

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

ACCESO: LIBRE

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:
FEA NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA 2021

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con 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 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.**
- 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 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.
- 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 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.
- 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 CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

-
- 1 ¿Qué Título de la vigente Constitución Española de 1978 se dedica a los derechos y deberes fundamentales?**
- A) El Título Preliminar.
 - B) El Título II.
 - C) El Título I.
 - D) El título V.
- 2 Todos los siguientes son derechos reconocidos en el Estatuto de Autonomía de Andalucía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía), EXCEPTO:**
- A) Se reconoce el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la ley.
 - B) Todos tienen derecho a acceder a la formación profesional y a la educación permanente en los términos que establezca la ley.
 - C) Las mujeres tienen derecho a una protección integral contra la violencia de género, que incluirá medidas preventivas, medidas asistenciales y ayudas públicas.
 - D) Las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía una pensión complementaria a la del Estado, en caso de que esta fuera la mínima.
- 3 Entre los principios generales contemplados en el artículo 3 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) hay uno que se añadió con posterioridad a la aprobación del texto legal, en concreto en el año 2007. ¿Cuál es este principio general?**
- A) El principio de igualdad entre hombres y mujeres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.
 - B) El principio de que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
 - C) El principio de extender las prestaciones sanitarias a los extranjeros residentes en España y a los inmigrantes en situación de desamparo.
 - D) El principio de coordinación efectiva de las políticas y actuaciones públicas en materia de prestaciones sociales y asistenciales.

- 4 ¿Qué establece nuestro vigente Estatuto de Autonomía de Andalucía sobre los decretos-leyes?**
- A) Que son medidas legislativas provisionales que requieren de la convalidación expresa por el Parlamento en los 90 días subsiguientes a su promulgación, siendo automáticamente derogados en caso contrario.
 - B) Que son medidas de extraordinaria y urgente necesidad dictadas por el Consejo de Gobierno.
 - C) Que podrán emplearse para la aprobación de los presupuestos de Andalucía, siempre que sean posteriormente aprobados en el Parlamento tras un debate y votación de totalidad.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 5 El reciente Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo, ha establecido un nuevo órgano o centro directivo en el Servicio Andaluz de Salud, que se conoce por:**
- A) Dirección General de Familias, Cuidados Sociosanitarios y Atención a las Dependencias.
 - B) Dirección General de Planificación de Recursos.
 - C) Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria.
 - D) Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados
- 6 ¿Por qué normas legales se encuentra regulada la Agencia Española de Protección de Datos?**
- A) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.
 - B) Real Decreto 389/2021, de 1 de junio.
 - C) Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 7 ¿A quién compete la creación, modificación o supresión de una categoría de personal estatutario, según establece el articulado del vigente Estatuto Marco (Ley 55/2003)?**
- A) Al Consejo Interterritorial del SNS.
 - B) A la Comisión de Recursos Humanos del SNS.
 - C) A cada Servicio de Salud en el ámbito territorial de sus competencias.
 - D) Al Ministerio de Sanidad.

- 8 Referido a la tarjeta sanitaria de Andalucía, ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?**
- A) La tarjeta sanitaria de Andalucía ha tenido varios modelos, por lo que habrá de asegurarse en su centro de salud que el que dispone es el vigente, ya que de lo contrario no se podrá acceder a la información que consta en la Base de Datos de personas usuarias.
 - B) Cuando cambia la situación de la persona titular de una tarjeta (por ejemplo si cambia la aportación sobre los medicamentos que le corresponde) es necesario cambiar la tarjeta sanitaria.
 - C) El centro de atención telefónica Salud Responde, disponible las 24 horas al día, 955 54 50 60, atiende las consultas sobre la tarjeta sanitaria de Andalucía.
 - D) Las personas con cobertura sanitaria pública que residen en Andalucía deben disponer de tarjeta sanitaria, a partir de los 18 años.
- 9 Si usted acude al Biobanco para llevar a cabo un estudio de investigación en el que precisa de determinadas muestras biológicas (MB), y le indican que tiene disponible una colección de MB que cumple sus criterios de selección pero que se trata de muestras anonimadas, ello significará:**
- A) Que usted no tendrá permiso para ponerse en contacto con las personas fuente de esas MB, ya que en su momento no dieron su consentimiento para ello.
 - B) Que usted no podrá identificar a las personas fuente de esas MB, puesto que los datos identificativos han sido disociados de manera permanente.
 - C) Que son MB procedentes de personas que desean permanecer anónimas en el proceso de su utilización en investigación.
 - D) Que son MB que no tienen ninguna información asociada a las mismas.
- 10 Según la Ley de Salud Pública de Andalucía (Ley 16/2011, de 23 de diciembre), a todo fenómeno de potencial riesgo para la salud de la población y/o de trascendencia social frente al que sea necesario desarrollar actuaciones de salud pública urgentes y eficaces, se denomina:**
- A) Crisis de salud pública.
 - B) Emergencia sanitaria.
 - C) Alerta sanitaria.
 - D) Alarma de salud pública.
- 11 ¿Cómo se conoce el organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan las 17 Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, creado en el 2002 y adoptado en 2003 por el Consejo Interterritorial como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS?**
- A) Medicina Basada en la Evidencia España.
 - B) GuíaSalud.
 - C) Colaboración Cochrane España.
 - D) CASPe.

12 Múltiples estudios realizados en los últimos veinte años nos han permitido conocer de manera bastante fiable la frecuencia y distribución de los efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria. Una revisión y síntesis de los mismos se muestra en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 (publicado por el MSSSI en 2016), donde se indica que la frecuencia en nuestro país -con cifras muy similares a las de países de nuestro entorno- se sitúa:

- A) En torno al 5% de los pacientes atendidos en hospitales (hospitalización y urgencias) y al 1-2% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria.
- B) En torno al 2% de los pacientes atendidos en hospitales (hospitalización y urgencias) y al 9-10% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria.
- C) En torno al 20-25% de los pacientes atendidos en hospitales (hospitalización y urgencias) y al 10-12% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria.
- D) En torno al 9-12% de los pacientes atendidos en hospitales (hospitalización y urgencias) y al 1-2% de los pacientes atendidos en centros de atención primaria.

13 Referido a la voluntad vital anticipada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) La Declaración de Voluntad Vital Anticipada es la manifestación oral ante notario realizada por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones en materia sanitaria que deben respetarse en el caso de que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.
- B) El Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (RVVAA) se crea al amparo de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, aunque la norma (Decreto) que debe regular su organización y funcionamiento está pendiente de desarrollarse.
- C) Sólo pueden declarar y registrar su voluntad vital anticipada las personas mayores de edad.
- D) En el RVVAA se permite designar a una persona de confianza, un/a representante, para que decida las preferencias sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que uno recibirá cuando no pueda expresar personalmente su voluntad.

- 14 El artículo 21 de la Ley 2/2010 (Ley "de Muerte Digna" de Andalucía), establece los deberes de los profesionales sanitarios respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), entre los que encuentran recogidos todos los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Reconoce la LET como un ejercicio de buena práctica clínica, cuando se emplea en una situación clínica que lo aconseje y para evitar la obstinación terapéutica.
 - B) Establece que la LET se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados, y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica.
 - C) Determina que la LET debe consensuarse con el paciente, debiendo éste firmar por escrito su consentimiento.
 - D) Obliga a que tanto la justificación de la LET, como la identidad y opinión de los profesionales sanitarios que intervienen en el caso, queden registradas en la historia clínica.
- 15 ¿Qué técnicas inferenciales permiten realizar afirmaciones sobre parámetros desconocidos de la población, a partir de la información contenida en una muestra?**
- A) Intervalos de confianza y contrastes de hipótesis.
 - B) Estimaciones estocásticas y test paramétricos.
 - C) Inferencias probabilísticas y pruebas robustas no paramétricas.
 - D) Test de la binomial y prueba de Poisson.
- 16 Con respecto a la última actualización del sistema 10/20 o ampliado 10/10, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
- A) Se recomienda utilizar la cadena temporal inferior en todos los registros rutinarios.
 - B) Los electrodos T3/T4 son reemplazados por T7/T8.
 - C) Los electrodos P7/P8 corresponden a área parietal.
 - D) T9/T10 corresponden a posición pre-auricular.
- 17 La estimulación por hiperventilación está contraindicada en:**
- A) Hemorragia subaracnoidea.
 - B) Hemorragia intracraneal.
 - C) Patología cardiopulmonar.
 - D) Todas las anteriores son correctas.
- 18 Con respecto al ritmo alfa, señale la respuesta falsa:**
- A) La frecuencia es de 8 – 13 Hz.
 - B) Se registra en regiones occipitales.
 - C) La frecuencia es más alta en ancianos.
 - D) Se bloquea o se atenúa con la atención.
- 19 ¿A qué edad se registra ya en el EEG de vigilia un ritmo a 4 c / s en regiones posteriores?**
- A) Al nacimiento
 - B) A los 3 – 4 meses.
 - C) A los 8 años.
 - D) A los 16 años.

