschaftspotential (BP), ¿cuál es la respuesta cierta?**
- A) Expresa la actividad de corteza sensitiva.
 - B) Se presenta como onda lenta negativa antes del movimiento.
 - C) El BP tiene un solo componente.
 - D) Se registra solo en sueño.
- 90 Con respecto a los potenciales evocados por láser (laser-evoked potential, LEP), ¿cuál es la respuesta cierta?**
- A) Se producen por contacto con los mecano-receptores.
 - B) El estimulador produce estimulación de los nociceptores mecano-térmicos.
 - C) El umbral térmico de activación está por debajo de 35 grados.
 - D) Siempre se estimula la misma zona.
- 91 Dentro de las consideraciones generales del uso de agentes anestésicos en la Monitorización Intraoperatoria, ¿cuál es la respuesta cierta?**
- A) Los potenciales evocados auditivos de tronco (PEAT) no suelen afectarse con los anestésicos habituales, siempre que la temperatura central o encefálica se mantenga muy baja (< 32,5°C).
 - B) Los anestésicos intravenosos generalmente afectan más al registro neurofisiológico de los potenciales evocados somatosensoriales que los inhalados (gases halogenados).
 - C) Los componentes corticales de los potenciales evocados somatosensoriales, en general, son los más sensibles a los anestésicos inhalados (gases halogenados).
 - D) La inducción con propofol ocasiona una caída tras el bolo inicial sin recuperación posterior de los elementos corticales de los potenciales evocados somatosensoriales.
- 92 En la cirugía de patología medular descompresiva, ¿qué parámetro hay que valorar prioritariamente?**
- A) Tipo de cambio PESS vs PEM.
 - B) Cambio abrupto o progresivo.
 - C) Relación con maniobras quirúrgicas.
 - D) Todos los anteriores.

- 93 En cirugía de un tumor intramedular a nivel dorsal, monitorizamos potenciales evocados motores (TcMEP) y onda D con electrodo epidural y PESS de miembros inferiores. ¿Cuál de las siguientes respuestas tendría peor pronóstico?**
- A) Durante la intervención observamos disminución de MEPs de más del 50 %, con aumento de latencia de más de 30%, pero sin alteración en el registro de onda D.
 - B) Disminución de amplitud de onda D de más del 20%, sin alteraciones en los MEPs.
 - C) Desaparición de los MEPs, con disminución de más del 50% de amplitud de la onda D.
 - D) Ausencia de respuesta de MEPs y PESS, pero con conservación de onda D.
- 94 En referencia a las técnicas de mapeo cortical y subcortical de las vías motoras, indique cuál de los siguientes enunciados es FALSO:**
- A) El objetivo del mapeo subcortical es saber a qué distancia nos encontramos del haz motor, de cara a realizar una exéresis lo más ajustada posible.
 - B) Las técnicas de mapeo se pueden realizar tanto con el paciente despierto como dormido.
 - C) La técnica de Penfield se suele realizar con un estimulador bipolar con estímulos de 1 milisegundo de duración a 50 Hz.
 - D) La estimulación cortical debe realizarse con el cátodo, y la subcortical debe realizarse con el ánodo.
- 95 Son indicaciones de la Electrocorticografía, todas las siguientes, EXCEPTO:**
- A) Limitar la extensión de la resección.
 - B) Localizar sitios de implantación de estimuladores corticales.
 - C) Ayudar en el pronóstico.
 - D) Monitorización de aneurismas de la ACM (arteria cerebral media).
- 96 Con respecto al mapeo cortical del lenguaje, ¿cuál es la respuesta FALSA?**
- A) Se usa estimulación bipolar de Penfield para obtener respuestas en áreas de lenguaje.
 - B) Se recomienda la utilización de trenes de estímulos de 4 pulsos durante 3 segundos.
 - C) Estos pacientes pueden tener crisis con la estimulación cortical.
 - D) Se inicia la estimulación a baja intensidad (0,5-1mA), y se aumenta paulatinamente.
- 97 En la reducción del riesgo de crisis provocadas por estimulación cortical, ¿cuál es la propuesta cierta?**
- A) La estimulación cortical no provoca crisis epilépticas generalizadas.
 - B) Los tumores frontales tiene un menor riesgo de generalización secundaria.
 - C) En caso de crisis, se irriga el córtex con suero templado.
 - D) Todas las respuestas anteriores son erróneas.
- 98 Nos solicitan Monitorización Intraoperatoria en un caso de aneurisma aórtico complejo. ¿Qué técnicas serían imprescindibles para este tipo de intervención?**
- A) PESS + PEM.
 - B) PEM + EEG.
 - C) EEG + PESS + PEM.
 - D) Ninguna, los cirujanos vasculares no necesitan monitorización intraoperatoria en estas intervenciones.

99 Señale la respuesta correcta, respecto al EEG en el coma:

- A) El patrón alfa difuso se caracteriza por actividad en la banda alfa (8-12 Hz) difusa y continua, que al contrario que la actividad alfa normal, es de predominio anterior, aunque se modifica con la apertura de los ojos o estimulación sensitiva.
- B) El patrón alfa difuso tiene mal pronóstico, y los pacientes que lo presentan suelen fallecer o permanecen en estado vegetativo.
- C) El patrón de husos, caracterizado por la aparición cíclica de husos de sueño, es un patrón de muy buen pronóstico y suele desaparecer en 24-48h.
- D) El patrón de brote-supresión no suele verse en la encefalopatía isquémica.

100 En la cirugía de nervio periférico, señale la respuesta correcta:

- A) El registro nervio-nervio o nervio músculo intraoperatoria suele ser resistente a anestésicos generales.
- B) La isquemia local no produce cambios en el registro nervio-nervio.
- C) El bloqueo de plexo braquial con anestésicos locales está permitido.
- D) La hipotensión sistémica no influye en este tipo de MIO.

