



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

**ACCESO:** PROMOCION INTERNA

**CATEGORIA:** FEA NEUROFISIOLOGIA CLINICA

**CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:**  
FEA NEUROFISIOLOGIA CLINICA - OEP 2017 -ESTABILIZACION

**ADVERTENCIAS:**

- 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**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- 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.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

**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 desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del SAS ([www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)).

## CUESTIONARIO TEÓRICO

**1 La eficiencia de una intervención o programa sanitario viene definida por:**

- A) El cociente riesgo/beneficio.
- B) El beneficio neto obtenido.
- C) La relación entre los costes empleados y los resultados clínicos obtenidos.
- D) El cociente entre los costes médicos directos y el grado de calidad de vida resultante de emplear cada alternativa terapéutica evaluada.

**2 El Real Decreto Ley 9/2014, establece las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. Quedan excluidos del ámbito de este Real Decreto Ley (SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA):**

- A) Las células y tejidos utilizados como injertos autólogos dentro del mismo proceso quirúrgico.
- B) La Sangre, los componentes y los derivados sanguíneos.
- C) Las células o tejidos que puedan ser utilizados para la reproducción humana asistida.
- D) Los órganos o partes de órganos, si su fin es el de ser utilizados en el cuerpo humano con la misma función que el órgano completo.

**3 Los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía tienen la obligación de generar un registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Hospitalización por cada episodio producido en el ámbito de Hospitalización con las siguientes características (SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA):**

- A) Un ingreso implica la admisión de un paciente en una unidad de Hospitalización convencional con la correspondiente ocupación de una cama.
- B) Se considera que un paciente genera una estancia cuando permanece en este ámbito de Hospitalización a la hora censal (00:00 horas).
- C) Para la explotación del CMBD se tendrá en cuenta únicamente las altas con estancias iguales o mayores a 1 día. En ningún caso, pueden incluirse episodios de 0 días de estancia.
- D) Cuando un paciente provenga directamente del Hospital de día quirúrgico del propio hospital, se generará un registro donde los procedimientos quirúrgicos realizados en el ámbito de procedencia se incorporarán al CMBD de Hospitalización.

**4 Evaluar la probabilidad de que un individuo, en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria bajo condiciones reales de aplicación, se denomina...:**

- A) Eficacia.
- B) Eficiencia.
- C) Efectividad.
- D) Utilidad.

**5 Señale cuál de los siguientes no es un Estudio Descriptivo:**

- A) Estudios transversales.
- B) Estudios de series de casos.
- C) Estudios de cohortes.
- D) Estudios ecológicos.

**6 ¿Cuál de los siguientes sistemas de información no está integrado en DIRAYA?**

- A) Conjunto mínimo básico de datos (CMBD).
- B) Módulo de acceso centralizado de operadores (MACO).
- C) Historia de salud (HS).
- D) Base de datos de usuarios (BDU).

**7 En el indicador de la tasa de mortalidad infantil (TMI) se incluye el número de los niños fallecidos:**

- A) Menores de 1 año.
- B) Menores de 14 años.
- C) En las 24 primeras horas de vida.
- D) Primeras semanas de vida, de 0 a 28 días.

**8 El Índice Casuístico por pesos GRD de un Hospital expresa la complejidad media en función de...:**

- A) La severidad y morbilidad atendida.
- B) El consumo de recursos utilizados.
- C) La Estancia observada de cada GRD.
- D) La Estancia Media Esperada de cada GRD.

**9 Según la Ley 2/2010, la limitación del esfuerzo terapéutico consiste en:**

- A) La retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico, constituye, a juicio de los sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar una situación clínica carente de expectativas de mejoría.
- B) La intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad que amenaza la vida.
- C) El inicio o mantenimiento de medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan la vida en pacientes en situación terminal, sin posibilidades reales de mejora.
- D) La administración de fármacos para reducir la conciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente síntomas refractarios, previo consentimiento informado en los términos establecidos en la ley.

**10 El IV Plan Andaluz de salud establece “6 compromisos de Presente y Futuro “, sólo uno de los siguientes es uno de dichos 6 compromisos:**

- A) Reducir la desigualdad en la utilización de servicios de salud.
- B) Mejorar las condiciones de vivienda y el entorno urbanístico.
- C) Generar y desarrollar mejoras en Medio ambiente y Salud.
- D) Reducir las desigualdades Sociales en Salud.

**11 En cuál de las siguientes alteraciones de segunda motoneurona encontrará con más probabilidad, parámetros de conducción sensitiva alterados en el estudio neurográfico:**

- A) Amiotrofia espinal autosómica recesiva tipo 1 (Enfermedad de Werdnig-Hoffman).
- B) Atrofia muscular juvenil de miembros superiores (Enfermedad de Hirayama).
- C) Atrofia muscular bulboespinal recesiva ligada al X (Enfermedad de Kennedy).
- D) Atrofia muscular espinal tipo 3 (Enfermedad de Kugelberg-Welander).

**12 Respecto a los Potenciales Evocados Somatosensoriales por estimulación de contacto térmico ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

- A) Hay que tomar las mismas precauciones que para los estimulados con láser.
- B) Valoran primariamente las fibras A-delta.
- C) Valoran primariamente las fibras C.
- D) El termodo precisa bastante tiempo para calentarse y enfriarse.

**13 Respecto al síndrome de cautiverio, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**

- A) Se produce normalmente por lesiones del mesencéfalo.
- B) Las vías somatosensoriales suelen estar afectadas.
- C) La mirada vertical está comprometida.
- D) La lesión interrumpe la vía corticobulbar.

**14 En el insomnio familiar fatal:**

- A) Existe falta absoluta de sueño.
- B) El paciente fluctúa entre fases N1/REM y vigilia.
- C) Predominio de fases N1 y N2.
- D) Ausencia de fase REM.

**15 Para explorar el nervio laríngeo superior deberá registrar electromiográficamente el músculo:**

- A) Tiroaritenideo.
- B) Cricoaritenideo posterior.
- C) Cricoaritenideo lateral.
- D) Cricotiroideo.

**16 Señale la respuesta correcta en relación con las diferentes estrategias terapéuticas en los Trastornos del Ritmo Circadiano:**

- A) La exposición cíclica a un estímulo luminoso puede inducir un importante reajuste en el marcapasos circadiano.
- B) El tratamiento con melatonina pautaada produce cambios en la fase del ritmo circadiano, siendo particularmente útil en individuos con retraso de fase.
- C) El ejercicio vigoroso realizado en fase nocturna induce retraso en la fase y contrariamente si se realiza por la mañana induce cambios de avance de fase.
- D) Todas son correctas.

**17 Si en un estudio electromiográfico pediátrico con anomalías en la transmisión neuromuscular encuentra potenciales de fibrilación y ondas positivas su sospecha sería:**

- A) Botulismo.
- B) Miastenia Gravis.
- C) Miastenia congénita.
- D) Síndrome de Eaton-Lambert.