- 20 Los artefactos de origen fisiológico más frecuentes en el EEG están provocados por:**
- A) EKG y movimientos oculares.
 - B) Deglución.
 - C) Respiración.
 - D) Peristaltismo intestinal.
- 21 Las crisis mesiales temporales son las crisis parciales más comunes en la edad adulta. Referido a ellas, ¿cuál es cierta?**
- A) No presentan nunca desconexión del medio.
 - B) La actividad interictal se presenta como puntas temporales anteriores de 0,5 a 1,5 Hz.
 - C) El sueño no facilita la aparición de actividad epileptiforme.
 - D) El inicio ictal bilateral es el patrón crítico más frecuente.
- 22 La presencia de un electroencefalograma anormal con descargas de morfología polipunta y polipunta-onda generalizada en ráfagas con una frecuencia de 3-5 Hz, junto con la presencia de una respuesta fotoparoxística acompañada de mioclonias palpebrales, axiales o de miembros, orienta al diagnóstico de:**
- A) Síndrome de West.
 - B) Epilepsia de ausencia infantil.
 - C) Síndrome de Lennox-Gastaut.
 - D) Epilepsia mioclónica juvenil.
- 23 De los siguientes eventos EEG, ¿cuál tiene mayor probabilidad de estar relacionado con epilepsia?**
- A) Descargas rítmicas subclínicas del adulto (SREDA).
 - B) Puntas temporales anteriores.
 - C) Ritmo central de Ciganek.
 - D) Wicket spikes.
- 24 Con respecto a los eventos paroxísticos no epilépticos de tipo psicógeno, ¿cuál es la contestación FALSA?**
- A) El EEG suele normal.
 - B) Se pueden confundir con epilepsia fármaco-resistente.
 - C) Son una parte importante de pacientes ingresados en unidades de video EEG.
 - D) Son fáciles de distinguir de las crisis frontales.
- 25 Con respecto a la monitorización video-EEG (MVEEG):**
- A) Los electrodos de foramen oval permiten un mejor registro de la actividad epileptiforme del área mesial-temporal que los de superficie.
 - B) Los electrodos de foramen oval se introducen por cirugía estereotáxica.
 - C) Los electrodos invasivos intracraneales consiguen una menor precisión en la localización de las descargas epileptiformes que los electrodos de superficie.
 - D) Los electrodos naso-etmoidales, supraópticos y nasofaríngeos no son útiles para el registro de actividad intercrítica focal.

26 En relación con las encefalopatías tóxicas, es FALSO que:

- A) En intoxicaciones agudas, el plomo puede ser causa de síndrome de Lennox- Gastout.
- B) Los efectos sobre el Sistema Nervioso Central producido por el dióxido de carbono se relacionan con su afinidad por la hemoglobina, produciendo estados de hipoxia.
- C) En intoxicaciones por metanol, el EEG muestra un marcado enlentecimiento, el cual se correlaciona sobre todo con la acidosis producida, más con sus niveles en sangre y LCR.
- D) El consumo crónico de alcohol es un factor de riesgo para una primera crisis epiléptica sintomática.

27 En cuanto a los hallazgos EEG encontrados en los tumores cerebrales es FALSO que:

- A) La gran mayoría de gliomas occipitales producen cambios difusos además de deterioro ocasional del ritmo alfa posterior.
- B) Los gliomas frontales tienden a producir descargas locales delta de alto voltaje (alrededor de 100 microV).
- C) Los gliomas temporales son los más fácilmente diagnosticados en base al EEG, debido al alto porcentaje de casos que muestran enlentecimiento polimórfico a frecuencia delta bien localizados en el lado del tumor.
- D) En los gliomas del lóbulo parietal, la descarga delta tiende a ser continua, irregular y sólo de moderado voltaje.

28 En la hipoglucemia, es verdadero que:

- A) Niveles muy bajos de glucemia pueden ser compatibles con un EEG normal.
- B) Experimentalmente se ha demostrado que la actividad eléctrica de las estructuras profundas desaparece antes que la del córtex.
- C) Nivel de conciencia, de azúcar en sangre y cambios en EEG van paralelos unos con otros.
- D) Observaciones clínicas han mostrado que el deterioro del nivel de conciencia depende más de los niveles absolutos de glucemia que de su rapidez de instauración.

29 Respecto del valor pronóstico del EEG en la encefalopatía anóxica, es FALSO que:

- A) Registro de varios controles son de gran ayuda.
- B) Los cambios EEG observados en fases precoces después de la anoxia cerebral tienen mayor significado pronóstico que los que se producen pasadas 24-48 horas.
- C) Burst-Supresión es un signo de mal pronóstico.
- D) La exactitud del pronóstico es mayor en registros con anomalías muy leves o muy severas.

30 Usted NO podrá hacer un diagnóstico de muerte cerebral ante un EEG que muestra silencio eléctrico cerebral...

- A) Si la temperatura del paciente es inferior a 32°C.
- B) Si el paciente está bajo los efectos de fármacos depresores del SNC.
- C) Si el coma es de etiología desconocida.
- D) Todas las anteriores son ciertas.

- 31 Con respecto a la monitorización video-EEG con electrodos invasivos, los electrodos intracraneales han demostrado su utilidad para:**
- A) Únicamente para localizar el área epileptógena en los casos en los que el electroencefalograma de superficie y los hallazgos de la resonancia magnética sean concordantes.
 - B) Cuando sea necesario delimitar minuciosamente la zona a reseca durante la cirugía no lesional.
 - C) No se utilizan para la estimulación de zonas funcionales.
 - D) No se utilizan dentro de la evaluación prequirúrgica de la cirugía de la epilepsia.
- 32 ¿Cuál de las siguientes asociaciones NO es correcta?**
- A) Serotonina - Núcleos del rafe.
 - B) Histamina - Hipotálamo lateral.
 - C) Noradrenalina - Locus cereleus.
 - D) Acetilcolina - Tegmento latero dorsal.
- 33 Una de las siguientes opciones NO corresponde a la fase N1 de sueño, según AASM (Academia Americana de Medicina de Sueño):**
- A) Movimientos oculares lentos.
 - B) EEG con mezcla de actividades de baja amplitud.
 - C) Ondas agudas de vértex.
 - D) El principio de la primera época de sueño es a partir de fase N1.
- 34 ¿Qué es verdadero respecto de los criterios diagnósticos en la Narcolepsia tipo I, según la Asociación Americana del sueño (AASM)?**
- A) El paciente tiene ocasionales periodos de necesidad de dormir o momentos en el día en los que se duerme, durante al menos 3 meses.
 - B) La concentración de hipocretina 1 en LCR, medido por inmunorreactividad, es 1/3 de la media de los valores obtenidos en sujetos normales con la misma técnica.
 - C) Latencia media de sueño en el test de latencias múltiples (MSLT) ha de ser menor de 10 minutos.
 - D) Las respuestas A) y B) son ciertas.
- 35 ¿Cuál de las siguientes opciones es utilizada en la tabulación de la microestructura del sueño?**
- A) Trazado alternante cíclico.
 - B) Tiempo total de sueño.
 - C) Eficiencia de sueño.
 - D) Tiempo en cama.

- 36 En referencia a los criterios recomendados de marcación de apnea, según la Asociación Americana de Medicina del Sueño (AASM), es INCORRECTO:**
- A) Caída en la amplitud del pico de señal del termistor mayor del 90% de la línea de base pre-evento.
 - B) Se considera apnea central si cumple criterios de apnea y está asociada con ausencia de esfuerzo inspiratorio durante todo el periodo de ausencia de flujo.
 - C) Se considera apnea obstructiva si cumple criterios de apnea y se asocia con continuado o incrementado aumento de esfuerzo inspiratorio durante todo el periodo de ausencia de flujo.
 - D) La duración de la caída del pico de señal del termistor ha de ser mayor o igual a 10 segundos.
- 37 En el síndrome de Kleine-Levin, señale lo que es correcto:**
- A) El electroencefalograma (EEG) basal de vigilia es habitualmente anormal durante los episodios.
 - B) El polisomnograma (PSG) es habitualmente patológico.
 - C) El Test de latencia múltiple de sueño (MLST) suele mostrar frecuente inicio en REM.
 - D) Todas las respuestas son correctas.
- 38 ¿Hacia qué destino es más fácil resincronizar el ritmo circadiano después de un rápido viaje en el que se atraviesan varios husos horarios?**
- A) Hacia el oeste.
 - B) Hacia el este.
 - C) Indistintamente.
 - D) Hacia el sur, debido a que se trasnocha más.
- 39 ¿Cuál de las siguientes entidades NO forma parte del grupo de parasomnias REM en la última clasificación de los trastornos del sueño (ICSD-3), según la Asociación Americana del Sueño (AASM)?**
- A) Trastorno de comportamiento de sueño REM.
 - B) Parálisis de sueño aislada recurrente.
 - C) Trastorno por pesadillas.
 - D) Terror nocturno.
- 40 En relación con la apnea central del prematuro es FALSO que:**
- A) Ocurre más frecuentemente en varones recién nacidos prematuros.
 - B) Su prevalencia varía inversamente a la edad gestacional.
 - C) Los eventos se asocian típicamente con hipoxemia y bradicardia.
 - D) El inicio de los eventos ocurre entre el 2º y 7º día tras el nacimiento.
- 41 Hablando del Potencial de Unidad Motora (PUM), es verdadero que:**
- A) Reduciendo el filtro de baja frecuencia incrementaremos la duración del PUM.
 - B) La proximidad del electrodo a la fibra influye principalmente en la duración del PUM.
 - C) El frío tiene efectos en el registro de los PUMs, resultando en menor amplitud, duración y disminución de la polifasia.
 - D) La posición del electrodo de registro respecto de la zona de placa motora no influye en la morfología del PUM.