CASO PRÁCTICO 1:

Mujer de 36 años, que acude a consulta por trastorno de la marcha desde la infancia. Nos cuenta que presenta disfagia desde hace años y episodios de diaforesis sin causa aparente. Últimamente, refiere estar muy cansada, con cifras tensionales bajas. Dice tener una hermana con sintomatología parecida, a la que le diagnosticaron acalasia. A la exploración clínica presenta voz nasal y atrofia en MMII. Dificultad para la deambulación y ROT muy vivos. Analítica con hemograma y bioquímica que incluye CPK, ácido fitánico, acil carnitina y aminoácidos en orina normales. Glucemia de 60 mgr/dl. Conjuntivitis seca severa. Hace unos meses le diagnostican de insuficiencia suprarrenal, por lo que recibe en la actualidad tratamiento con Hidroaltesona® (hidrocortisona). La RMN cerebral y una biopsia muscular son normales.

101 De los siguientes diagnósticos, ¿cuál le parece más probable?

- A) Adrenoleucodistrofia.
- B) Esclerosis múltiple familiar.
- C) Síndrome de Allgrove (Triple A).
- D) Enfermedad de neurona motora hereditaria.

102 ¿Qué hallazgo neurofisiológico esperaríamos encontrar en esta paciente?

- A) Respuesta repetitiva decremental.
- B) Disminución de las amplitudes de los potenciales motores (CMAP).
- C) Test de esfuerzo breve alterado.
- D) Descargas miotónicas y fasciculaciones.

103 A la paciente se le realizó estudio de conductancia electroquímica cutánea mediante Sudoscan®, presentando los siguientes resultados (medidos en microsiemens) sobre manos y pies: MSI: 40; MSD: 45; MII: 51; MID: 53. En el contexto clínico de esta paciente, ¿qué interpretación se podría hacer de dichos valores?

- A) Alteración de la función sudomotora periférica por probable disautonomía.
- B) Función sudomotora normal.
- C) Alteración de la función sudomotora en probable relación con insuficiencia suprarrenal y tratamiento con Hidrocortisona.
- D) Función sudomotora corregida tras la toma de Hidrocortisona.

104 ¿Cuál de los siguientes test neurofisiológicos, nos aportaría MENOS información acerca de la afectación neurológica que se produce en esta paciente?

- A) Respuesta simpático cutánea.
 - B) Estudio de conducciones sensitivas y motoras.
 - C) Potenciales evocados.
 - D) Estimulación repetitiva.
-

CASO PRÁCTICO 2:

Varón de 14 años, derivado a nuestra unidad por episodios de somnolencia diurna excesiva (SDE). AF: Madre de 47 años. Cáncer de mama, resuelto. Padre de 48 años. Sano. 2 hermanos de 19 y 14 años. Hermano de 19 años sospecha de EM, asma extrínseca, alergia a alternaria y epitelio de gato, en tratamiento con vacunas orales. Migraña. Hermano de 14 años, sibilancias recurrentes en primera infancia. No antecedentes psiquiátricos. Antecedentes personales: Nacido de embarazo y parto sin incidencias. Bien vacunado, según calendario, no opcionales. Vacuna de la gripe anual. No ingresos previos. IQ: adenoidectomía y amigdalectomía. No otros antecedentes de interés. Anamnesis: Cuando valoramos a este paciente varón de 14 años por primera vez en nuestra unidad, refiere que viene presentando episodios de SDE autolimitados desde que tenía 12 años. El primer episodio comenzó con una SDE exagerada, durmiendo hasta 17 horas al día, y se acompañó de confusión, apatía y lo que parece según describe una sensación de desrealización. La duración del episodio fue de 5-6 días. Parece que unos días antes de comenzar con el episodio había estado resfriado. Estos episodios, desde entonces, se han ido repitiendo en intervalos de 40-75 días. Algunos episodios se han acompañado de hiperfagia (con predilección por alimentos hipercalóricos), de manera que ha engordado 15 kg desde el primer episodio. No refiere hipersexualidad en ninguno de los episodios. Sí que refiere amnesia de todos los episodios. La duración media de los episodios suele ser de 10-12 días. Habitualmente después de los episodios presenta insomnio durante 2-3 días. Entre los episodios, el paciente se encuentra asintomático y refiere que el día anterior a que comience la SDE se encuentra muy raro, como confundido.

105 Ante la clínica descrita, ¿cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?

- A) Narcolepsia tipo 2.
- B) Síndrome de Kleine-Levin.
- C) Brote psicótico.
- D) Dormidor largo.

106 ¿Qué prueba diagnóstica es necesaria para llegar a un correcto diagnóstico?

- A) PSG + TLMS durante el brote.
- B) PSG + TLMS cuando se encuentre asintomático.
- C) PSG aislado, para valorar la eficiencia de sueño.
- D) No es necesaria ninguna prueba diagnóstica objetiva para poder llegar al diagnóstico de la entidad sospechada.

107 Ante la sospecha clínica, ¿qué prueba de imagen cree que le puede aportar algún dato de interés, según los estudios publicados al respecto?

- A) TAC craneal durante el período sintomático.
- B) RM cráneo-cervical durante el período sintomático.
- C) SPECT cerebral durante el brote.
- D) Radiografía craneal durante el período sintomático.

108 Respecto al trastorno sospechado en este paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) La duración típica del episodio con clínica, es de 10 días como media.
- B) El primer episodio suele estar desencadenado por una infección o ingesta alcohólica, entre otros.
- C) La amnesia anterógrada es típica.
- D) Es más frecuente en hombres, con una ratio de 10:1.