**18 ¿En cuál de los siguientes procesos NO espera encontrar alteración de los Potenciales Evocados Visuales tras estimulación monocular?**

- A) Neuritis óptica.
- B) Ceguera cortical.
- C) Esclerosis múltiple.
- D) Maculopatías.

**19 En la Miastenia Gravis con anticuerpos anti MUSK:**

- A) Estos anticuerpos se encuentran en el 5% de los pacientes que no tienen anticuerpos antirreceptor de acetilcolina.
- B) La debilidad predomina en los músculos proximales de las extremidades.
- C) Es más frecuente en varones.
- D) Son frecuentes la afectación de musculatura facial y bulbar y las exacerbaciones, en ocasiones, con crisis respiratoria.

**20 De entre los siguientes núcleos y/o regiones cerebrales y sus neurotransmisores, existe una relación incorrecta, ¿Cuál es?**

- A) Locus coeruleus- acetil colina.
- B) Núcleos del rafe- serotonina.
- C) Hipotálamo posterior- histamina.
- D) Hipotálamo lateral- orexina.

**21 En una radiculopatía L5, ¿en cuál de los siguientes músculos sería esperable encontrar mayor afectación en el estudio EMG?**

- A) Vasto lateral.
- B) Bíceps femoral (porción larga).
- C) Tibial posterior.
- D) Gemelo medial.

**22 En cuanto a los requisitos técnicos mínimos para el registro de muerte cerebral:**

- A) La impedancia de los electrodos tiene que estar por debajo de 15 K.
- B) Debe registrarse con una sensibilidad de  $5\mu\text{V}/\text{mm}$  durante al menos 30 minutos de trazado.
- C) La distancia interelectrodo debe ser al menos 10 cm.
- D) Todas las anteriores son ciertas.

**23 La presencia de fibrilaciones en músculos paravertebrales se espera encontrar en:**

- A) Radiculopatías.
- B) Miopatías con signos de inflamación y necrosis.
- C) Trastornos de la neurona motora.
- D) En todas las situaciones anteriores.

**24 Con respecto a los hallazgos de los Potenciales Evocados Somatosensoriales (PESS) en pacientes con encefalopatía anóxica, ¿qué criterio se corresponde en la práctica totalidad de los casos con muerte encefálica o estado vegetativo persistente?**

- A) Ausencia unilateral de P14 subcortical y N20 cortical.
- B) Ausencia bilateral de N20 cortical.
- C) Disminución de amplitud unilateral de N20 superior al 50% respecto a la contralateral.
- D) Ausencia bilateral de la P14 subcortical.

**25 La lesión de qué tracto medular puede producir alteración en los Potenciales Evocados Somatosensoriales del nervio mediano:**

- A) Tracto cordonal posterior.
- B) Haz Espinotalámico lateral.
- C) Tractos espinocerebelosos.
- D) Haz córticoespinal.

**26 En un paciente con esclerosis múltiple ¿cuál de los siguientes hallazgos sería más esperable encontrar?**

- A) Aumento de latencia del componente P40 en el estudio de Potenciales Evocados Somatosensoriales (PESS).
- B) Ausencia de respuesta N9 en punto de Erb en el estudio de PESS de nervio mediano.
- C) Ausencia de respuesta N22 en cresta ilíaca en el estudio de PESS de nervio tibial posterior.
- D) Disminución de amplitud de la respuesta N20 en el estudio de PESS de nervio mediano.

**27 El trastorno de conducta durante la fase REM del sueño puede ser la primera manifestación de:**

- A) Una enfermedad epiléptica.
- B) Una alteración del Sistema Nervioso Autónomo.
- C) Una enfermedad degenerativa neuronal, como enfermedad de Parkinson o Atrofia multisistémica.
- D) Una enfermedad desmielinizante.

**28 Con relación a la actividad electroencefalográfica (EEG) delta rítmica frontal intermitente (FIRDA), todas las siguientes afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:**

- A) Se cree que reflejan una disfunción difusa de la sustancia gris cortical o subcortical.
- B) Conlleva siempre mal pronóstico.
- C) Es más común en los procesos agudos que en los crónicos.
- D) Con frecuencia se confunden con artefactos por movimientos oculares.

**29 Las alteraciones de los PESS en la Esclerosis Múltiple:**

- A) En ocasiones, la única alteración es una diferencia significativa lado-a-lado en el tiempo de conducción.
- B) La frecuencia de alteraciones no se relaciona con la presencia de signos piramidales.
- C) El rendimiento diagnóstico es semejante al de los PEAT.
- D) Las alteraciones de los PESS son diagnósticas.

**30 En la polineuropatía desmilitinante inflamatoria aguda no suele alterarse:**

- A) La velocidad de conducción nerviosa motora.
- B) La amplitud de los potenciales motores.
- C) El potencial sensitivo del nervio sural.
- D) Las ondas F.

**31 ¿Qué dato le haría dudar del diagnóstico de presunción de enfermedad de la motoneurona (esclerosis lateral amiotrófica)?**

- A) Potenciales de denervación activa en músculos de diferentes miotomas.
- B) Reducción de la amplitud de los potenciales motores.
- C) Normalidad de la velocidad de conducción motora.
- D) Existencia de múltiples bloqueos en la conducción motora.

**32 En la diferenciación de la miopatía vs la neuropatía del enfermo crítico es muy útil considerar:**

- A) La respuesta motora con la estimulación directa del músculo.
- B) La amplitud del potencial muscular de acción compuesto (PMAC) al estimular el nervio.
- C) El resultado del EMG de Fibra Aislada.
- D) El reflejo H.

**33 ¿En cuál de los siguientes procesos hay una alteración de la respuesta fotópica del ERG con práctica indemnidad de la escotópica?**

- A) En la enfermedad de Oguchi.
- B) En la distrofia de conos.
- C) En la Retinosis pigmentaria.
- D) La avitaminosis A.

**34 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la Atrofia Multisistémica NO es correcta?**

- A) Es un trastorno neurodegenerativo.
- B) Presenta signos de afectación del sistema nervioso autónomo y trastornos del movimiento.
- C) El tratamiento con antiparkinsonianos da buen resultado.
- D) Puede presentar trastornos de conducta en fase REM.

**35 Si un paciente presenta episodios involuntarios de dificultad en la relajación muscular que no se acompañan de actividad eléctrica en el registro electromiográfico se trata de:**

- A) Miotonía.
- B) Contracturas.
- C) Calambres.
- D) Es un simulador.

**36 En las polimiositis es correcto:**

- A) Debilidad de predominio distal.
- B) Debilidad habitualmente asimétrica.
- C) Predominio de mioquimias en la exploración EMG.
- D) Puede afectarse la musculatura faríngea (disfagia).

**37 Paciente de 4 años con pseudohipertrofia de pantorrillas con actividad espontánea en reposo. PUM con baja amplitud y de morfología polifásica. Estudios de conducción motora y sensitiva normales. ¿Cuál sería el diagnóstico?**

- A) Distrofia miotónica.
- B) Miopatía tóxica por esteroides.
- C) Distrofia muscular de Duchenne.
- D) Polimiositis.