42 En relación con la actividad espontánea patológica, es incorrecto que:

- A) Un potencial de fasciculación es una descarga espontánea de un grupo de unidades motoras cercanas entre sí.
- B) El término potenciales de mioquimias se refiere a una descarga rítmica espontánea de potenciales de unidad motora (PUMs) agrupados y registrados por aguja de registro.
- C) Una descarga repetitiva compleja está constituida por una descarga repetida de potenciales complejos (polifásicos) de frecuencia uniforme.
- D) Los potenciales miotónicos son los potenciales más específicos registrados en electromiografía con aguja EMG.

43 En la fisiología de la unión neuromuscular, ¿qué afirmación es correcta?

- A) Las moléculas de acetil-colina son sintetizadas cerca del terminal presináptico para su rápida secreción al espacio sináptico.
- B) La unión de la acetil-colina con su receptor abre los canales de sodio, resultando una despolarización en forma de potencial de acción.
- C) El potencial de acción generado es proporcional a la cantidad de acetil-colina unida a su receptor.
- D) Un almacén de más de 100.000 quantas existe lejos de la unión neuromuscular, en el axón y cuerpo celular.

44 ¿Qué afirmación sobre el estudio de fibra simple con aguja concéntrica es verdadera?

- A) Los registros de jitter estimulado son menos propensos a presentar artefactos con aguja concéntrica que con electrodo de aguja de fibra simple.
- B) Estudios con aguja concéntrica pueden ser una adecuada opción cuando no se puede realizar con electrodo de aguja de fibra simple.
- C) Se recomienda usar la aguja más pequeña, con settings de filtros de 100 Hz a 10 KHz.
- D) Electrodo de aguja concéntrica son adecuados también para medir la densidad de fibra, tal y como se define la electromiografía de fibra simple.

45 En el estudio de conducciones sensitivas, ¿qué afirmación es INCORRECTA?

- A) La latencia y velocidad de conducción son idénticas tanto en el método ortodrómico como antidrómico.
- B) En el método ortodrómico el estímulo es proximal y el electrodo de registro distal.
- C) En el método antidrómico pueden estimularse también fibras motoras.
- D) En los estudios de conducción de rutina se testan las fibras nerviosas gruesas o de gran diámetro.

46 En cuanto a los artefactos que se pueden ver en electromiografía, es FALSO que:

- A) La actividad de un marcapasos puede confundirnos con una potencial de fibrilación.
- B) Se debe colocar el electrodo de tierra distal al electrodo de referencia.
- C) Un estímulo demasiado fuerte puede llevarnos a un artefacto motor, sobre todo en una conducción antidrómica.
- D) Se debe evitar la colocación de electrodos de registro sobre una vena.

47 En relación con los test autonómicos, es verdadero que:

- A) El test de reflejo axonal sudomotor cuantitativo (QSART) es adecuado para la valoración de lesiones preganglionares.
- B) La respuesta cardiaca a la respiración profunda es un test de valoración fundamentalmente simpático.
- C) La respuesta simpático-cutánea (SSR) puede estar alterada tanto en patología nerviosa periférica como central.
- D) En el test de pupilometría, la velocidad de constricción (VC) refleja fundamentalmente la función simpática.

48 La causa más frecuente de lesiones del nervio espinal es:

- A) Procedimientos quirúrgicos en el cuello
- B) Meningiomas
- C) Neuralgia amiotrófica
- D) Endarterectomía carotídea

49 En la parálisis facial, la comparación de la amplitud del CMAP (potencial de acción muscular compuesto) en ambos lados con fines pronósticos:

- A) Sólo tiene valor si se realiza en las primeras 2 semanas desde el inicio de los síntomas.
- B) Se debe realizar entre la 2ª y la 4ª semana del inicio de los síntomas.
- C) Se debe realizar a partir de la 4ª semana del inicio de los síntomas.
- D) Es valorable en cualquier momento de la evolución.

50 Para distinguir una radiculopatía C5 / C6 de una afectación de tronco superior de plexo braquial, ¿qué músculo examinaría?

- A) Supinador largo.
- B) Redondo menor.
- C) Romboides.
- D) Deltoides.

51 En la esclerosis lateral amiotrófica, NO es cierto:

- A) Los signos agudos de denervación deben estar presentes, al menos, en tres extremidades, o en dos más en musculatura bulbar
- B) Encontramos un aumento del porcentaje de PUMs polifásicos de amplitud y duración aumentadas.
- C) El jitter es siempre normal.
- D) Es posible encontrar PUMs polifásicos de baja amplitud y corta duración ("miopáticos") en casos de rápida progresión.

52 Con respecto al síndrome postpolio, señale la respuesta correcta:

- A) Se puede diagnosticar fácilmente mediante la EMG.
- B) El diagnóstico es fundamentalmente clínico.
- C) Se objetiva abundante denervación.
- D) Las conducciones motoras y sensitivas suelen estar alteradas.

- 53 En el síndrome del desfiladero torácico, se suele afectar:**
- A) El tronco primario superior del plexo braquial.
 - B) El tronco primario inferior del plexo braquial.
 - C) El tronco primario medio del plexo braquial.
 - D) El tronco secundario posterior del plexo braquial.
- 54 La presencia de actividad espontánea de denervación a nivel de musculatura paravertebral lumbosacra de forma bilateral, en un paciente diabético:**
- A) Tiene escaso valor diagnóstico.
 - B) Indica siempre afectación radicular.
 - C) Sirve para diferenciar afectación a nivel radicular de una plexopatía lumbosacra.
 - D) Las respuestas B) y C) son correctas.
- 55 ¿En qué situación se puede encontrar potenciales de denervación (fibrilaciones y ondas positivas) en la musculatura paraespinal?**
- A) Miopatía inflamatoria.
 - B) Tras una punción lumbar.
 - C) Tras cirugía de columna.
 - D) Todas las anteriores son correctas.
- 56 Los nervios más frecuentemente afectados en la neuralgia amiotrófica son:**
- A) Radial, mediano y cubital.
 - B) Supraescapular, torácico largo y axilar.
 - C) Musculocutáneo y dorsal de la escápula.
 - D) Interóseo anterior y espinal.
- 57 En el diagnóstico diferencial de un pie caído por una radiculopatía L5, habrá que descartar:**
- A) Lesión del nervio ciático mayor.
 - B) Plexopatía lumbosacra.
 - C) Afectación del nervio peroneal profundo.
 - D) Todas las anteriores son correctas.
- 58 Con respecto a la neuropatía cubital a nivel de muñeca, NO es cierto:**
- A) Puede afectar a la rama cutánea dorsal.
 - B) Puede afectar a las ramas superficial y profunda.
 - C) Puede afectar a la rama profunda.
 - D) Puede afectar a la rama superficial.
- 59 El signo de Froment:**
- A) Es debido a la debilidad del oponente del pulgar.
 - B) Es debido a la debilidad del flexor largo del pulgar.
 - C) Es debido a la debilidad del abductor del meñique.
 - D) Es debido a la debilidad del aductor del pulgar.

- 60 Podemos encontrar signos de denervación en la eminencia tenar en las siguientes situaciones, EXCEPTO:**
- A) Neuropatía cubital.
 - B) Radiculopatía C8 / T1.
 - C) Síndrome del túnel carpiano.
 - D) Síndrome del interóseo anterior.
- 61 Respecto al síndrome del túnel tarsiano, señale la respuesta correcta:**
- A) Es poco frecuente.
 - B) Es tan frecuente como el síndrome del túnel carpiano.
 - C) El diagnóstico clínico es fácil.
 - D) La electromiografía de la musculatura intrínseca del pie es muy útil para el diagnóstico.
- 62 Con respecto al neuroma de Morton, señale la respuesta FALSA:**
- A) Es más frecuente en mujeres.
 - B) El diagnóstico es fundamentalmente clínico.
 - C) Se puede diagnosticar fácilmente con ENG y PESs.
 - D) La ecografía es útil para el diagnóstico.
- 63 Es típico de la ataxia de Friedreich:**
- A) Marcado enlentecimiento de las conducciones motoras.
 - B) Ausencia de CMAP.
 - C) Ausencia o marcada reducción de los potenciales de acción nerviosos sensitivos (SNAPs).
 - D) Alteración del blink – réflex.
- 64 Velocidades de conducción motora normales o ligeramente reducidas podemos encontrarlas en:**
- A) Enfermedad de Charcot – Marie – Tooth tipo 1.
 - B) Enfermedad de Charcot – Marie – Tooth tipo 2.
 - C) Enfermedad de Charcot – Marie – Tooth tipo 3 (Dejerine – Sotas).
 - D) Enfermedad de Charcot – Marie – Tooth tipo 4.
- 65 ¿Qué tipo de polineuropatía de fibra gruesa está más frecuentemente asociada a la amiloidosis familiar?**
- A) Sensitivo – motora, generalizada, de tipo axonal.
 - B) Sensitivo – motora, generalizada, de tipo desmielinizante.
 - C) Fundamentalmente motora y axonal.
 - D) Sensitiva, axonal, afectando sólo a miembros inferiores.
- 66 En el síndrome de Guillain – Barré, señale la respuesta FALSA:**
- A) Puede tener una presentación “descendente” (inicio en pares craneales, posteriormente miembros superiores y finalmente, inferiores).
 - B) Suele afectar antes y más severamente al nervio sural que al mediano (conducción sensitiva).
 - C) El estudio de conducciones es normal en el 15 – 20 % de pacientes.
 - D) La enfermedad progresa en 2 – 4 semanas.

67 En la enfermedad de Lyme podemos encontrar:

- A) Neuropatías craneales.
- B) Poliradiculoneuropatías asimétricas.
- C) Plexopatías.
- D) Todas las respuestas son correctas.