CASO PRÁCTICO 3:

Paciente de tres años, remitida por sospecha de cierto retraso del lenguaje y que ha presentado varios episodios otíticos, sobre todo de otitis externa. A la exploración tiene orofaringe con hipertrofia amígdalar criptica, con hiperemia marcada. Otomicroscopia: Tímpanos íntegros con cierta maceración de CAEs. Tímpano derecho algo deslustrado. Impedanciometría: Curva normal centrada en oído izquierdo, y tipo B en oído dcho. No dismorfias ni discromías. Jerga propia. Escaso contacto ocular. No obedece en este momento a órdenes sencillas. Sí imita algunas acciones, como ponerse la cinta métrica en la cabeza. No focalidad neurológica. Estudio genético normal. Se remite para audiometría por PEATS, por "Sospecha de hipoacusia neurosensorial. Adenoamigdalitis recidivante con ototubaritis oído derecho". Se le realiza audiometría con PEATS, de la que se muestran resultados en el Cuadernillo de Imágenes.

109 En una audiometría por potenciales evocados acústicos de tronco-encéfalo, ¿cuál es el objetivo?

- A) Evaluar la interlatencia I-III.
- B) Evaluar el umbral de audición, detectando la onda V.
- C) Evaluar la amplitud de la onda V.
- D) Detectar la onda I con diferentes intensidades de estímulo.

110 En la audiometría por PEATS, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) A intensidades bajas solo se detecta la onda V.
- B) La estimulación se realiza de forma creciente, aumentando poco a poco la intensidad.
- C) Los cambios de intensidad se realizan de 10 en 10 dB.
- D) Las latencias de las cinco ondas pueden variar según la edad del paciente.

111 ¿Qué es el umbral objetivo, en la audiometría por PEATs?

- A) Es la respuesta más baja en la que se pueden registrar todas las ondas.
- B) Es la respuesta más baja en la se detecta la onda V.
- C) Está definido por convenio en 10 dB nHL.
- D) Es la intensidad de estimulación inicial que se usa.

112 Como en este caso, en el que se evalúa un niño no cooperador, ¿qué respuesta NO es recomendable?

- A) Utilizar melatonina.
- B) Darle de comer antes de la exploración.
- C) Hacer la exploración a última hora de la mañana, para no molestar a los otros pacientes.
- D) Excepcionalmente se utiliza anestesia general.

113 Según todos los datos aportados, ¿cómo concluiría este estudio?

- A) Estudio de audiometría por PEATs normal.
- B) Umbral auditivo patológico a 40 dB bilateral.
- C) Umbral patológico a 30 Db derecho.
- D) Estudio con hipoacusia neurosensorial.

CASO PRÁCTICO 4:

Paciente varón de 61 años, camarero de profesión. Antecedentes personales: infección por Citomegalovirus hace años. Eczema dishidrótico. Síndrome subacromial por artrosis acromioclavicular. Enfermedad actual: presentó omalgia izquierda irradiada a todo miembro de ese lado hace unos 4 meses. Tras unas semanas, desapareció el dolor y apareció una progresiva debilidad e impotencia funcional de dicho miembro, que le ocasionó frecuentes caídas de objetos en el trabajo, sobre todo de la bandeja. Exploración: amiotrofia de deltoides anterior, supraespinoso e interoseos. Déficit motor 3/5 en flexión, abducción y pronación de brazo. No alteraciones sensitivas. Reflejos bicipital y tricipital ausentes. Maniobras subacromiales positivas. RMN: Infiltración grasa extensa a nivel del deltoides, supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y en menor grado subescapular. En el Cuadernillo de Imágenes, le mostramos los valores del estudio ENMG correspondiente a este paciente.

114 ¿Qué hallazgos electromiográficos se evidencian tras el estudio EMG realizado?

- A) Signos denervativos agudos en miotomos C5, C6.
- B) Signos denervativos agudos en miotomos C8-D1.
- C) Descargas miotónicas en miotomos C7.
- D) Signos renervativos agudos (polifásicos) en miotomos C8.

115 ¿Qué diagnóstico de sospecha clínico-neurofisiológico sería el más probable?

- A) Radiculopatía C7-C8 de reciente aparición, favorecida por el trabajo realizado en su profesión.
- B) Plexopatía aguda/subaguda por afectación postganglionar de tronco primario superior.
- C) Radiculopatía aguda/subaguda, posiblemente por lesión preganglionar C5-C7 de causa autoinmune, asociado a radiculopatía crónica C7-C8/D1 por posible estenosis de canal asociado a la edad.
- D) Neuropatía de nervios musculocutáneo y axilar.

116 ¿Qué NO sería cierto, respecto del caso clínico expuesto?

- A) Los hallazgos electrodiagnósticos encontrados, pueden correlacionarse con el diagnóstico de polirradiculopatía.
- B) Los hallazgos electrodiagnósticos encontrados, en el contexto clínico del paciente, son compatibles con el diagnóstico de neuralgia amiotrófica.
- C) Con los hallazgos electrodiagnósticos encontrados, podemos decir que la renervación ha llegado a su fin.
- D) Con los hallazgos electrodiagnósticos encontrados, podríamos decir que el proceso lesivo se sitúa a nivel preganglionar.

117 ¿Qué NO es cierto, respecto de la neuralgia amiotrófica?

- A) Posiblemente se trate de un proceso autoinmune.
- B) Característicamente debuta con debilidad de miembro afectado.
- C) Después de varias semanas aparece debilidad y atrofia.
- D) Puede encontrarse afectación contralateral.

CASO PRÁCTICO 5:

Paciente mujer de 57 años, que acude a la Unidad de Sueño. AF sin interés. AP: fumadora de 1 paquete al día, artrosis y AOS en tratamiento con CPAP a 8 cm de agua. La paciente refiere que desde hace 2-3 años nota una sensación muy desagradable en las piernas, que describe como hormigueo exagerado, sensación de inquietud interna y necesidad imperiosa de mover las piernas. Esta sintomatología aparece sobre todo por las tardes-noches, y mejora al mover las piernas o levantarse a deambular por la casa. La paciente refiere que la sintomatología le está influyendo en la conciliación del sueño. No refiere somnolencia diurna ni cansancio.