**38 Tipo de polineuropatía más frecuente en niños:**

- A) La secundaria a diabetes mellitus.
- B) Neuropatía adquirida tipo Guillain-Barré.
- C) Polineuropatía hereditaria.
- D) Neuropatía medicamentosa.

**39 Además del músculo Deltoides, el nervio Axilar inerva también al músculo:**

- A) Teres Mayor.
- B) Teres Minor.
- C) Subescapularis.
- D) Brachialis.

**40 En relación al temblor esencial , es falso que:**

- A) Se inicia en la 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> década de la vida.
- B) Temblor de actitud.
- C) Descargas de 6-8 ciclos por segundo de frecuencia (hasta 4-12 ciclos por segundo).
- D) Los músculos antagonistas descargan simultáneamente con los músculos agonistas.

**41 El Potencial de Unidad Motora:**

- A) Es el potencial eléctrico generado al depolarizarse la placa motora.
- B) Es el resultado de la suma de la actividad eléctrica de todas y cada una de las fibras musculares que componen la unidad motora.
- C) Se origina de la actividad eléctrica de varias fibras musculares.
- D) No tiene que ver con la actividad voluntaria.

**42 En la Meralgia Parestésica:**

- A) Los estudios neurofisiológicos pueden revelar conducción sensitiva lentificada en el nervio ílioinguinal.
- B) Los estudios neurofisiológicos pueden revelar conducción motora lentificada en el nervio femoral.
- C) Los estudios neurofisiológicos pueden revelar alteración de la conducción sensitiva en el nervio femorocutáneo lateral.
- D) Los estudios neurofisiológicos pueden revelar conducción sensitiva lentificada en el nervio genitofemoral.

**43 Las crisis hipermotoras son características de la epilepsia del:**

- A) Lóbulo occipital.
- B) Lóbulo de la ínsula.
- C) Lóbulo temporal.
- D) Lóbulo frontal.

**44 La latencia REM en sujetos y condiciones normales en un sueño nocturno suele ser:**

- A) 80-90 minutos.
- B) 40-50 minutos.
- C) 30-40 minutos.
- D) 150-160 minutos.

**45 En los criterios EEG para el diagnóstico de epilepsias parciales idiopáticas, es falso:**

- A) Pueden observarse breves descargas generalizadas de punta-onda, que no aumentan durante el sueño lento.
- B) Durante el sueño lento no existe un aumento significativo de las descargas focales.
- C) Organización del sueño normal.
- D) Pueden observarse anomalías multifocales.

**46 En tumor de fosa posterior puede observarse en el EEG:**

- A) Estudio EEG dentro de la normalidad.
- B) Ritmos proyectados a región frontal (FIRDA).
- C) Lentificación difusa.
- D) Todas las respuestas son correctas.

**47 En estadios iniciales de la enfermedad de Krabbe (Leucodistrofia infantil hereditaria) se han descrito patrones electroencefalográficos de:**

- A) Descargas epileptiformes lateralizadas y periódicas (PLEDs).
- B) Hipsarritmia.
- C) Paroxismos de punta-onda lenta de predominio occipital.
- D) Paroxismos periódicos de ondas agudas bi y trifásicas de mediano voltaje de distribución difusa y con una frecuencia de presentación de 2 a 4Hz.

**48 Todas, menos una, son indicaciones de videopolisomnografía VPSG):**

- A) Estudio de niños con sueño alterado, respiración laboriosa, somnolencia diurna, hiperactividad y retraso del desarrollo.
- B) Niño con síndrome de Down que va mal en el colegio.
- C) Niño en tratamiento con presión continua positiva en vía aérea (CPAP-nasal) que ha ganado varios kilos en el último mes.
- D) Niño que ronca en decúbito supino cuando está acatarrado.

**49 En relación a la distrofia miotónica , señale la respuesta falsa:**

- A) La velocidad de conducción motora puede estar disminuida.
- B) Puede existir incremento de las latencias distales motoras y de la onda F.
- C) Las descargas miotónicas mejoran con el frío.
- D) Las descargas miotónicas se exploran mejor en músculos como el masetero o tibial anterior ya que suelen afectarse antes.

**50 Patrón EEG característico de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob:**

- A) Actividad delta rítmica intermitente mayor de 4 mseg.
- B) Descargas epileptiformes lateralizadas periódicas (PLEDS) menor de 4 mseg.
- C) Descargas epileptiformes generalizadas periódicas de menos de 4 mseg.
- D) BIPLEDS.

**51 La miastenia gravis y el S. Eaton Lambert presentan:**

- A) Baja amplitud del potencial evocado motor (PEM).
- B) Facilitación significativa del PEM después de un breve ejercicio.
- C) Decremento del PEM con frecuencias bajas a la estimulación repetitiva.
- D) Significativo incremento del PEM con estimulación repetitiva a frecuencias rápidas.

**52 En la EMG de la Polimiositis de evolución aguda, la actividad de denervación aguda en la electromiografía es más frecuente en los siguientes músculos:**

- A) Músculos paraespinales.
- B) Deltoides y bíceps.
- C) Cuadriceps y gemelos.
- D) Músculos posteriores de la pierna.

**53 En las distrofias musculares:**

- A) Se detecta abundante actividad muscular espontánea.
- B) Al máximo esfuerzo los patrones son interferenciales con amplitudes normales.
- C) Las respuestas tardías y reflejos H son habitualmente normales.
- D) Los potenciales de unidad motora son siempre polifásicos, de larga duración y amplitud aumentada.

**54 Sobre Neuropatía axonal, ¿Qué afirmación es la correcta?**

- A) Bloqueo de conducción motor.
- B) Latencia de la respuesta F muy retrasada.
- C) Disminución en la amplitud del potencial de acción motor.
- D) Latencia distal motora aumentada.

**55 En el estudio neurofisiológico de muerte cerebral la N20 de los PESS de mediano están:**

- A) Ausentes bilateralmente.
- B) Presentes bilateralmente.
- C) Dependen de la causa de la muerte cerebral.
- D) Presente unilateralmente.

**56 Los Potenciales Evocados Visuales con estímulo patrón pueden ser normales en:**

- A) Neuropatía tóxica alcohol-nicotínica.
- B) Atrofia Óptica de Leber.
- C) Neuritis óptica inflamatoria.
- D) Ceguera simulada.

**57 Las polineuropatías axonales de predominio motor, no se relacionan con:**

- A) Intoxicación por organofosforados.
- B) Porfiria.
- C) Mieloma múltiple.
- D) Etiología paraneoplásica.

**58 ¿Cuál es la causa más frecuente de enfermedad neuromuscular en un neonato hipotónico?**

- A) Miopatía.
- B) Trastorno neuromuscular por botulismo.
- C) Enfermedad de Werdnig-Hofmann.
- D) Síndrome miasténico congénito.