68 La neuropatía diabética más frecuente es:

- A) Neuropatía autonómica.
- B) Neuropatía craneal.
- C) Poliradiculoneuropatía.
- D) Polineuropatía distal simétrica sensitiva o sensitivo – motora.

69 En la neuropatía multifocal por bloqueos, señale la respuesta correcta:

- A) Encontramos bloqueos en los sitios habituales de atrapamiento.
- B) Las fibrilaciones, ondas positivas y fasciculaciones son muy abundantes.
- C) Hay marcada atrofia muscular desde el inicio.
- D) La presentación más frecuente es debilidad distal en miembros superiores.

70 En la distrofia miotónica, señale la respuesta FALSA:

- A) Puede estar presente al nacimiento.
- B) La miotonía aumenta con la contracción muscular repetida.
- C) Se pueden observar descargas miotónicas en músculos que no presentan miotonía clínica.
- D) La miotonía es más evidente en las manos.

71 En la miositis por cuerpos de inclusión:

- A) Es típica la afectación de cuádriceps y flexores de la muñeca y dedos.
- B) Podemos encontrar mezcla de PUMs miopáticos y neurógenos.
- C) Las descargas de alta frecuencia son muy características.
- D) Las respuestas A) y B) son correctas.

72 El test con mayor sensibilidad para el diagnóstico de miastenia gravis es:

- A) Estimulación repetitiva en un músculo distal y proximal.
- B) SFEMG en el músculo frontal.
- C) SFEMG en el músculo extensor común de los dedos.
- D) Anticuerpos anti – AchR.

73 En el síndrome de Eaton – Lambert:

- A) El jitter está muy aumentado en cualquier músculo.
- B) El jitter está aumentado sólo en los músculos clínicamente afectados.
- C) El jitter está normal o discretamente alterado.
- D) Ninguna de las anteriores es correcta.

74 La causa más frecuente de un lactante hipotónico es:

- A) Patología del SNC (hipoxia, isquemia, hemorragias).
- B) Enfermedad de asta anterior.
- C) Polineuropatía hereditaria.
- D) Miopatía congénita.

75 En relación con los estudios electroneurográficos en el niño, es FALSO que:

- A) En el recién nacido se alcanzan velocidades de conducción con valores alrededor del 50% del adulto.
- B) Aproximadamente a los 12 meses se consiguen valores de velocidad de conducción del adulto.
- C) Es importante comparar los valores obtenidos con los valores de normalidad para el mismo grupo de edad.
- D) Se podría decir que en menores de 3 años, potenciales de unidad motora (PUMs) mayores de 2 milivoltios registrados con aguja concéntrica son considerados de alta amplitud.

76 ¿En qué circunstancia es más probable que la tetraparesia del paciente crítico sea debida a una miopatía que a polineuropatía?

- A) Si ha sido trasplantado.
- B) Si ha tenido sepsis y fallo multiorgánico.
- C) Si ha sufrido quemaduras del 20 % de la superficie corporal o más.
- D) Si ha sufrido una descarga eléctrica.

77 Con respecto a los estudios de potenciales evocados visuales, es cierto que:

- A) Los potenciales evocados visuales son los potenciales evocados con menor sensibilidad en esclerosis múltiple.
- B) Se recomienda que la estimulación para conseguir potenciales evocados visuales con flash sea binocular (ambos ojos simultáneos).
- C) En el electroretinograma estimulado con patrón - Pattern (ERG-P), el electrodo activo se coloca en la región occipital media (Oz).
- D) Se precisa una correcta fijación y la mejor corrección óptica posible para la obtención adecuada del potencial evocado visual estimulado con patrón - Pattern (PEV-P).

78 En la sospecha de ceguera psicógena, ¿cuál de las siguientes respuestas es cierta?

- A) Los PEV no son útiles para diagnosticar este cuadro.
- B) La ceguera cortical puede confundirse con cuadro psicógeno ya que los PEV pueden ser normales.
- C) El ERG multifocal es la prueba de elección.
- D) Todas las respuestas dadas son falsas.

79 La polineuropatía del paciente crítico:

- A) Es sensitiva, generalizada, de tipo axonal.
- B) Es motora, de predominio en miembros inferiores, de tipo axonal.
- C) Es sensitivo – motora, generalizada, de tipo desmielinizante.
- D) Es sensitivo – motora, generalizada, de tipo axonal.

- 80 Con respecto al estudio neurofisiológico de la retina, ¿cuál es la respuesta cierta?**
- A) El origen del electrooculograma (EOG) se encuentra principalmente en las células ganglionares de la retina.
 - B) En el electroretinograma, la respuesta mixta de conos y bastones se realiza en condiciones escotópicas.
 - C) En el electroretinograma, el estudio Flicker a 30 Hz se realiza en condiciones escotópicas.
 - D) El electroretinograma multifocal permite registrar la respuesta global de los bastones dividida topográficamente en respuestas focales.
- 81 Sobre la evaluación de la función coclear mediante otoemisiones acústicas (OEA), ¿cuál es la respuesta cierta?**
- A) Registran el sonido mínimo generado por el desplazamiento de la membrana basilar debido a la contracción de las células ciliadas externas.
 - B) En el estudio de la función coclear mediante otoemisiones acústicas solo se puede registrar la respuesta de forma espontánea y no se pueden utilizar estímulos para evocarlas.
 - C) Son pruebas subjetivas, ya que el sujeto es preguntado sobre la audición.
 - D) El tiempo de realización de la prueba es largo y hace que no sea útil en estudios realizados a grandes poblaciones.
- 82 En los PEATs (potenciales evocados auditivos de tronco), una interlatencia I-III aumentada puede ser producida por:**
- A) Coma.
 - B) Meningioma.
 - C) Enfermedad desmielinizante.
 - D) Hemorragia de tronco.
- 83 Referido a los potenciales evocados visuales (PEV) con damero, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**
- A) Bajo contraste y baja luminosidad aumentan la amplitud de la P100.
 - B) Bajo contraste y baja luminosidad disminuyen la latencia de la P100.
 - C) Es necesario que el paciente mantenga la fijación en el centro de la pantalla.
 - D) Los PEV con flash son siempre preferibles al damero.
- 84 Referido a los potenciales evocados somatosensoriales, ¿cuál es la respuesta cierta?**
- A) Evalúan la función del sistema cordonal posterior y tracto espinotalámico lateral.
 - B) Estudian la función de las fibras de pequeño tamaño (grupo III o A-delta).
 - C) Se obtiene tras estimular mecanorreceptores cutáneos.
 - D) Se registran sobre el cráneo próximo a corteza de asociación frontal.

- 85 En los potenciales evocados acústicos de tronco, ¿qué región corresponde a la onda III?**
- A) Nervio coclear.
 - B) Lemnisco lateral.
 - C) Complejo olivar superior.
 - D) Cuerpo genicular.
- 86 Sobre los efectos de la Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva (EMTr), ¿cuál es la respuesta correcta?**
- A) El mayor interés de la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) es producir efectos duraderos que persistan después de finalizada la estimulación, para que pueda ser utilizada con fines terapéuticos.
 - B) Estimulación de baja frecuencia hasta 1 Hz durante 25 minutos a una intensidad por debajo del umbral motor, genera una excitación de la corteza motora primaria.
 - C) Una estimulación de alta frecuencia por encima de 1 Hz durante 25 minutos, produce una inhibición sobre la corteza motora primaria.
 - D) Numerosos estudios han tratado su uso en la depresión aguda, donde no se han descrito buenos resultados.
- 87 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 coincidiendo con el movimiento.
 - C) El BP tiene un solo componente.
 - D) Se registra en áreas parietales.
- 88 Respecto a la Monitorización Intraoperatoria mediante potenciales evocados somatosensoriales (PESS), señale la respuesta FALSA:**
- A) Habitualmente se utiliza como criterio de alarma el aumento de la latencia de la respuesta cortical mayor de un 10 % sobre la basal y la disminución de la amplitud de más de un 40-50 % con respecto a la respuesta basal.
 - B) Se asocia a un buen pronóstico la reaparición precoz de la respuesta de los potenciales evocados somatosensoriales tras su desaparición.
 - C) Los potenciales evocados somatosensoriales se emplean en la localización cortical del área postcentral mediante la colocación directa sobre la corteza cerebral de una tira de electrodos.
 - D) Dentro de las ventajas de la monitorización con potenciales evocados somatosensoriales se encuentra valorar directamente la integridad de la vía motora.
- 89 El uso de Ketamina en Monitorización Intraoperatoria produce todo lo siguiente, EXCEPTO:**
- A) Aumenta la aparición de actividad crítica en pacientes epilépticos.
 - B) Produce depresión de la amplitud de los PESS.
 - C) A altas dosis se observan ondas delta con actividad beta interpuesta.
 - D) Aumenta la amplitud de los potenciales evocados motores.