118 Ante esta sintomatología, ¿qué trastorno de sueño sospecha y qué actitud le parece la más correcta?

- A) Síndrome de Movimientos Periódicos de Miembros durante el sueño. Realizamos PSG.
- B) Síndrome de Piernas Inquietas. Pautamos tratamiento con Clonazepam.
- C) Síndrome de Piernas Inquietas. Solicitamos analítica que incluya ferritina.
- D) Síndrome de Piernas Inquietas. Solicitamos PSG.

119 ¿Qué opción terapéutica NO está contemplada para el tratamiento de la clínica de la paciente?

- A) Agonistas dopaminérgicos.
- B) Pregabalina.
- C) Gabapentina.
- D) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

120 Indique cuál de los siguientes fármacos NO se considera capaz de desencadenar o agravar la clínica que refiere la paciente:

- A) Antagonistas dopaminérgicos.
- B) Antihistamínicos sedantes.
- C) ISRS.
- D) Pitolisant.

121 Ante un valor de ferritina de 95 microgramos/l, ¿qué haría en esta paciente?

- A) Tratamiento con hierro oral durante 3 meses.
- B) Tratamiento con hierro oral hasta lograr un valor de ferritina sérica de 150 microgramos/l.
- C) Tratamiento con hierro i.v.
- D) Ninguna de las anteriores.

122 ¿Qué característica NO es cierta, de la entidad que se sospecha en esta paciente?

- A) No se ha descrito en la población pediátrica.
- B) Se ha descrito durante el embarazo.
- C) Se ha descrito asociación con genes como BTBD9, MEIS1 y PTPRD.
- D) Respondo esta respuesta porque ninguna de las contempladas en las respuestas anteriores corresponde a una característica de la entidad sospechada.

CASO PRÁCTICO 6:

Paciente varón de 7 años de edad, derivado por somnolencia diurna excesiva (SDE) de 1 año de evolución sin causa clara aparente. AF: Madre con terrores nocturnos y dificultad para el mantenimiento del sueño. Hermana roncadora nocturna con apnea del sueño, que no ha precisado intervención. Primo hermano celiaco. Prima hermana con terrores nocturnos. AP: Parto por cesárea por presentación de nalgas. Prematuro 36 semanas. No sufrimiento fetal. Peso: 2.160 kg; Long: 48 cm. No lactancia materna, lactancia artificial. Deambulación a los 18 meses, no gateó. Primeras emisiones sin finalidad comunicativa a los 7 meses, con finalidad a los 12-13 meses. Buena evolución del habla con una correcta articulación a los 4 años aproximadamente. Buena evolución cognitiva. Anamnesis: Sus padres refieren que desde siempre ha sido *“malo para dormir”*, se despertaba muchas veces por la noche desde bebé. Desde hace 6 meses, el niño comienza con clara SDE, aunque ya venían notándola desde hace aproximadamente 1 año. Se queda dormido fácilmente en distintos momentos inapropiados del día y en los que antes no tenía problemas, por ejemplo, jugando con su hermana o con sus amigos, viendo los dibujos animados que más le gustan, hablando con sus padres... En el colegio no refieren problemas en la evolución y desarrollo del niño. Su padre refiere que el niño duerme de manera muy ligera, que no llega a dormir profundamente. El niño dice que muchas veces le da miedo dormirse por

las noches, parece que a veces ve “*sombras raras*” según dice, pero no sabe especificar más en este sentido. Duerme con su hermana en la habitación. Su hermana tiene 4 años y duerme bien. Su padre dice que duerme mucho mejor y más tranquilo cuando está acompañado, bien por ellos o por su hermana. No refieren episodios de terrores nocturnos ni pesadillas claras. No somniloquia. No es roncadador. Horario de sueño: se acuesta sobre las 22h, habiéndose dormido ya en el sofá antes. Se despierta varias veces (4-5 veces) a lo largo de la noche, para pedir agua, pipi... A las 8h habitualmente lo despiertan para ir al colegio. Desde que ha empezado con la SDE, se despierta de mal humor y muy irritable. Los fines de semana se despierta a las 9h. Por la tarde duerme una siesta de 1 hora y media aproximadamente desde este verano, sin influirle en el sueño nocturno. Los fines de semana, si está en casa tranquilamente, duerme además de la siesta de por la tarde, una siesta por la mañana de 1 hora y media. Estas siestas también han aparecido de manera más exagerada desde este verano. Aunque suele hacer siestas largas, sus padres refieren que se despierta mucho mejor cuando duerme siestas cortas, de 20 min aproximadamente. Su padre describe muy claramente un cambio radical respecto al sueño desde este verano. No parecen existir episodios de parálisis de sueño. Respecto a posibles episodios de cataplejías, el niño refiere que se pone muy flojo cuando se está riendo mucho; por ejemplo, le pasa mucho jugando con sus primos o haciendo bromas con su padre. En ocasiones refiere que cuando está jugando al fútbol y va a darle a la pelota para meter gol, nota como si la pierna le fallara sin querer y no puede golpear la pelota. No refieren que tome de manera reglada ningún fármaco, ni refieren posibilidad de ingesta accidental de los mismos. No refiere cambios de peso significativos. Peso actual: 23 kg. Se ha realizado RM craneal que es normal.

123 ¿Cuál cree que es el manejo más apropiado de este paciente, respecto al trastorno del sueño que presenta?

- A) Se sospecha una AOS, y se realizará poligrafía.
- B) Realizar estudio PSG + TLMS, por sospecha de hipersomnia central tipo Narcolepsia tipo 2.
- C) Realizar estudio PSG + TLMS, por sospecha de hipersomnia central tipo Narcolepsia tipo 1.
- D) No existe patología de sueño, y por lo tanto no requiere acción específica por nuestra parte.