**59 ¿Qué podemos observar en el EEG por patología vascular del polígono de Willis?**

- A) Punta-onda lenta en área occipital.
- B) No recuperación del trazado basal tras la hiperpnea.
- C) Atenuación del ritmo alfa.
- D) Fenómeno de arrastre occipital.

**60 No se incluye entre las polineuropatías axonales sensitivas (neuronopatías):**

- A) Síndrome Sjogren.
- B) Crioglobulinemia.
- C) Paraneoplásica.
- D) Neuronopatía secundaria a Cisplatino.

**61Cuál de estos procedimientos de activación disminuye la sensibilidad de la estimulación:**

- A) Hipotermia muscular.
- B) Isquemia.
- C) Ejercicio.
- D) 10-20 segundos de contracción máxima.

**62 En la actualización de los criterios de Rechtschaffen por la Academia Americana del Sueño:**

- A) Las fases 3 y 4 se unifican en una llamada N3.
- B) Estadío de vigilia se denomina Estadío W.
- C) Valorar los canales EEG centrales referidos a la oreja.
- D) Movimientos oculares rápidos del Estadío REM.

**63 En un paciente menor de un año, una actividad EEG rítmica de gran amplitud, anormalmente rápida para la edad, es típica de:**

- A) Síndrome de West.
- B) Síndrome de inversión-duplicación del cromosoma 15.
- C) Síndrome de Miller-Dieker (Lisencefalia clásica).
- D) Síndrome de Lennox-Gastaut.

**64 Señale la respuesta correcta. Protocolo básico de tratamiento en la cirugía de la epilepsia:**

- A) Monitorización video-EEG.
- B) Monitorización video-EEG y evaluación neuropsicológica.
- C) Monitorización video-EEG, neuroimagen de alta resolución y evaluación neuropsicológica.
- D) Monitorización video-EEG y neuroimagen de alta resolución .

**65 Los estudios de discriminación térmica (Termotest) permiten explorar:**

- A) Fibras amielínicas sensitivas tipo C.
- B) Fibras mielínicas finas autonómicas tipo C.
- C) Fibras mielínicas finas vasomotoras tipo A delta.
- D) Fibras amielínicas sudomotoras tipo C.

- 66 ¿Cuál de los siguientes signos EEG es desfavorable para el pronóstico en la epilepsia con ausencias infantiles?**
- A) Desaparición precoz de las descargas de punta-onda con el tratamiento.
  - B) Persistencia de actividad lenta posterior después de la desaparición de las descargas de punta-onda.
  - C) Comienzo de las ausencias entre los 4-9 años.
  - D) Asimetría de las descargas críticas durante la vigilia.
- 67 ¿Qué alteraciones se observan con mayor frecuencia en el electroencefalograma interictal de los pacientes con epilepsia generalizada idiopática?**
- A) Actividad de base rápida.
  - B) Actividad de base normal con paroxismos de punta-onda generalizados.
  - C) Actividad de base lenta con paroxismos de punta-onda generalizados.
  - D) Actividad de base lenta.
- 68 un patrón de bloqueo de conducción en estudios de conducción nerviosa depende de las siguientes condiciones:**
- A) desmielinización segmental.
  - B) daño axonal antes de degeneración waleriana.
  - C) daño axonal después de degeneración waleriana.
  - D) A+B.
- 69 cual de las siguientes condiciones NO se presenta en las lesiones desmielinizantes puras:**
- A) disminución de la amplitud con estimulación proximal.
  - B) disminución de velocidad de conducción en estudios de conducción .
  - C) dispersión significativa de las respuestas motoras en estimulación proximal.
  - D) potenciales de fibrilación en musculos relacionados .
- 70 Todos los siguientes hallazgos son concordantes con radiculopatía S1 excepto:**
- A) ausencia de potencial de acción sensitivo de nervio sural.
  - B) fibrilaciones en la cabeza media del musculo gemelo interno.
  - C) fibrilaciones en el musculo flexor largo de los dedos.
  - D) fibrilaciones en el musculo abductor hallucis.
- 71 Los hallazgos fisiológicos en el botulismo incluyen todo excepto:**
- A) potenciales de acción motor (cMAP) de baja amplitud.
  - B) potenciales de acción sensitivos normales.
  - C) disminución de velocidades de conducción motora.
  - D) decremento de la amplitud de potenciales de acción motor con estimulación repetitiva de baja frecuencia.

**72 Cual de las siguientes no es causa común de plexopatía lumbosacra:**

- A)fractura pélvica.
- B)obesidad.
- C)hematoma retroperitoneal.
- D)diabetes.

**73 Criterios diagnósticos de esclerosis lateral amiotrófica , señalar la respuesta verdadera:**

- A)ausencia de evidencia electrofisiológica de otra enfermedad que pueda explicar los signos de afectación de primera motoneurona.
- B)afectación de motoneurona inferior por examen neurofisiológico.
- C)certeza diagnóstica de afectación de primera y segunda motoneurona en tres regiones :bulbar cervical y dorso lumbar.
- D)todas las respuestas son correctas.

**74 Diagnóstico diferencial del túnel tarsiano , señale la pregunta falsa:**

- A)denervación abductor Hallucis.
- B)Reflejo H patológico.
- C)conducción nervio sural normal.
- D)conducciones nervios plantares ausentes.

**75 Señale cual no es una variante del síndrome de Guillen Barre:**

- A)poliradiculo-neuropatía inflamatoria desmielinizante aguda.
- B)síndrome de Miller –Fisher.
- C)Mononeuropatía axonal.
- D)variante atáxica.

**76 Señale la respuesta correcta con respecto al Síndrome de Apnea Hipopnea del adulto:**

- A)las apneas pueden ser centrales y obstructivas.
- B)la duración del evento respiratorio puede ser de menos de 10 segundos.
- C)la definición de hiponea solo incluye disminución de señal de flujo sin ser necesaria deasaturación o arousal.
- D)la apnea mixta comienza con componente obstructivo y termina con central.

**77 Cuales son criterios diagnósticos de narcolepsia:**

- A)necesidad irremediable de periodos de sueño siestas en los 3 últimos meses.
- B)catalepsia.
- C)niveles de hipocretina por debajo de 110 pg/ml.
- D)todos.

**78 Con respecto al síndrome de apnea hipopnea en niños ¿cual es falsa ?**

- A) en niños el ronquido suele ser continuo.
- B) es mas frecuente la hipoventilacion que la apnea.
- C) la causa mas frecuente es la hipertrofia adeno tonsilar.
- D) el tratamiento de eleccion es el CPAP.

**79 A proposito de la apnea central en el niño , cual es verdadera:**

- A) no ocurre en la atrofia espinal.
- B) el síndrome de Prader-willi no predispone a la apnea de origen central.
- C) la malformacion de Chiari es factor predisponente.
- D) el síndrome de down es la causa mas frecuente de apnea central.