- 90 La estimulación eléctrica transcraneal puede tener efectos adversos. ¿Cuál de las respuestas es FALSA?**
- A) Son frecuentes las alteraciones neuropsicológicas.
 - B) Hay riesgo de crisis comicial.
 - C) Puede producir arritmias.
 - D) Se han descrito fracturas mandibulares y mordeduras linguales.
- 91 ¿Cuál es cierta con respecto a los potenciales evocados motores (PEM), en la Monitorización Intraoperatoria?**
- A) Los potenciales evocados motores requieren promediación.
 - B) Para el estudio de la vía corticoespinal es conveniente monitorizar preferentemente músculos proximales de las extremidades, al tener éstos una mayor representación en el córtex motor.
 - C) Para registrar los PEM por estimulación eléctrica transcraneal, se utiliza la técnica de pulso único.
 - D) Está recomendado el uso de Propofol en perfusión continua, ya que permite mantener estable la profundidad de la anestesia.
- 92 En la Monitorización de nervio periférico, ¿qué suele producir un fallo en el registro del potencial de acción nervioso sensitivo (SNAP)?**
- A) El uso de anestesia local.
 - B) Isquemia por torniquete.
 - C) Hipotermia.
 - D) Todos ellos.
- 93 Con respecto a la onda D en tumores medulares, ¿cuál es la respuesta cierta?**
- A) Los tumores de cono medular no son monitorizables con onda D.
 - B) La pérdida de amplitud de la onda D no es significativa para el pronóstico del paciente.
 - C) La pérdida de PEM es más preocupante que la pérdida de onda D.
 - D) Se pueden registrar con electrodos de superficie.
- 94 Indique cuál de los siguientes músculos se utiliza habitualmente para registrar la respuesta del par craneal X-nervio vago en los potenciales evocados motores corticobulbares:**
- A) Masetero.
 - B) Mentalis.
 - C) Cara lateral de la lengua.
 - D) Cuerda vocal o cricotiroidoideo.
- 95 De entre los siguientes tipos de actividad registrada en la electromiografía de barrido libre durante la Monitorización Intraoperatoria, ¿cuál ha demostrado relacionarse más estrechamente con daño funcional postoperatorio?**
- A) Puntas ('spikes').
 - B) Salvas ('bursts').
 - C) Trenes A o descargas neurotónicas.
 - D) Trenes de puntas de gran amplitud y baja frecuencia.

- 96 ¿Cuál NO es una indicación de mapping funcional y electrocorticografía?**
- A) Siempre que la zona irritativa esté cerca de córtex funcional.
 - B) Delimitar la resección.
 - C) Lobectomía temporal anterior.
 - D) Tumores frontales hemisferio no dominante.
- 97 En relación con el uso de los potenciales evocados visuales (PEV-flash), en la Monitorización Intraoperatoria, ¿cuál NO es correcta?**
- A) Es seguro el uso de lámparas LED rojos.
 - B) Los potenciales visuales por flash son estables y fácilmente obtenibles.
 - C) Una atenuación de la señal PEV al finalizar la intervención puede ser indicativo de pérdida de visión.
 - D) Los criterios de alarma en PEV intraoperatorios están bien establecidos.
- 98 En la Monitorización de los trastornos del movimiento, ¿qué respuesta es FALSA?**
- A) Se utiliza un marco de estereotaxia.
 - B) Durante la realización de las trayectorias de los microelectrodos, se registra la actividad neuronal y se realiza micro estimulación.
 - C) No es eficaz para tratar enfermedad de Parkinson.
 - D) Los parámetros de estimulación pueden ser modificados después de la intervención.
- 99 En las indicaciones de la estimulación profunda DBS en trastornos del movimiento, ¿cuál es FALSA?**
- A) Temblor.
 - B) Rigidez.
 - C) Distonía y disquinesias.
 - D) Atonía.
- 100 Con respecto a la Monitorización Intraoperatoria mediante electroencefalograma (EEG), es FALSO que:**
- A) La monitorización intraoperatoria mediante EEG en general precisa un tipo de anestesia continua, pero superficial.
 - B) El uso de relajantes neuromusculares puede mejorar la calidad de las respuestas en el EEG.
 - C) El Propofol en dosis creciente, al contrario que los barbitúricos, no afecta al EEG y no se puede llegar a un patrón de brote-supresión.
 - D) La isquemia hemisférica por clampaje carotídeo provoca alteración de la actividad electroencefalográfica.

CASO PRACTICO 1:

Paciente de 47 años, varón, sin antecedentes de interés, remitido a la consulta de neurofisiología para valoración por presentar dolor en la cara ventral (anterior) del antebrazo derecho y dificultad para coger objetos pequeños con el índice y el pulgar. En la exploración, lo único que llama la atención es la incapacidad de realizar correctamente el signo OK.

101 ¿Qué diagnóstico le parece más probable?

- A) Síndrome del interóseo posterior.
- B) Síndrome del interóseo anterior.
- C) Síndrome del pronador redondo.
- D) Tendinitis de De Quervain.

102 Con respecto al estudio de conducciones, señale la respuesta correcta:

- A) Está aumentada sólo la latencia al abductor corto del pulgar estimulando en muñeca.
- B) Las velocidades de conducción sensitivas del nervio mediano en los segmentos muñeca – dedo 1, muñeca – dedo 2 y muñeca – dedo 3 están enlentecidas.
- C) Están alteradas tanto la conducción motora a abductor corto del pulgar como la sensitiva del nervio mediano.
- D) El estudio de conducción motora del nervio mediano a abductor corto del pulgar y las conducciones sensitivas muñeca – dedos 1, 2 y 3 son normales.

103 El diagnóstico neurofisiológico de este síndrome:

- A) Puede ser muy complicado si existen anastomosis de Martin – Gruber.
- B) Se basa en la exploración de potenciales evocados somestésicos.
- C) Es imposible.
- D) Ninguna de las anteriores es correcta.

104 En la exploración EMG probablemente encontraremos:

- A) Denervación sólo en la eminencia tenar.
- B) Denervación en toda la musculatura dependiente del nervio mediano.
- C) Denervación en el flexor profundo de los dedos segundo y tercero, en el flexor largo del pulgar y en el pronador cuadrado.
- D) Denervación en el palmar mayor, pronador redondo y flexor superficial de los dedos.

105 En cuanto a la etiología de este síndrome:

- A) Puede ser idiopático.
 - B) La causa puede ser una neuralgia amiotrófica.
 - C) Puede ser debido a una artroscopia del codo.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
-

CASO PRACTICO 2:

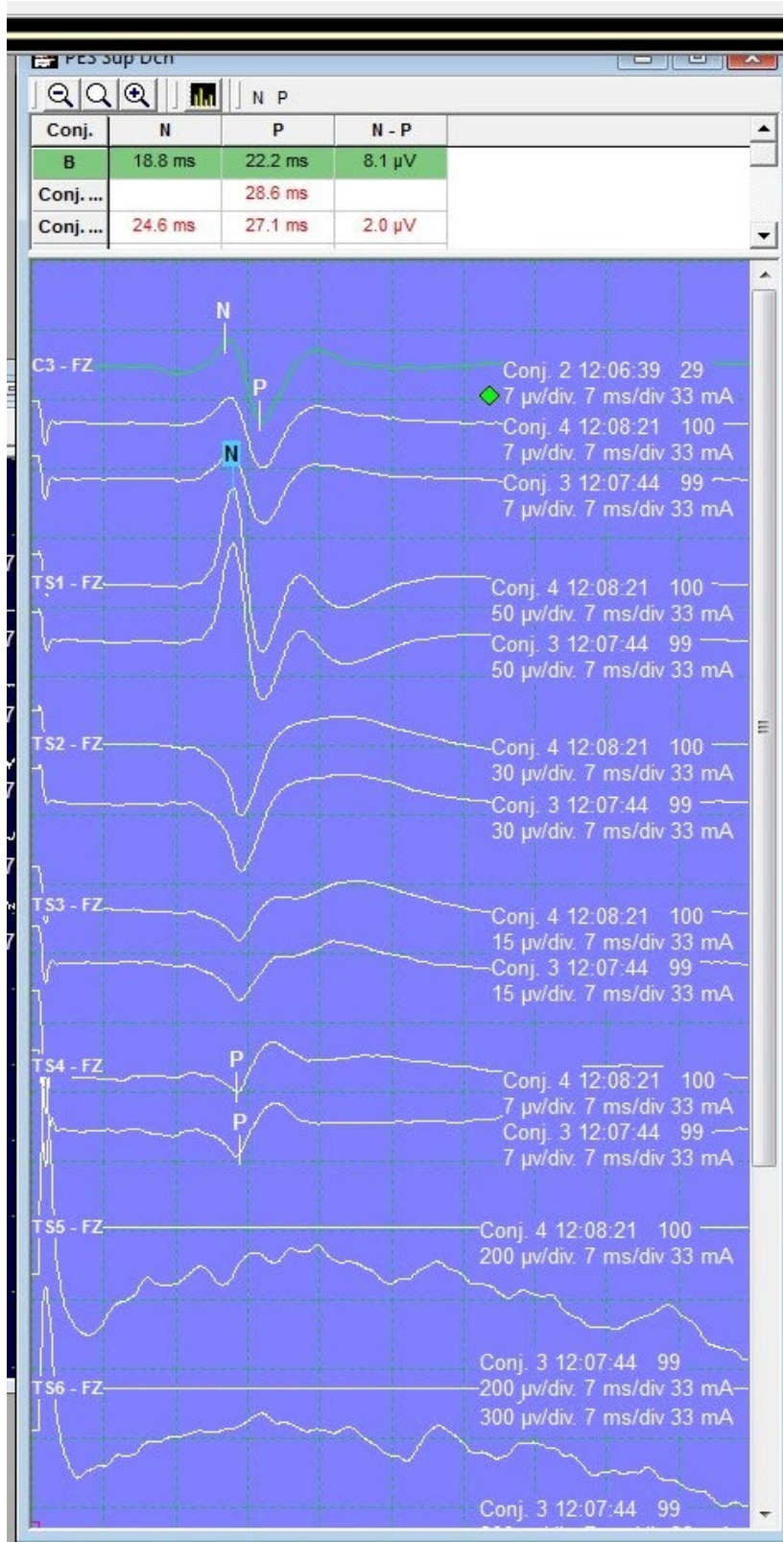
Paciente intervenida en 2013 de lesión insular izquierda (oligoastrocitoma grado II), con crisis con una frecuencia de 2-3 por semana, con hormigueo en la mano derecha, a veces la pierna, de segundos de duración, en tratamiento con Valproato sódico 500 mg oral / 8h y Levetiracetam 1000 mg oral / 8 h. Tras la cirugía experimentó inicialmente un mejor control de las crisis (epilepsia parcial simple), aunque en los siguientes meses y en la actualidad vuelve a tener crisis con una frecuencia de 2-3 por semana, siendo remitida por progresión tumoral; tras valoración del caso en sesión clínica multidisciplinar, se propone nueva intervención quirúrgica (craneotomía despierto). En la RM craneal prequirúrgica se informa de persistencia de lesión expansiva intraaxial hiperintensa en secuencias Flair y T2 aunque heterogénea, hipointensa en T1, con focos con restricción de difusión; se extiende por el lóbulo frontal izquierdo de localización opercular insular, afectando caudalmente al lóbulo temporal en su giro temporal superior. Se realiza estudio de tensor de difusión y reconstrucción mediante tractografía que muestra que la lesión ha desplazado cranealmente al fascículo arcuato izquierdo, si bien este se encuentra íntegro. El componente más profundo de la lesión se sitúa en íntima relación con el margen posterior y medial del tracto córtico-espinal izquierdo, a menos de un centímetro de distancia.