- 124 El paciente fue citado para un estudio de sueño mediante PSG + TLMS para una correcta valoración de la SDE. Los principales resultados obtenidos fueron: hipnograma que muestra una clara fragmentación del sueño con la presencia de 20 episodios de vigilia intrasueño, eficiencia de sueño de 80.75%, latencia de sueño de 1 min y latencia de fase REM de 2 min. Los porcentajes de las distintas fases de sueño pueden verse en la tabla y el hipnograma que les mostramos en el Cuadernillo de Imágenes (Caso práctico N° 6). No se obtienen datos sugestivos de SAOS ni de otra patología de sueño específica. Durante el día que se realizó el TLMS, el paciente se pone a jugar con su padre, intentando hacer carreras a la “pata coja” y hacer equilibrio. Se ríe mucho y no es capaz de mantener el equilibrio, estando todo el tiempo flojo y con la típica facies catapléjica. ¿Qué opción le parece más correcta, en base a estos resultados?**
- A) Tratamiento con melatonina, ante la fragmentación del sueño.
 - B) Aunque no es necesario, completamos el estudio con determinación de HLA DQB1*0602, y comenzamos tratamiento con medidas de higiene de sueño.
 - C) Comenzar tratamiento con Oxibato sódico a dosis de 3 g en dosis única.
 - D) No existen datos de patología de sueño.
- 125 El estudio HLA DQB1*0602 es positivo, lo que indica alta susceptibilidad para la presencia de narcolepsia. Con todos los datos obtenidos y la clínica del paciente, se determina el diagnóstico de muy probable narcolepsia tipo 1. Indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es verdadera respecto a las características clínicas propias de la narcolepsia en edad infantil:**
- A) Los episodios de cataplejía al inicio de la enfermedad suelen ser desencadenados por las emociones.
 - B) La facies catapléjica se caracteriza por ptosis palpebral, hipotonía facial y protusión lingual.
 - C) Los episodios de cataplejía pueden llegar a conformar episodios de movimientos complejos, con fase positiva y fase negativa de los mismos.
 - D) El sueño nocturno se encuentra normalmente fragmentado.
- 126 Respecto al abordaje terapéutico de la narcolepsia infantil, señale cuál NO se considera una opción para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva:**
- A) Oxibato sódico.
 - B) Pitolisant.
 - C) Melatonina.
 - D) Siestas programadas.
-

CASO PRÁCTICO 7:

Varón de 13 años, que consultó por adenopatías cervicales de 5 meses de evolución, llegándose a un diagnóstico posterior de linfoma de Hodgkin clásico, variante esclerosis nodular. Recibió varios esquemas de tratamiento de quimioterapia (Vincristina, Doxorubicina, Prednisona, Etopósido, Ciclofosfamida), con varias recaídas. Trasplante autólogo posterior. No se pauta inmunoglobulina. Por último, se añadió Brentuximab. Tras varios ciclos con esta medicación, y después de varias semanas de tratamiento, presentó debilidad de predominio distal en MMSS e

hipoestesias en manos, por lo que se decidió su retirada. Exploración Neurológica: MOTORA: Debilidad distal bilateral 2/5 en radial y cubital, 1/5 en territorio mediano, 0/5 en interóseos. Mano derecha 1/5 extensión de muñeca, 3/5 flexión de muñeca. Mano izqda 3/5 flexión y extensión de muñeca. Resto de grupos musculares en MMSS 5/5. En MMII 5/5 en todos los grupos musculares. SENSITIVA: MSD: Hipoestesia en eminencia tenar, 1º, 2º y 3º dedo de mano derecha; eminencia hipotenar, 4º y 5º dedos sin afectación sensitiva. MSI: Hipoestesia en 5º dedo y cara cubital de 4º dedo. No afectación sensitiva en MMII. ROT: hipoactivos de forma generalizada. Abolido estilorradiar bilateral. Punción lumbar: aspecto en agua de roca, glucosa 56 mg/dL, proteínas 28.4 mg/dL, cloro 126 mEq/L, leucocitos 1 de carácter mononuclear. No se solicitaron anticuerpos antigangliosidos. Se le realizó el estudio ENMG con los resultados que puede ver en el Cuadernillo de Imágenes.

Tras la retirada de Brentuximab, el paciente comienza a presentar mejoría en la condición motora, persistiendo en la actualidad una leve-moderada disfunción para actividades donde tenga que manipular con manos.

127 Con los hallazgos ENMG, ¿cuál de los siguientes diagnósticos neurofisiológicos le parece más apropiado?

- A) Polineuropatía generalizada sensitivo-motora con bloqueos de conducción y probable pérdida axonal secundaria.
- B) Polineuropatía generalizada sensitivo-motora sin bloqueos de conducción.
- C) Polineuropatía sensitivo-motora limitada a MMSS.
- D) Polineuropatía generalizada de predominio axonal sin bloqueos de conducción.

128 ¿Qué entidad es MENOS probable que haya ocurrido en este paciente?

- A) CIDP asociado a quimioterapia.
- B) Síndrome de Guillain-Barré asociado a quimioterapia en paciente con linfoma.
- C) Trastorno polineuropático inflamatorio desmielinizante adquirido de causa inmune.
- D) Trastorno mixto polineuropático-miopático secundario a linfoma.

129 ¿Cuál de la siguientes entidades NO se corresponde con una CIDP atípica, según la European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society (EFNS/PNS)?

- A) DADS (distal acquired demyelinating symmetric-polineuropathy).
- B) AMAN (acute motor axonal neuropathy).
- C) MASDAM (multifocal acquired demyelinating sensory and motor neuropathy).
- D) Sensitiva pura.

130 Brentuximab es un medicamento conjugado de anticuerpo-fármaco usado en el tratamiento del linfoma. ¿Cuál de las siguientes entidades NO ha sido asociado a su uso?

- A) CIDP.
- B) Miopatía necrotizante.
- C) Polineuropatía generalizada simétrica y distal de carácter leve.
- D) Síndrome de Guillain-Barré.