**80 tras estimulacion electrica transcraneal se obtiene las llamadas Ondas I , indique la respuesta falsa :**

- A) se registra con electrodo epidural.
- B) es una respuesta indirecta a la estimulacion cortical.
- C) en cirugia medular es el potencial de eleccion para monitorizar la via motora.
- D) es muy sensible a la anestesia.

**81 Anestesia en monitorizacion intraoperatoria de la via motora y somestesica , señale la verdadera:**

- A) los bolos de propofol no influyen en la monitorizacion de los potenciales evocados motores ( PEM ).
- B) el uso de Etomidate produce aumento de amplitud de los potenciales evocados somestesicos.
- C) Se puede usar oxido nitroso a mas del 60% de volumen sin alterar la señal.
- D) hay que evitar la anestesia intravenosa ( TIVA) con propofol + fentanilo en perfusion.

**82 ¿Cuál de estos anestésicos no produce registro EEG isoelectrico a altas dosis ?**

- A) Propofol.
- B) opioides.
- C) Etomidate.
- D) barbituricos.

**83 Factores que influyen en la amplitud y latencia de los potenciales evocados somestesicos en quirofano:**

- A) presion arterial.
- B) gases halogenados.
- C) saturacion de oxigeno.
- D) todos ellos.

**84 En cirugía de la epilepsia , ¿a qué se denomina “zona epileptogénica “ ?**

- A) el hemisferio cerebral donde se originan crisis.
- B) el lóbulo cerebral donde se originan crisis.
- C) el área de corteza elocuente cercana al foco que da origen a la sintomatología focal.
- D) el área del cortex indispensable para la generación de crisis epilépticas.

**85 En la encefalopatía hepática es correcto:**

- A) aparecen típicamente puntas multifocales.
- B) dominancia frontal de las ondas trifásicas.
- C) el EEG está hipovoltado.
- D) todas son correctas.

**86 Paciente con un año de edad y espasmos epilépticos cual es el trazado EEG más frecuente:**

- A) Hipsarritmia.
- B) EEG normal.
- C) punta de onda difusa a 3Hz.
- D) ninguna es correcta.

**87 Durante un registro video EEG en paciente con sospecha de epilepsia , presenta una crisis con movimientos orales de masticación , postura distónica de mano derecha , movimientos descoordinados con miembro superior izquierdo , desconexión del medio y afasia .en el EEG se registra una onda theta rítmica a 8 Hz electrodos F7-T3 .¿Cual es falsa?**

- A) las crisis del lóbulo temporal izquierdo pueden presentar esta sintomatología.
- B) el origen de la crisis puede ser mesial.
- C) es una crisis psicógena.
- D) la semiología crítica lateraliza la crisis a la izquierda.

**88 La localización más frecuente de atrapamiento del nervio ciático poplíteo interno:**

- A) túnel del tarso.
- B) hueco poplíteo.
- C) rama plantar interna en el túnel abductor del primer dedo.
- D) síndrome de Morton , neuropatía del nervio interdigital.

- 89 En un paciente joven que acude por perdida de visión aguda y agudeza visual en ojo izquierdo y que no se puede explicar con exploración oftalmológica . Se realizan potenciales evocados visuales obteniendo en el lado derecho una onda P100 en 110 ms y 10  $\mu$ V , y en el lado izquierdo 122ms y 8  $\mu$ V : ¿cual es el diagnostico mas probable ?**
- A)neuritis óptica isquémica anterior.
  - B)neuritis óptica retrobulbar.
  - C)miopía.
  - D)los potenciales evocados se encuentran dentro de los limites de la normalidad.
- 90 Un bloqueo de conducción nerviosa es frecuente en:**
- A)radiculopatias crónicas.
  - B)polineuropatias desmielinizantes adquiridas.
  - C)Polineuropatias desmielinizantes hereditarias.
  - D)ninguna es correcta.
- 91 En un paciente en coma en la UCI , los resultados de los potenciales evocados son los siguientes : PESS de nervio mediano N20 ausente de forma bilateral y PEATs con alteraciones en la interlatencia I-V , ¿donde situaríamos mas probablemente la lesión?**
- A)bulbar.
  - B)protuberancial.
  - C)mesencefalica.
  - D)diencefalica.
- 92 Las neuropatías por atrapamiento del nervio mediano pueden producirse en:**
- A)en el ligamento de Struthers.
  - B)en el túnel del carpo.
  - C)en el musculo flexor superficial de los dedos.
  - D): todas son correctas.
- 93 En cirugia de tumor intramedular a nivel dorsal , monitorizamos potenciales evocados motores ( TcMEP) y onda D con electrodo epidural y PESS de miembros inferiores , ¿ cual tiene peor pronostico ?**
- A)durante la intervencion observamos disminucion de MEPs de mas del 50 % con aumento de latencia de mas de 30% pero sin alteracion en el registro de onda D .
  - B)disminucion de amplitud de Onda D de mas del 20 % sin alteraciones en los MEPs
  - C)desaparicion de los MEPs con disminucion de mas del 50% de amplitud de la onda D
  - D)ausencia de respuesta de MEPs y PESS pero con conservacion de onda D

**94 A que nivel se origina en el plexo braquial el nervio supraescapular:**

- A) fascículo posterior.
- B) fascículo medial.
- C) tronco posterior.
- D) ninguna es correcta.

**95 El ritmo delta intermitente occipital (OIRDA) señale la falsa:**

- A) es un hallazgo muy inespecífico.
- B) es un ritmo bi-sincrono posterior.
- C) aparece de forma discontinua.
- D) aparece predominantemente en adultos igual que el FIRDA.

**96 EEG en epilepsia del lóbulo frontal(FLE), cual es falsa:**

- A) pueden estar ausentes en un tercio de los pacientes con FLE.
- B) pueden aparecer en hemisferio contralateral.
- C) la mayoría de los pacientes presentan puntas frontales unilaterales al foco.
- D) es frecuente la sincronía bilateral secundaria.

**97 En las ausencias atípicas de la infancia ,¿cual no es cierta?**

- A) tienen una frecuencia en el EEG inferior a 2,5 hz.
- B) siempre son simétricas.
- C) pueden aparecer polipuntas antes de la onda lenta.
- D) pueden aparecer puntas multifocales inter-ictales.

**98 La infección cerebral por herpes Simple:**

- A) son característicos los PLEDs con frecuencia periódica muy bien establecida.
- B) aparecen en la primera semana de la infección.
- C) la actividad de base no suele lentificarse.
- D) los PLEDs son de predominio frontal/occipital.

**99 Cual de las siguientes patologías se han observado en relación con el SAHS:**

- A) Trastornos degenerativos del nervio óptico.
- B) Glaucoma.
- C) Neuropatía óptica isquémica.
- D) Todas son correctas.

- 100 Con respecto a la electrocorticografía en quirófano para monitorización antes de la resección de una displasia cortical:**
- A) El montaje recomendado para el registro es el monopolar con referencia a CZ.
  - B) La anestesia con propofol a dosis altas no influye en el registro de actividad crítica.
  - C) El uso de fármacos bloqueantes de la transmisión neuromuscular como el Bromuro de Rocuronio están prohibido en estas monitorizaciones.
  - D) Ninguna es correcta.