106 Durante la monitorización se realizó la técnica de inversión de la N20. ¿Para qué es útil?

- A) Definir el área motora.
- B) Localizar tracto piramidal.
- C) Localizar surco de Rolando.
- D) Localizar áreas de lenguaje.

107 Durante la inversión de la N20 se obtuvo la siguiente respuesta en PESS de nervio mediano derecho, con una tira subdural de 6 contactos referenciados a Fz (ver la imagen adjunta). ¿En qué contactos localizaríamos la inversión?

- A) Entre Ts2 y Ts3.
- B) Entre Ts1 y Ts2.
- C) Entre C3 y Ts1.
- D) Entre Ts4 y Ts5.



108 ¿Dónde estaría el área precentral?

- A) Contacto Ts2.
- B) Contacto Ts1.
- C) Contacto Ts4.
- D) Contacto Ts5.

109 En el mapping con estimulación cortical directa de área motora, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) La estimulación continua a 50 Hz tiene escaso riesgo de producir crisis.
- B) Se utiliza la estimulación bipolar a 50 Hz.
- C) Se utiliza la estimulación multipulso en tren de 4-6 monopolar.
- D) Se pueden producir post-descargas en el EEG con ambas técnicas.

110 En el mapeo del lenguaje, ¿cuál de las siguientes es la respuesta FALSA?

- A) La técnica multipulso es válida para mapear lenguaje.
- B) Se utiliza corriente continua en estímulos bifásicos a 50 Hz con estimulador bipolar.
- C) Se inicia a intensidades bajas de 1,5 mA hasta 6 mA.
- D) La corticografía permite detectar post descargas.

111 Señale la respuesta cierta para la estimulación monopolar cortical:

- A) Es más eficaz la estimulación catodal.
- B) Es más eficaz la estimulación anodal.
- C) Se utiliza polaridad alternante.
- D) Ninguna de las respuestas anteriores es cierta.

112 En la cirugía de tumores supratentoriales, ¿cuál es la afirmación cierta?

- A) Los potenciales evocados motores transcraneales pueden dar falsos negativos.
- B) Los PESS son la técnica de elección.
- C) La exploración del lenguaje se realiza con trenes bipolares.
- D) La estimulación subcortical catodal es más efectiva que la anodal.

CASO PRACTICO 3:

Mujer de 50 años. HTA en tratamiento con Hidroclorotiacida y dieta sin sal.

Estreñimiento con uso de laxantes. Tres días antes del ingreso refiere sensación de “pinchazos” en muslos y manos seguidos de debilidad en piernas y brazos en las siguientes horas. Al día siguiente estaba totalmente paralizada. Exploración neurológica: parálisis flácida generalizada con preservación de musculatura facial, ocular, bulbar y respiratoria. Mayor afectación de la musculatura proximal. ROT tricipitales y aquileos ausentes, patelares débiles. Respuesta plantar flexora. Normalidad en nervios craneales. Sensibilidad sin hallazgos relevantes.

113 ¿Qué diagnóstico clínico es menos probable?

- A) Síndrome Guillain-Barré (SGB).
- B) Miopatía.
- C) Compresión medular cervical.
- D) Miastenia gravis.

114 ¿Qué prueba/determinación sería la menos apropiada por el momento?

- A) ENG para descartar SGB.
- B) EMG para confirmar/descartar miopatía.
- C) CPK para valorar miopatía.
- D) Biopsia muscular por la posibilidad de dermatomiositis.

115 Resultados de pruebas: normalidad en el estudio de conducciones en todos los nervios explorados. Fibrilaciones y ondas positivas sobre todo en musculatura proximal y en menor medida en la distal explorada. Aumento de la polifasia en todos los músculos explorados. PUMs de duración y amplitud disminuidos. Reclutamiento precoz en musculatura proximal. CPK 1.021 U/L. K 2.9 mEq/dl. LCR normal. Ante los resultados antes citados podríamos pensar en las siguientes entidades, EXCEPTO una:

- A) Polimiositis.
- B) Miopatía hipopotasémica.
- C) Neuropatía axonal sensitivo motora aguda (AMSAN).
- D) Distrofia muscular.

116 Biopsia muscular: miopatía vacuolar. ¿Cuál de las siguientes entidades presenta tal resultado anatomopatológico?

- A) Distrofia muscular.
- B) Polimiositis.
- C) Miopatía hipopotasémica.
- D) Ninguna de las anteriores.

117 En relación con lo expuesto, ¿qué afirmación es FALSA?

- A) Hiporreflexia se puede observar en una severa miopatía hipokaliémica.
- B) Hiporreflexia es característica del SGB.
- C) Hiperreflexia puede verse en ataques de parálisis periódica hipopotasémica.
- D) En la miopatía vacuolar se encuentran vacuolas sin contenido.

118 En relación con los hallazgos electroneuromiográficos, ¿qué afirmación NO es correcta?

- A) Se puede ver una respuesta decremental en síndromes miotónicos.
- B) En la parálisis periódica hipopotasémica se produce un aumento inmediato del potencial de acción motor compuesto (PAMC) tras el test de ejercicio prolongado.
- C) En parálisis periódica hiperpotasémica, durante los ataques de debilidad, la amplitud del PMAC puede disminuir proporcionalmente al grado de debilidad.
- D) El enfriamiento del músculo, no suele producir cambios en la exploración electromiográfica en la paramiotonía congénita.

CASO PRACTICO 4:

Mujer de 82 años ingresada por un cuadro de debilidad generalizada, más acusada en MMII (incapaz de deambular) y disfagia, con marcada elevación de CPK (9189 U/L), de 15 días de evolución. Antecedentes de interés: HTA, hipotiroidismo, insuficiencia cardíaca. Exploración neurofisiológica: Velocidades de conducción motoras y sensitivas en MSD (mediano y cubital), MID (peroneal común y peroneal superficial) y MII (tibial posterior y sural) de valores normales. La EMG de MSD (deltoides, bíceps, extensor común de los dedos) y ambos MMII (cuádriceps, tibial anterior y gemelo interno, bilateralmente) muestra los siguientes hallazgos:

- Fibrilaciones y ondas positivas en cantidad moderada durante el reposo muscular.
 - Descargas de alta frecuencia.
 - PUMs polifásicos cortos de baja amplitud, más abundantes a nivel de deltoides y extensor común de los dedos. En ambos cuádriceps se evidencia pérdida total de PUMs.
 - Trazados voluntarios de tipo interferencial de amplitud normal (excepto en cuádriceps).
-

119 El diagnóstico más probable es:

- A) Miopatía hipotiroidea.
- B) Esclerosis lateral amiotrófica rápidamente progresiva.
- C) Síndrome de Guillain – Barré axonal motor.
- D) Polimiositis.

120 Si el EMG hubiera sido normal, usted exploraría:

- A) Músculos temporales.
- B) Músculos paraespinales.
- C) Orbicular de los labios.
- D) Musculatura intrínseca del pie.

121 Le recomendaría al clínico una biopsia de:

- A) Deltoides o extensor común de los dedos izquierdos.
- B) Deltoides o extensor común de los dedos derechos.
- C) Cuádriceps derecho.
- D) Tibial anterior izquierdo.

122 En este tipo de patologías:

- A) El jitter es normal.
- B) El jitter está aumentado en la mayoría de los casos.
- C) El jitter está muy por debajo de los valores normales.
- D) La densidad de fibras es normal.

123 El tratamiento con corticoides:

- A) No modifica la EMG.
- B) Aumenta el número de PUMS polifásicos de corta duración.
- C) Disminuye el número de PUMs polifásicos de amplitud y duración aumentadas.
- D) Disminuye el número de fibrilaciones y ondas positivas.