CASO PRÁCTICO 8:

Niño de 6 meses de edad que ingresa por neumonía. Presenta retraso en el desarrollo motor con incapacidad para la sedestación. La Rx de tórax pone de manifiesto una cardiomegalia, confirmada mediante ecografía, la cual muestra signos de miocardiopatía hipertrófica. A la llegada el niño está alerta y sonriente. Peso de 6,42 Kg (por debajo del percentil 5), perímetro craneal de 41 cm (por debajo del percentil 5). Estatura de 65 cm (percentil 25). Exp. Neurológica: Pares craneales normales. Lengua normal. Hipotonía generalizada con disminución del control cefálico. Debilidad generalizada de predominio proximal. ROT ausentes. Babinski/clonus ausentes. Retirada con estímulos punzantes presente. EKG con voltajes elevados indicativos de hipertrofia biventricular. Analítica: CPK 2.403 UI/ml, GOT 363 UI/ml, GPT 198 UI/ml. ENG: Latencias F retrasadas para la edad en nervios mediano y cubital. Resto de parámetros normales. EMG: Se exploran músculos bíceps braquial, cuádriceps y tibial anterior derechos. En todos se evidencia aumento de la actividad de inserción, signos denervativos agudos y potenciales miotónicos. Así mismo en todos se registran PUMs inestables y polifásicos. Abundantes PUMs de duración disminuida y patrón reclutamiento interferencial precoz.

131 Los hallazgos ENMG referidos en este niño, son compatibles con el siguiente diagnóstico neurofisiológico:

- A) Miopatía activa miotónica.
- B) Miopatía no activa.
- C) Miotonía sin miopatía.
- D) Patrón neurógeno con denervación activa.

132 Con los hallazgos ENMG anteriormente descritos, y en el contexto clínico de paciente, ¿qué diagnóstico le parecerá más acertado?

- A) Miopatía core central.
- B) Miopatía nemalínica.
- C) Enfermedad de Pompe.
- D) Enfermedad de Werdnig-Hoffman.

133 ¿Cuál de las siguientes NO es una característica de la entidad que nos ocupa?

- A) Déficit de ácido maltasa.
- B) Ausencia de miotonía clínica.
- C) Cardiomegalia.
- D) Malformaciones congénitas asociadas.

134 ¿En cuál de las siguientes entidades neuromusculares infantiles, es poco probable encontrar signos de inestabilidad de membrana (fibrilaciones y ondas positivas)?

- A) Leucodistrofia metacromática.
- B) Atrofia muscular espinal infantil.
- C) Distrofia muscular de Duchenne.
- D) Botulismo.

CASO PRÁCTICO 9:

Paciente de 20 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, empieza a los 4 años con 2 crisis /año, aumentando en los últimos 5 años. Semiología de los episodios estereotipados con dolor o presión paravertebral cervical y dorsal que se queda así (frecuencia 5-6 al día) o evoluciona con sialorrea e imposibilidad de hablar, sin desconexión del medio, a veces pérdida de sensibilidad de MSD, giro cefálico a la izquierda, vómito, clonias de MSD y generalización tónico-clónica. Medicación con 3 fármacos antiepilépticos. Un ingreso en UCI por crisis prolongada, sin diagnóstico de estatus. EEGs previos anodinos, salvo un EEG con focalidad intermitente sobre área temporo-parietal derecha. RM: No se observan imágenes que sugieran lesiones estructurales en hemisferios cerebrales. Reducción de volumen con pérdida de estructura interna e hiperintensidad FLAIR T2 de cabeza-cuerpo-cola del hipocampo derecho. Video-EEG prolongado (5 días) con los siguientes hallazgos: actividad basal dentro de límites de la normalidad, no se observa actividad intercrítica epileptiforme. Presentó 6 episodios breves y autolimitados por los que avisa la propia paciente, muy similares a los suyos habituales: dudosa alteración de la consciencia, sensación nauseosa y dolor de espalda poco delimitado y de corta duración. En estos episodios el EEG muestra artefacto continuo por parpadeo sobre electrodos bifrontales, que se superpone en áreas adyacentes, no pudiéndose objetivar actividad epileptiforme crítica. (Ver imagen 1 asociada al caso, en el Cuadernillo de Imágenes). Estos episodios, en los que no se registraban cambios EEG, se consideraron en un primer tiempo como posibles trastornos paroxísticos no epilépticos.

135 En este contexto, ¿cuál de las siguientes propuestas considera correcta?

- A) Se tratan de crisis psicógenas.
- B) Pueden ser crisis focales sin repercusión en el EEG.
- C) Pueden coexistir, en esta paciente, epilepsia + crisis psicógenas.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

136 A partir de las 0:35h del 12/07/2023, la paciente comienza con clínica durante unos 20 minutos abigarrada de náuseas, oscilación del nivel de conciencia y temblor tipo "tiritona". Tras esto acontecen 2 crisis parciales con desconexión del medio y actividad motora, con generalización tónico-clónica secundaria, sin recuperación de la conciencia entre ellas, presentando, tras las mismas, clínica y eléctricamente un status parcial no convulsivo, por lo que es sedada y trasladada a UCI. El primer desarrollo de clínica fluctuante presenta un registro electroencefalográfico con inicio poco claro con una asimetría interhemisférica, objetivándose frecuencias más rápidas con actividad aguda sobre hemisferio derecho. Las 2 crisis parciales inician con desviación oculocefálica hacia la izquierda, elevación de MSI y distonía de la mano derecha, con desconexión del medio, y posterior actividad breve tónico clónica, sin recuperación de la conciencia entre ellas. Esta clínica se correlaciona con actividad aguda rítmica (ver imágenes 2 y 3 asociadas al Caso Práctico Nº 9 en el Cuadernillo de Imágenes). ¿Cómo clasificaría esta crisis, según las imágenes EEG aportadas?

- A) Crisis focal con inicio en área parieto-occipital derecha.
- B) Crisis focal de inicio frontal izquierdo, con generalización secundaria.
- C) Crisis generalizada.
- D) Episodio paroxístico no epiléptico con artefacto EMG.