## CUESTIONARIO PRÁCTICO

**CASO 1:**

Mujer de 57 años con antecedente personal de artritis reumatoide en tratamiento desde hace 2 años con D-Penicilamina. Intervención quirúrgica de corrección de deformidad del pie, bajo anestesia general y uso de succinil colina (bloqueante neuromuscular). Al despertar, la paciente presenta importante ptosis palpebral derecha. Exploración neurológica: paciente alerta, ptosis palpebral derecha severa, diplopía vertical sin oftalmoplejia, voz nasal y disminución de fuerza en músculos deltoides. Exploración neurofisiológica: Estimulación repetitiva a 3 Hz con severa respuesta decremental en músculo deltoides (45%). Normalidad de respuesta ante estimulación repetitiva a 3 Hz y 50 Hz en músculos abductor del 5º dedo y trapecio. Estudio EMG de fibra aislada: Media MCD en músculo frontal de 48 microseg; 10.3% de pares de potenciales con MCD  $\geq$  53 microseg; No bloqueos. Normal densidad de fibra.

**101 ¿Qué diagnóstico neurofisiológico le parece más probable? :**

- A) Defecto postsináptico de la transmisión neuromuscular.
- B) Defecto presináptico de la transmisión neuromuscular.
- C) Defecto mixto, presináptico y postsináptico, de la transmisión neuromuscular.
- D) Ninguno de los anteriores.

**102 ¿Qué diagnóstico clínico le parece más probable? :**

- A) Miastenia gravis inducida por D-Penicilamina.
- B) Miastenia gravis inducida por succinil colina.
- C) Síndrome miasténico tipo Eaton-Lambert inducido por D-Penicilamina.
- D) Miastenia gravis inducida por D-Penicilamina y desenmascarada por succinil colina.

**103 ¿Qué drogas pueden agravar la Miastenia gravis? :**

- A) Succinil colina.
- B) Beta bloqueantes.
- C) Pancuronio.
- D) Todas las anteriores.

**104 Respecto a los trastornos de la transmisión neuromuscular, señale la afirmación falsa: :**

- A) El tratamiento prolongado con D-Penicilamina produce anticuerpos antirreceptores de acetil colina.
- B) El uso de succinil colina puede conllevar la aparición de anticuerpos antirreceptores de acetil colina.
- C) El uso de succinil colina puede agravar los trastornos postsinápticos de la transmisión neuromuscular.
- D) El tratamiento con aminoglucósidos puede agravar los síntomas tanto de la miastenia gravis como los del síndrome de Eaton- Lambert.

**105 Respecto de la D-Penicilamina, ¿qué afirmación no es correcta? :**

- A) Su uso prolongado produce un síndrome miasténico que es clínica, farmacológico e inmunológicamente indistinguible de la Miastenia gravis.
  - B) La estimulación repetitiva y el estudio de fibra aislada muestra los mismos hallazgos que la miastenia gravis.
  - C) Los síntomas desaparecen meses después de la retirada del medicamento.
  - D) La D-Penicilamina es un fármaco con actividad quelante, antiinflamatoria y antimicrobiana.
- 

**CASO 2:**

**Paciente mujer de 20 años que 3 años antes comenzó a aquejar dificultad en la comprensión de las materias escolares cuando estudiaba segundo curso de bachiller, llegando a ser incapaz de escribir su nombre en un examen. En ocasiones tenía cuadros de desconexión ambiental con fijación de la mirada de segundos de duración e inmovilidad, por lo que ingresa en Psiquiatría donde se diagnostica de esquizofrenia catatónica. Posteriormente comienza con alteraciones del comportamiento tales como subirse a la ventana para salir de casa, caminar hacia atrás haciendo el “pinopuente”, dar volteretas, gritar por las noches, alucinaciones. Reingresa por presentar cuadros de alteración de la percepción sensorial visual y gustativa y episodios de desviación cefálica a la izquierda con protrusión lingual al mismo lado y postura distónica de MSI de segundos de duración sugestivos de crisis. Ante la imposibilidad de control de estos episodios, la paciente ingresa en UCI donde se le induce coma barbitúrico. LCR: proteína 14.3.3, en un principio positiva, aunque esto podía atribuirse a contenido hemático. PCR negativa y Anticuerpos anti receptores NMDA positivos. La RMN fue informada como:” aumento difuso de la intensidad de señal en el núcleo lenticular -putamen- derecho y en la parte anterior del izquierdo, existiendo también un ligero agrandamiento de las cabezas de los núcleos caudados, Con el contraste no se observan áreas de captación patológica en parénquima cerebral, ni fosa posterior. La alteración descrita es difícil de valorar en el contexto clínico actual de la paciente pudiendo estar en relación a áreas de hipoxia secundaria a su estatus epiléptico sin poder descartar otras etiologías.**

---

**106 ¿Qué prueba diagnóstica indicaría?**

- A) EEG basal.
- B) Punción lumbar.
- C) Prueba de imagen.
- D) Todas son correctas.

**107 ¿Cuál es el diagnóstico más probable en esta paciente?**

- A) Encefalitis herpética.
- B) Epilepsia temporal derecha.
- C) Encefalitis autoinmune.
- D) Encefalopatía epiléptica.

**108 ¿Qué patrón EEG nos orientaría en el diagnóstico de la enfermedad de sospecha?**

- A) PLEDs.
- B) Extreme Delta-brush.
- C) Punta-onda temporal derecha.
- D) Ondas trifásicas.

**109 En caso de realizar una punción lumbar, ¿Qué parámetro esperarías encontrar?**

- A) Virus herpes simple.
- B) Anticuerpos anti-mGluR1.
- C) Proteína 14.3.3.
- D) Ninguno de los anteriores.

**110 ¿Con que patología se asocia hasta en un 40% de los casos?**

- A) Teratoma ovárico.
- B) Timoma.
- C) Linfoma.
- D) Cáncer de mama.