124 En un 20 % de pacientes se asocian a esta patología:

- A) Diabetes mellitus.
 - B) Enfermedad del tejido conectivo (esclerodermia, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, etc.).
 - C) Trastornos del ritmo cardíaco.
 - D) Síndrome de apnea obstructiva del sueño.
-

CASO PRÁCTICO 5:

Varón de 23 años, con caída de párpados y visión doble desde hace 1 año. Dicha sintomatología oscila durante el día pero empeora por la noche. Hace unos meses desarrolló caída de párpado izquierdo y voz nasal que empeoraba cuando lleva largo tiempo hablando. También refiere cansancio generalizado a final del día. Últimamente refiere dificultad para levantarse de la silla e incluso le cuesta trabajo escribir. Comenta alguna que otra caída al suelo. Hace unas semanas le prescribieron Mestinon (Piridostigmina) 60 mg (3 comp/día) no mostrando mejoría. Ante la sospecha de enfermedad mitocondrial se le ha realizado una biopsia muscular, sin hallazgos compatibles con dicha patología. Se valora en la Unidad de Patología Neurológica de nuestro centro, presentando los siguientes datos a la exploración: moderada ptosis bilateral que empeora con el parpadeo repetido, importante oftalmoplejía, normal respuesta pupilar a la luz. Debilidad facial. No se detectan anomalías bulbares. Fuerza 4+ en músculos deltoides, bíceps, tríceps, iliopsoas, cuádriceps y tibial anterior; esta fuerza empeora tras realización de ejercicios repetidos de fuerza. Incapaz para levantarse desde la posición de cuclillas. ROT y sensibilidad son normales. Pruebas complementarias: Ac anti receptor de Ach normal, test de Tensilon (Edrofonio) con marcada mejoría. RMN cerebral normal. Estudio neurofisiológico: Amplitud CMAP normal en músculos abductor 5º dedo (AQD) y flexor cubital del carpo (FCC); respuesta decremental a baja y alta frecuencia en ADQ y FCC; no claro fenómeno de facilitación ni exhaustión post-tetánica (FPT, EPT); mejoría de la respuesta decremental tras aplicación de hielo. Estudio de fibra simple voluntario en músculos frontal con densidad de fibra normal, MCD medio de 53 microseg y aumento del número potenciales de fibra simple bloqueados.

125 A la vista de los hallazgos descritos, ¿qué afirmación sería INCORRECTA?

- A) La realización de biopsia muscular por sospecha de enfermedad mitocondrial ha sido prematura.
- B) El paciente presenta la historia clínica clásica de miastenia gravis.
- C) Incluso teniendo en cuenta que los Ac anti receptor de Ach son negativos y la pobre respuesta a bajas dosis de Mestinon, es necesario seguir sospechando un diagnóstico de miastenia gravis.
- D) La debilidad oculofacial y de la musculatura proximal, incrementada tras el ejercicio, son características de miastenia gravis.

126 ¿Cuál de los siguientes diagnósticos sería más probable?

- A) Miastenia gravis ocular.
- B) Síndrome de Eaton-Lambert debido a probable miopatía mitocondrial.
- C) Miastenia gravis generalizada severa.
- D) Trastorno de transmisión neuromuscular combinado, pre y post-sináptico.

127 ¿Qué hallazgos podemos encontrarnos en los trastornos de la transmisión post-sináptico?

- A) Normal amplitud del potencial de acción motor compuesto (PMAC) en reposo y tras ejercicio.
- B) Respuesta decremental en estimulación repetitiva a baja frecuencia.
- C) Ausencia de facilitación y exhaustión post-tetánica (FPT, EPT) en miastenia gravis severa.
- D) Todas las respuestas anteriores son verdaderas.

128 En relación con el estudio de fibra simple, ¿qué aseveración es correcta?

- A) Un estudio en M. frontal con contracción voluntaria, realizado con aguja concéntrica que presente un MCD medio de 26 microseg puede considerarse patológico.
- B) Un estudio en M. frontal con contracción voluntaria, realizado con aguja concéntrica que presente un MCD individual en más de 2 pares de potenciales de 26 microseg puede considerarse patológico.
- C) Un estudio en M. frontal con contracción estimulada, realizado con aguja concéntrica que presente un MCD medio de 26 microseg puede considerarse patológico.
- D) Un estudio en M. frontal con contracción estimulada, realizado con aguja concéntrica que presente un MCD individual en más de 2 pares de potenciales de 26 microseg puede considerarse patológico.

129 ¿Cuál sería el tratamiento más idóneo para este paciente?

- A) Aumentar la dosis de Mestinón
- B) Mestinón + Guanidina.
- C) Aumentar la dosis de Mestinón + altas dosis de corticoides.
- D) Coenzima Q + altas dosis de Rivoflavina + Mestinón.

130 En relación con el diagnóstico de miastenia gravis, ¿qué es INCORRECTO?

- A) En caso de que el test de Tensilón (Edrofonio) sea negativo, el test de Prostigmina es a menudo positivo.
- B) El diagnóstico de miastenia gravis debería estar basado en criterios clínicos, test del Tensilón y otros hallazgos de laboratorio (Ac anti receptor Ach, estudio neurofisiológico).
- C) No existe buena correlación entre los cambios electrofisiológicos y la severidad de la enfermedad.
- D) Un falso negativo en el test del Tensilón puede verse tanto en oftalmoplejía severa como mínima.

CASO PRACTICO 6:

Paciente de 15 años de edad, remitida por quejarse de mala calidad de sueño, sueño agitado, somnolencia diurna y padecer, desde hace varios años, episodios nocturnos de agitación, gritos, a veces enuresis, con recuperación inmediata. Los padres siempre lo han atribuido a pesadillas, ya que el padre padece sonambulismo. En un vídeo casero se puede ver un episodio que consiste en que, durante el aparente sueño, la paciente de forma brusca se incorpora con ojos abiertos, expresión de miedo en el rostro, grita sin vocalizar, se agita, se da vueltas sobre sí misma sin gestos integradores durante 5 segundos y vuelve a acostarse y sigue durmiendo. Las pruebas complementarias de analíticas, resonancia magnética cerebral, y EEG basal en vigilia son normales. Se le solicita video-EEG de 24 horas con los siguientes resultados: actividad basal simétrica sincrónica y reactiva a estímulos, no se registran actividad epileptiforme ni focalidades en vigilia; durante el registro nocturno presenta un sueño fragmentado de predominio de fases superficiales, se registraron 4 episodios clínicos similares a los descritos en el vídeo casero, con amnesia posterior.

131 ¿Qué diagnóstico diferencial descartaría?

- A) Parasomnia REM.
- B) Trastorno paroxístico no epiléptico de tipo psicógeno.
- C) Epilepsia frontal.
- D) Terrores nocturnos.

132 El registro video-EEG no mostró, ni en vigilia ni en sueño, actividad epileptiforme intercrítica, y durante los episodios clínicos nocturnos tampoco se registró clara actividad epileptiforme crítica, debido a la gran cantidad de artefactos por miografía durante los episodios. Si uno de los diagnósticos considerados fue la epilepsia frontal nocturna o epilepsia hipermotora relacionada con el sueño, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre este trastorno es FALSA?

- A) Es frecuente la ausencia de actividad intercrítica o crítica.
- B) Estos episodios pueden ocurrir incluso durante la vigilia.
- C) Es frecuente la concomitancia de parasomnias.
- D) No tiene transmisión genética.

133 En el diagnóstico diferencial de parasomnias, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es cierta?

- A) La duración de los episodios de corta duración, de menos de 10 segundos, puede ser indicativo de epilepsia.
- B) Las parasomnias NREM aparecen en la segunda parte de la noche.
- C) Las parasomnias REM no dejan recuerdos al despertarse.
- D) Los episodios de pánico nocturnos siempre ocurren en vigilia.

134 En el diagnóstico diferencial de epilepsia hipermotora relacionada con el sueño, ¿cuál es cierta?

- A) Las crisis no son estereotipadas.
- B) Las crisis duran más de dos minutos.
- C) La consciencia puede estar preservada.
- D) El inicio de crisis suele ser tardío en la noche.

135 Coexistencia de epilepsia y trastornos del sueño: ¿cuál es la afirmación INCORRECTA?

- A) Los pacientes con epilepsia tienen menor cantidad de sueño REM.
- B) El número de complejos K y husos de sueño se suele ver afectado.
- C) La arquitectura de sueño se conserva cuando no hay crisis nocturnas.
- D) La cantidad de actividad intercrítica influye en la calidad del sueño.

136 En los trastornos paroxísticos no epilépticos nocturnos, ¿cuál es la respuesta FALSA?

- A) Las crisis psicógenas nocturnas pueden ocurrir en sueño lento.
- B) Las crisis psicógenas nocturnas son más frecuentes en adolescentes.
- C) Los ataques de pánico nocturnos se inician en sueño NREM.
- D) En los ataques de pánico el paciente se mantiene despierto después del episodio.

137 Con respecto a la semiología crítica del caso clínico, ¿qué dato nos haría descartar el trastorno paroxístico no epiléptico?

- A) La escasa duración de los eventos.
- B) Los episodios estereotipados.
- C) Los ojos abiertos durante las crisis.
- D) Todos ellos.

CASO PRACTICO 7:

Valoramos en la consulta de sueño a un paciente varón, de 57 años, derivado por sospecha de “parasomnia vs movimientos periódicos de miembros durante el sueño”. Como AP encontramos hipertrofia benigna de próstata, bloqueo AV, cervicoartrosis y TAC previo con presencia de AIT. No existen AF de interés. Tratamiento actual con Tamsulosina, Ramipril, Sinvastatina y Furosemida. Al historiar al paciente refiere que desde hace 6-7 años, presenta episodios durante el sueño en los que grita, da golpes, habla, habiéndose caído de la cama en varias ocasiones. El paciente recuerda algunos sueños en los que es atacado por perros y personas desconocidas. Su mujer se queja de patadas continuas 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 12/24. IMC: 27.58 kg/m².