137 Referido al patrón electroencefalográfico de las crisis focales, señale la respuesta FALSA:

- A) El patrón EEG de crisis focales aparece siempre como descarga de puntas rítmicas.
- B) La descarga suele ser unilateral.
- C) En casos de zona epileptogénica profunda, aparece lentificación rítmica.
- D) Si aparece actividad rítmica contralateral, lo consideramos generalización 2ª.

138 Entre los 2 episodios, y tras la finalización del mismo, persiste una actividad crítica parieto-occipital derecha compatible con crisis subintrantes/status parcial no convulsivo hemisférico derecho (vea la imagen 4 en el Cuadernillo de Imágenes, asociada al Caso Práctico Nº 9). A las 6 horas, aproximadamente, se hace control en UCI con la paciente asintomática, en la que no se evidencia actividad epileptiforme. Según los criterios modificados de Salzburgo, sobre estatus no convulsivo, para considerarlo estatus, los hallazgos EEG deben presentar todo lo siguiente, EXCEPTO:

- A) Estar presentes durante épocas de más de 30 segundos.
- B) Descargas epilépticas > 2,5 Hz.
- C) Actividad rítmica > 0,5 Hz + clínica sutil.
- D) Aumento de la frecuencia comparado con registro basal + clínica.

139 Con respecto a las crisis psicógenas (CP), ¿cuál es la respuesta FALSA?

- A) La concordancia de crisis epilépticas y crisis psicógenas (CP) es de más del 40% de los casos de epilepsia farmacoresistente.
- B) La presencia de CP es una causa frecuente de farmacoresistencia.
- C) El video EEG no siempre permite el diagnóstico de CP.
- D) La combinación de VEEG y anamnesis es el gold estándar para diagnóstico de CP.

140 Las siguientes semiologías pueden orientar a crisis psicógenas, SALVO:

- A) Larga duración de los episodios.
 - B) Ojos abiertos.
 - C) Llanto ictal.
 - D) Curso fluctuante.
-

CASO PRÁCTICO 10:

Paciente varón de 76 años con la siguiente historia clínica: Insuficiencia cardiaca con disfunción sistólica ligera, FEVI 49,3%, clase funcional II. Cardiopatía isquémica crónica con cirugía de revascularización coronaria e implante de dos stents farmacoactivos con Zotarolimus. Portador de marcapasos Enitra 8 DR-T de Biotronik®. Arteriopatía crónica periférica de MMII. Ictus en territorio de ACP izda. (POCI). Estenosis 50-70% de ACII asintomática. Predominancia vertebral derecha. GMSI (gammapatía de significado incierto) IgA Kappa de riesgo intermedio. Hipertensión arterial. DMNID de larga evolución. Estreñimiento persistente. Estenosis de canal lumbar con descompresión reciente. Exp. Neurológica: Debilidad extensores dedos pie izquierdo a 4. Amiotrofia de pedios bilateral. No fallos artrocinética, vibratoria reducida en rodilla izquierda, anodina en maléolo y pie izquierdo y reducida maléolo derecho y abolida en pie derecho. Hipoalgesia en calcetín. Marcha taloneante e inestable. Precisa bastón desde hace dos años. ROT bicipitales y tricipitales débiles, resto abolidos. Mutación genética en BRCA2 en hermana. El paciente refiere astenia y cansancio desde hace años, más acusados en los últimos meses por lo que ingresado para su estudio.

141 Ante los datos clínicos y exploratorios de este paciente, como causa de su deterioro neurológico, nos plantearíamos diferentes causas. ¿Cuál sería la MENOS probable?

- A) Radiculopatía lumbosacra bilateral + polineuropatía secundaria a diabetes mellitus.
- B) Polineuropatía generalizada sensitivo-motora secundaria a gammapatía IgA.
- C) Nuevo ictus embólico.
- D) Polineuropatía generalizada de origen paraneoplásico, al tener el paciente mayor posibilidad de presentar mutación en BRCA2.

142 El estudio genético mostró ser positivo para la mutación Val50Met. Teniendo esto en cuenta, ¿qué actitud es la MENOS aconsejable?

- A) Nueva descompresión quirúrgica por re-estenosis de canal lumbar.
- B) Realización de gammagrafía cardíaca.
- C) Estudio genético en este paciente por mutación en BRCA2 en la hermana.
- D) Estudio ENMG.

143 Una vez realizado el estudio ENG (consulte resultados de la exploración en el Cuadernillo de Imágenes, Caso Práctico N° 10), ¿qué diagnóstico neurofisiológico le parece más correcto?

- A) Polineuropatía de fibra gruesa sensitivo-motora de probables características mixtas (axonal/ desmielinizante).
- B) Polineuropatía de fibra fina.
- C) Valores acordes a la edad del paciente.
- D) Polineuropatía motora con bloqueos de conducción.

144 La presencia de la mutación Val50Met en el gen de la TTR nos lleva a sospechar que este paciente pueda tener alterados los siguientes test neurofisiológicos, EXCEPTO uno. ¿Cuál sería?

- A) Respuesta simpático cutánea.
- B) QST (quantitative sensory testing).
- C) Variabilidad de Intervalo RR.
- D) Test de esfuerzo prolongado.

CASO PRACTICO 11:

Paciente varón de 57 años, derivado a la Unidad de Sueño por sospecha de “parasomnia vs síndrome de piernas inquietas”. Como antecedentes personales encontramos hipertrofia benigna de próstata, bloqueo AV, HTA, dislipemia y cervicoartrosis. No existen antecedentes familiares de interés. Tratamiento actual con Tamsulosina, Ramipril, Sinvastatina y Furosemida. Pérdida de olfato desde hace 4 años aproximadamente. El paciente refiere que desde hace 6-7 años, presenta episodios durante el sueño en los que grita, da golpes, habla, y realiza movimientos bruscos en relación con los sueños, habiéndose caído de la cama en varias ocasiones. El paciente no suele ser consciente de estos episodios, y a veces recuerda algunos sueños en los que describe que es atacado por perros y personas desconocidas. Su mujer se queja de patadas durante la noche y de ronquido exagerado. El paciente se va a la cama sobre las 00.00h, tarda en dormirse unos 15-20 min y dice que durante la noche se despierta varias veces, volviéndose a dormir sin problemas. Por la mañana se encuentra descansado, y no tiene quejas de somnolencia diurna excesiva. Escala de Epworth 9/24. IMC: 27.58.