**CASO 3:**

Paciente varón de 19 años. Antecedentes familiares: padre con Diabetes mellitus; no antecedentes familiares de enfermedad neuromuscular. Antecedentes personales: sin antecedentes de interés, salvo lumbalgia ocasional; no hábitos tóxicos, no HTA, ni Diabetes Mellitus o dislipemias. Dos años antes había hecho tratamiento para el acné con racután. Enfermedad actual: Hace dos meses y medio, en la playa, tras estar un tiempo sentado sobre los talones, nota que al levantarse no puede realizar la flexión dorsal del pie izquierdo, persistiendo la impotencia funcional desde entonces. Molestias imprecisas en esa extremidad y parestesias en zona externa de la pierna y dorso del pie. A la exploración, pares craneales normales, balance muscular normal salvo en MII donde la exploración es la siguiente: dorsiflexión pie 0/5, eversión 2/5, extensión 1er dedo 3/5. Hipoestesia en cara dorsal del pie izquierdo. ROT débiles en general con ausencia de estilorradiar. Rotuliano y aquíleos presentes. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Resultados ENG-EMG realizado:

**Estudios de conducción motora**

MNCS				
Nerve	Lat	Amp	CV	
	ms	mV	m/s	
<b>Medianus Motor Derecha</b>				
Wrist - APB	4.00	7.9		
Elbow-Wrist	8.50	7.4	56.7	4.5
<b>Peroneal Common Motor Izquierda</b>				
Ankle - EDB	6.36	2.8		
Ankle-Popl Fossa	6.36	2.8	--	-12.6
Cap Fib-Popl Fossa	15.8	2.9	29.7	-3.2
Cap Fib-Ankle	15.8	2.9	35.0	9.4
<b>Peroneal Common Motor Derecha</b>				
Ankle - EDB	5.21	5.5		
Ankle-Popl Fossa	5.21	5.5	--	-11.4
Cap Fib-Popl Fossa	14.3	4.7	41.3	-2.3
Cap Fib-Ankle	14.3	4.7	37.4	9.1
<b>Tibialis Motor Izquierda</b>				
Ankle - Abd hal	6.93	8.0		
Pop Fossa-Ankle	17.4	6.4	39.6	10.5
<b>Tibialis Motor Derecha</b>				
Ankle - Abd hal	5.27	6.9		
Pop Fossa-Ankle	14.6	5.2	45.6	9.3
<b>Ulnaris Motor Derecha</b>				
Wrist - ADM	3.16	8.4		
Bl. elbow-Wrist	7.48	7.7	57.9	4.3
Ab. elbow-Bl. elbow	10.2	7.5	36.8	2.7

**EMG Findings**

Músculo	Interpretación	Inserción Actividad	Actividad espontánea				Actividad voluntaria			Notas	
			Fib	OP	Fasc	Desc	Dur	Ampl	Polif		MáxEsfuerzo
Derecha Abd dig min (man)	-	Normal	0/5	0/5	No	0	Normal	Normal	Normal	Interferenc	
Derecha Abd pollicis brevis	-	Normal	1/5	1/5	No	0				Intermedio	
Derecha Abd hallucis	-	Normal	0/5	0/5	No	0				Interm rico	
Izquierda Abd hallucis	-	Normal	0/5	0/5	No	0				Interm pobre	
Derecha Ext dig brevis	-	Normal	1/5	1/5	No	0				Intermedio	
Izquierda Ext dig brevis	-	Normal	2/5	2/5	No	0				Simple	
Derecha Tibialis anterior	-	Normal	1/5	1/5	No	0				Interm pobre	
Izquierda Tibialis anterior	-	Normal	2/5	3/5	No	0	aumt+	aumt+	Normal	Simple	

## Conducción sensitiva

<b>Conducción sensitiva</b>				
Nervio	Lat	Amp	CV	Dur
	ms	uV	m/s	ms
<b>Median Sensorial Derecha</b>				
Wrist - Digit III	2.71	22.3	51.7	2.3
Wrist - Digit IV	2.73	13.1	51.3	1.75
Wrist - Digit IV Ulnar	2.95	8.2	47.5	2.4
Palm - Digit III	1.17	30.1	59.8	2.0
<b>Peroneal Common Sensorial Izquierda</b>				
Leg - Dorsum Foot	3.10	5.3	32.3	2.2
<b>Suralis Sensorial Izquierda</b>				
Sural - Lat. Mall	3.39	3.2	39.8	1.97
<b>Suralis Sensorial Derecha</b>				
Sural - Lat. Mall	2.94	3.6	42.5	1.70
<b>Ulnaris Sensorial Derecha</b>				
Wrist - Dig V	2.52	22.0	47.6	1.98

111 ¿En cuál de los siguientes procesos no esperarías encontrar un pie caído?

- A) Neuropatía del ciático poplíteo externo.
- B) Radiculopatía L5.
- C) Neuropatía del ciático poplíteo interno.
- D) Plexopatía lumbosacra.

112 Viendo los resultados del estudio ENG-EMG, ¿qué diagnóstico le parece el más probable?

- A) Neuropatía del ciático poplíteo externo izquierdo sobre la base de una polineuropatía de probable origen metabólico.
- B) Polineuropatía hereditaria sensitivo-motora tipo 1 (Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth tipo 1).
- C) Radiculopatía L5 sobre la base de una polineuropatía sensitivo-motora.
- D) Neuropatía de ciático poplíteo externo izquierdo sobre la base de neuropatía con susceptibilidad a la parálisis por presión.

**113 ¿Cuál de los siguientes métodos NO indicaría para su diagnóstico?**

- A) Anamnesis familiar.
- B) Estudio genético.
- C) Potenciales evocados somestésicos.
- D) Estudio ENG-EMG.

**114 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?**

- A) Es frecuente la recurrencia del cuadro.
- B) Puede presentarse como plexopatía braquial.
- C) Se debe a una alteración genética, una mutación en el gen PMP22.
- D) Todas son correctas.

**115 El hallazgo histológico descrito en esta enfermedad es:**

- A) Engrosamientos focales de la vaina de mielina en forma de salchicha o tomáculos.
- B) Desmielinización segmentaria en las porciones proximales de los nervios y raíces.
- C) Corpúsculos de Schwartz.
- D) Afectación de las vasa nervorum.

---

**CASO 4:**

**Paciente varón de 68 años con antecedentes personales de HTA sin tratamiento en los dos últimos años, SAHS en tratamiento con CPAP a 7,5 cm H2O desde 2004 y síndrome ansioso en tratamiento con lorazepam. En la infancia estuvo en seguimiento por neuropediatría por pesadillas y episodios de sonambulismo relevantes que requirieron incluso intervención terapéutica. Enfermedad actual: Desde hace un año refiere tener sueños en los que “le atracan, se está quemando, tiene que salvar a alguien que se está ahogando o le persiguen”. La mujer refiere que sobre todo al final de la noche presenta gran agitación, da patadas y dice muchas palabrotas. Estos episodios son diarios. En una ocasión se ha caído de la cama y en otra incluso se ha llegado a quitar la CPAP y ha ido andando hasta el patio de su casa dándose un golpe e hiriéndose en la frente. Él dice que no es consciente de estos episodios y tan sólo esporádicamente recuerda el contenido de los sueños. Se acuesta sobre las 23:30h, tarda unos 10-15 minutos en dormirse y por la mañana se encuentra descansado, activo y sin quejas de somnolencia diurna excesiva. El paciente no refiere alteraciones de memoria ni otros trastornos cognitivos, ni motores.**

---

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

- A) Movimientos periódicos de miembros inferiores durante el sueño.
- B) Trastorno de sueño en relación al cuadro de ansiedad del paciente.
- C) Trastorno de conducta durante el sueño REM.
- D) Parasomnia No REM (sonambulismo, despertar confusional).

**117 ¿Cual de los siguientes fármacos puede inducirlo?**

- A) Aminoglucósidos.
- B) Fluoxetina.
- C) Clonacepan.
- D) Lamotrigina.