138 Ante esta historia clínica, ¿qué diagnóstico de sospecha le parece el más probable?

- A) Trastorno de Comportamiento en Sueño REM (TCSR) en relación con enfermedad neurológica de base y SAOS.
- B) TCSR en relación con enfermedad neurológica de base y Síndrome Movimientos Periódicos de Miembros durante el Sueño.
- C) TCSR y Movimientos Periódicos de Miembros durante el Sueño.
- D) Pseudo-TCSR en paciente con SAOS.

139 Realizamos un estudio PSG que muestra los siguientes resultados: Latencia de sueño: 23 min, latencia de REM: 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. Tras los resultados obtenidos en el PSG, ¿qué opción le parece más correcta?

- A) Existe un IAH significativo por lo que diagnosticamos al paciente de SAOS.
- B) Se descarta la existencia de un TCSR y se diagnostica al paciente de un SAOS.
- C) No se puede descartar la existencia de un TCSR y se diagnostica al paciente de un Síndrome de Movimientos Periódicos de Miembros
- D) No se puede descartar la existencia de un TCSR.

140 Ante la historia clínica del paciente, ¿qué registro adicional tendríamos que haber añadido al PSG, por ser muy recomendable para el estudio detallado de la fase REM en pacientes con esta historia clínica, según las normas vigentes de la Academia Americana del Sueño (AASM)?

- A) Montaje completo de EEG según el sistema internacional 10-20 y un registro adicional de EMG que puede ser variable.
- B) EMG de músculo flexor superficial de los dedos en los dos miembros superiores.
- C) EMG de músculo extensor radial del carpo en los dos miembros superiores.
- D) EMG de músculo extensor de los dedos en un miembro superior.

141 ¿Qué dato es correcto en relación con el registro de la actividad muscular durante la fase REM, según las normas y Clasificación Internacional de los Trastornos del sueño vigentes de la Academia Americana del Sueño (AASM)?

- A) Se considera significativo un aumento de la actividad tónica en el mentón en combinación con la actividad tónica del músculo recomendado en un miembro superior en más del 15% de la fase REM.
- B) Se considera significativo un aumento de la actividad tónica o fásica en el mentón en combinación con la actividad fásica bilateral en el músculo recomendado en ambos miembros superiores en más del 27% de la fase REM.
- C) Para considerar que existe actividad tónica, según las normas vigentes de codificación de la Academia Americana del Sueño, debe existir una actividad muscular sostenida o mantenida, únicamente registrada en el EMG del mentón de al menos 10 segundos de duración.
- D) Para considerar que existe actividad tónica, según las normas vigentes de codificación de la Academia Americana del Sueño, debe existir una actividad muscular sostenida o mantenida, registrada en el EMG del mentón y del músculo añadido en MMSS de al menos 15 segundos de duración.

142 En el análisis detallado de la actividad muscular de la fase REM de nuestro paciente, encontramos un 36.5% de fase REM con aumento de la actividad muscular según los criterios de codificación aceptados internacionalmente y vigentes en la actualidad de la Academia Americana 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) Existen datos de una fase REM sin atonía que es un dato muy relacionado con el TCSR pero no es criterio diagnóstico.
- 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 TCSR.

143 Al final de todos los estudios que se consideraron necesarios en este paciente, se llegó al diagnóstico final de trastorno de comportamiento de sueño REM (TCSR). ¿Qué afirmación le parece más adecuada en este sentido?

- A) Hay que descartar que el paciente no esté tomando tratamiento antidepressivo (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 los primeros 30 min del sueño, sobre todo en pacientes mayores de 70 años, en los que el TCSR suele ser más intenso.

144 Ante el diagnóstico de TCSR en nuestro paciente, y teniendo en cuenta que los episodios son muy frecuentes, prácticamente diarios, y produciendo daños y golpes repetidos, ¿qué medida terapéutica le parece la más correcta?

- A) Establecer medidas de prevención y comenzar tratamiento con Lorazepam a dosis de 1-2 mg/24h.
 - B) Establecer medidas de prevención y comenzar tratamiento con Clonazepam a dosis de 0.5 mg/24h.
 - C) Establecer medidas de prevención y comenzar tratamiento con Clonazepam a dosis de 0.5 mg/24h y agonistas dopaminérgicos.
 - D) No está indicado el tratamiento con Clonazepam por la edad del paciente y sus antecedentes personales. Instauramos medidas de prevención y tratamiento con Melatonina a dosis inicial de 6 mg/24h.
-

CASO PRACTICO 8:

Mujer de 11 años en la actualidad, que inicia las crisis con unos 3 años (en 2010), con una crisis tónico-clónica generalizada y desconexión con el medio de unos 10-15 minutos de duración. Desde entonces la familia apreciaba repetidos episodios de mirada fija y ausencia de respuesta a estímulos, de unos segundos de duración, sin automatismos, con verbalizaciones, puede que precedidos de alguna sensación epigástrica porque parece que se tocaba la zona del epigastrio antes de las crisis. No ha vuelto a tener crisis tónico-clónicas. Desde hace unos meses presenta crisis exclusivamente nocturnas en las que se despierta, se incorpora, repite alguna palabra, está desconectada y luego no recuerda lo sucedido y golpea lo que tiene alrededor.

145 ¿Qué diagnóstico diferencial podría descartar con esta clínica?

- A) Epilepsia focal.
- B) Pseudocrisis.
- C) Parasomnia.
- D) No se podría descartar ninguna de las anteriores.

146 En caso de ser un trastorno de sueño de tipo parasomnia, ¿con qué tipo de epilepsia deberíamos hacer el diagnóstico diferencial?

- A) No es necesario, ya que está claro que es un trastorno tipo REM.
- B) Epilepsia del lóbulo temporal.
- C) Epilepsia frontal.
- D) Epilepsia generalizada.

147 ¿Qué semiología crítica consideraría?

- A) Crisis focal hipermotora con desconexión y automatismos.
- B) Crisis focal hipermotora con desconexión del medio.
- C) Crisis focal automotora sin desconexión del medio.
- D) Aura epigástrica sin desconexión del medio.

148 Se le realizan las siguientes pruebas complementarias:

- EEG basales normales.
- EEG sueño repetidos: normales cuando se hacen con VPA, y con descargas epileptiformes intercríticas fronto-centro-temporal derecha y registro de una crisis con desconexión, con inicio focal y desarrollo EEG con p-o a 3-4 Hz generalizadas, los que se han hecho sin medicación.
- RM craneal (2016): informada como normal.
- PET cerebral (2019): área hipometabólica en corteza frontoorbitaria lateral derecha.
- RM CRANEAL CON PROTOCOLO DE EPILEPSIA (abril 2019): Es visible la presencia unos surcos de aspecto ligeramente más engrosado y con peor definición con respecto a la sustancia blanca subcortical a nivel del frontal basal derecho, en la vecindad del techo orbitario. Este hallazgo no se acompaña actualmente de focos de alteración de la intensidad de señal evidentes (revisando hoy la RM: artefactada por movimiento y de calidad subóptima. Se aprecia claramente una alteración de señal a nivel de giro orbitario lateral/giro frontal inferior derecho).

Con los datos anteriores y estos hallazgos en las pruebas complementarias, ¿cuál sería su diagnóstico?

- A) Epilepsia mioclónica.
- B) Epilepsia temporal derecha por esclerosis mesial.
- C) Epilepsia frontal familiar.
- D) Epilepsia frontal derecha por displasia cortical.

149 Teniendo en cuenta los resultados anteriores, se decide intervenir a la paciente mediante craneotomía frontal derecha y resección. Durante la intervención se decide monitorizar con:

- A) Corticografía con electrodos profundos.
- B) Corticografía con tira subdural.
- C) PEM y PESS.
- D) PEATs y corticografía.

150 Durante la corticografía antes de la resección, en montaje bipolar encadenado, se registró lo siguiente: en los contactos de Ts3 a Ts5 se registró una actividad rítmica a 2hz. ¿Qué consideraría?

- A) Artefacto de EKG.
- B) Artefacto de corriente alterna.
- C) Actividad intercrítica repetitiva.
- D) Actividad critica con ritmo reclutante.

151 En cuanto a las características del sueño en los niños, es verdadero que:

- A) El recién nacido duerme aproximadamente 12 horas.
- B) En el primer año de vida la transición de la vigilia al sueño a menudo se consigue a través del sueño REM.
- C) El sueño REM de los recién nacidos y bebés va a ocupar aproximadamente un 30% del tiempo total de sueño.
- D) El sueño N3 va a crecer en aproximadamente un 40% en la segunda década de la vida.

152 Está indicado realizar el test del ejercicio (McManis) ante la sospecha de:

- A) Canalopatías y parálisis periódicas.
- B) Miopatía esteroidea.
- C) Miopatía por cuerpos de inclusión.
- D) Miopatías congénitas.

153 Referido a la monitorización de nervio periférico, ¿cuál de las siguientes es la respuesta FALSA?

- A) Se puede seguir registrando potencial de acción nervioso (CNAP) distal a la lesión de forma temprana durante varias semanas post-lesionales.
- B) La amplitud del CNAP va a depender del número de fibras estimuladas.
- C) Se debe siempre estimular a la mínima intensidad.
- D) La intensidad de la estimulación va a condicionar la amplitud del CNAP.

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 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 DEJARLO 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 ESTAS 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.