145 Ante esta historia clínica, ¿qué trastorno de sueño es el que se muestra más evidente?

- A) Trastorno de Comportamiento en Sueño REM (TCSR).
- B) Síndrome Movimientos Periódicos de Miembros durante el Sueño.
- C) Apnea Obstructiva del Sueño.
- D) Terror nocturno.

146 Al realizar estudio PSG se encuentran los siguientes resultados: latencia de sueño de 23 min, latencia de REM de 260 min, eficiencia de sueño 77.09%, IAH 6.62 (IAH REM 2.1, IAH NREM 4.45), índice de movimientos periódicos de miembros 13.9, duración de fase REM 21.3 min. El paciente no presenta episodios de parasomnia durante la noche. Vea el hipnograma en el Cuadernillo de Imágenes. Tras estos resultados obtenidos en el PSG, ¿qué opción de las siguientes le parece más correcta?

- A) Existe un IAH significativo, por lo que diagnosticamos al paciente de AOS moderada.
- B) No se puede descartar la existencia de un TCSR, y se diagnostica al paciente de una AOS moderada.
- C) No se puede descartar la existencia de un TCSR, y se diagnostica al paciente de un Síndrome de Movimientos Periódicos de Miembros durante el Sueño.
- D) No se puede descartar la existencia de un TCSR.

147 ¿Qué dato es correcto para poder cuantificar una época de fase REM como REM sin atonía, según las normas recogidas por la Academia Americana de la Medicina del Sueño en su manual de codificación vigente (The Manual for Scoring of Sleep and Associated Events, versión 2.6)?

- A) Un aumento de actividad muscular tónica en el mentón en al menos el 20% de la época.
- B) Un aumento de actividad muscular fásica en mentón o miembros en al menos el 50% de miniépocas de 3 segundos de las que hayamos dividido la época de fase REM.
- C) Un aumento de actividad muscular fásica en el mentón en al menos el 75% de miniépocas de 3 segundos de las que hayamos dividido la época de fase REM.
- D) Un aumento de actividad muscular tónica en al menos el 75% de la época.

148 En el análisis detallado de la actividad muscular de la fase REM de nuestro paciente, encontramos un 36.5% de las épocas de fase REM con características propias de fase REM sin atonía, según los criterios vigentes de la Academia Americana de Medicina del Sueño. ¿Qué respuesta le parece más correcta en base a estos datos?

- A) Existen datos de una fase REM sin atonía, que es criterio diagnóstico por sí solo para un TCSR.
- B) No existen datos para poder definir una fase REM sin atonía.
- C) Existen datos de una fase REM sin atonía, que es criterio diagnóstico de un TCSR, pero hace falta repetir el estudio PSG para intentar registrar episodios de TCSR, dato necesario para poder llegar al diagnóstico final.
- D) Existen datos de una fase REM sin atonía, que junto con la clínica del paciente, apoya la existencia de un muy probable TCSR.

149 Al final de todos los estudios que se consideraron necesarios en este paciente, se llegó al diagnóstico final de TCSR. ¿Qué afirmación le parece más adecuada respecto a este trastorno?

- A) Hay que descartar que el paciente no esté tomando tratamiento antidepresivo (Bupropion), por poder ser precipitantes de TCSR.
- B) Los betabloqueantes y la Selegilina pueden ser precipitantes de un TCSR.
- C) Existe un TCSR de presentación crónica, en los pacientes en proceso de retirada de fármacos sedantes o hipnóticos.
- D) El TCSR puede aparecer en cualquier momento de la noche, siendo más frecuente en los primeros 15 min del sueño nocturno.

150 ¿Con qué tipo de trastorno neurológico se relaciona el trastorno de comportamiento en sueño REM?

- A) Alfa-sinucleinopatías.
- B) Enfermedad desmielinizante.
- C) Silla turca vacía.
- D) Tumor de hipotálamo.

151 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, respecto al EEG normal durante el sueño en la infancia?

- A) Los ciclos de sueño-vigilia se organizan aproximadamente a partir de las 34 semanas de gestación.
- B) La periodicidad del ciclo sueño-vigilia en el RN a término es de unos 120 min, con intervalos que oscilan entre 90-150 min.
- C) En el RN a término, el sueño activo se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos y respiración irregular.
- D) A partir de los 2-4 meses de edad, los husos de sueño están claramente expresados como secuencias de ondas rítmicas fusiformes de 12-14 Hz.

152 ¿Cómo se calcula la ratio de reclutamiento utilizado para evaluar la función motora normal?

- A) Restando la frecuencia de disparo promedio por el número total de unidades motoras.
- B) Dividiendo la frecuencia de disparo promedio por el número de unidades activas.
- C) Sumando la frecuencia de disparo de todas las unidades motoras.
- D) Multiplicando la frecuencia de disparo promedio por el número de unidades activas.

153 Referido a los diversos anestésicos generales utilizados en Monitorización Intraoperatoria, ¿cuál es la respuesta cierta?

- A) No afectan a respuestas corticales evocadas.
- B) Los opioides se pueden utilizar en dosis bajas, al causar escasos efectos sobre el registro EEG.
- C) Altas concentraciones de anestésicos inhalatorios son seguras para registrar PESS.
- D) Los agentes inhalatorios no alteran la contractibilidad muscular.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS OPOSITORAS:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS OPOSITORAS Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.