**118 ¿Con qué procesos NO suele asociarse?**

- A) Enfermedad de Alzheimer.
- B) Enfermedad de Parkinson.
- C) Atrofia multisistémica.
- D) Enfermedad por cuerpos de Lewy.

**119 ¿Qué criterio considera más importante para el diagnóstico?**

- A) Patrón alfa-delta durante el sueño.
- B) Falta de atonia en sueño REM.
- C) La realización de polisomnograma no es indispensable para su diagnóstico.
- D) Memoria del episodio ocurrido durante el sueño.

**120 En relación con las características del sueño y datos en el PSG que esperamos encontrar, ¿qué afirmación le parece más correcta?**

- A) Los episodios suelen ocurrir durante el primer tercio de la noche.
- B) Un porcentaje elevado de pacientes presentan movimientos periódicos de miembros durante el sueño.
- C) Es característico un aumento en el porcentaje de sueño REM.
- D) La arquitectura del sueño suele estar muy alterada.

---

**CASO 5:**

**Hombre de 23 años de edad ha consultado en el servicio de urgencias de su ciudad por cuadro de dolor intenso en el hombro izquierdo de unos 10 días de evolución que no cede a AINES y pruebas RX de hombro sin hallazgos significativos. A las 2 semanas del inicio del cuadro presenta una intensa debilidad para la abducción del miembro superior izquierdo.**

---

**121 Con estos datos clínicos y radiológicos posiblemente estemos ante:**

- A) Hombro doloroso por rotura del tendón del supraespinoso.
- B) Una radiculopatía C7 aguda.
- C) Un cuadro de neuralgia amiotrófica.
- D) Una lesión del plexo inferior.

**122 La entidad clinica que padece el paciente tiene cierta predilección en afectar a:**

- A) Nervio mediano y cubital.
- B) Cordón medial y nervio interoseo anterior.
- C) Tronco superior y nervio interoseo anterior.
- D) Cordón lateral y nervio radial.

**123 Esta entidad clinica tiene las siguientes características menos una:**

- A) Solo afecta al plexo braquial.
- B) Es más frecuente en hombres.
- C) En ocasiones precede a una infección respiratoria de vías altas o vacunación.
- D) A veces es bilateral y raramente recurrente.

**124 Los estudios de rutina de conducción nerviosa motora pueden ser normales porque:**

- A) La enfermedad no se asocia a una importante pérdida axonal.
- B) El proceso es desmielinizante.
- C) La lesión afecta principalmente al tronco superior del plexo braquial.
- D) Todas son correctas.

**125 De los siguientes enunciados señale lo falso:**

- A) Se aconseja el estudio neurofisiológico a las 3-4 semanas del inicio del cuadro.
- B) El pronóstico siempre es muy bueno con recuperación completa en unos 45 días.
- C) Se aconseja repetir estudios neurofisiológicos para valorar evolución.
- D) La IRM ayuda al diagnóstico en ocasiones.

---

**CASO 6:**

**Nos envían a la consulta para realizar estudio neurofisiológico a un hombre de 55 años con un cuadro de debilidad distal del miembro superior derecho de unos meses de evolución sin clara clínica de dolor. En la exploración clínica destaca una atrofia de los músculos intrínsecos de mano derecha.**

---

**126 Ante esta clínica del paciente y exploración lo más probable es que estemos ante:**

- A) Una miopatía distal.
- B) Enfermedad de la motoneurona.
- C) Radiculopatía cervical C8-D1.
- D) Mononeuropatía mediano derecho.

**127 El cuadro clínico que padece el paciente se debe hacer el diagnóstico diferencial:**

- A) Mielopatía cervical por espondilosis.
- B) Neuropatía motora multifocal con bloqueos de conducción.
- C) Miositis por cuerpos de inclusión.
- D) Con todos los anteriores.

**128 De los siguientes hallazgos neurofisiologicos en este paciente cual es el falso:**

- A)Cuadro de denervación parcial difusa.
- B)Ondas F dentro de la normalidad.
- C)VCNS alteradas siempre.
- D)Disminución de los PAMc de los nervios con atrofia muscular.

**129 Unos PAMc de baja amplitud de forma difusa aparecen en los siguientes procesos excepto en:**

- A)Esclerosis lateral amiotrofica.
- B)Extremidades frias.
- C)Distrofia muscular de Duchenne.
- D)Sindrome miastenico de Eaton Lambert.

**130 Para tener un diagnóstico certero en este paciente tenemos que hacer estudio EMG:**

- A)Músculos paraespinales.
- B)Músculos cervicales y lumbares.
- C)Músculatura bulbar.
- D)En todos los casos anteriores.

---

**CASO 7:**

**Mujer de 57 años con Cefalea de inicio brusco y crisis convulsiva generalizada. Ingresa en urgencias consciente, confusa, con escala de coma de Glasgow (GCS) de 14. Rigidez de nuca y cefalea intensa. Sin focalidad neurológica. Estudiada con TAC se aprecia una Hemorragia subaracnoidea holocisternal con escasa hemorragia intraventricular.**

**Mejoría sintomática, alivio de la cefalea con el tratamiento, pero se mantiene confusa, a las 24 horas del ictus se realiza angiografía, en la que se aprecia aneurisma de la arteria comunicante anterior izquierda.**

**Diagnóstico: Hemorragia subaracnoidea.**

**Etiología: rotura de aneurisma de la arteria comunicante anterior.**

**Tratamiento: se intenta tratamiento radiológico mediante embolización con colocación de un coil , no resultando efectivo este , se decide tratamiento quirúrgico a las 48 horas de la hemorragia. Abordaje pterional.**

---

**131 Acerca de la arteria cerebral anterior, señale la incorrecta:**

- A)es una rama de la carótida interna.
- B)su recorrido pasa por el surco interhemisferico.
- C)irriga área sensitiva y motora de la mano y cara.
- D)irriga la parte medial de los lóbulos frontales y parietales , incluyendo el área responsable de la función sensitivo motora de miembros inferiores .

- 132 En la planificación de la monitorización intraoperatoria, ¿Cual de estas técnicas no utilizaría en este caso de forma preferente ?**
- A) Potenciales evocados motores.
  - B) Potenciales evocados somestésicos (PESS) de miembros inferiores.
  - C) Potenciales evocados acústico de latencia corta.
  - D) PESS de miembros superiores.
- 133 Al ser un aneurisma de la ACA izquierda ,¿ que vamos a monitorizar ?**
- A) funciones motoras y somestésicas de ambos lados.
  - B) únicamente funciones motoras del lado derecho.
  - C) únicamente funciones somestésicas de forma bilateral.
  - D) únicamente funciones motoras del lado izquierdo.
- 134 Antes de empezar la intervención ¿que tipo de anestesia debemos consensuar con el Anestesiólogo? :**
- A) Evitar Isoflurano pero podemos utilizar Halotano.
  - B) Evitar gases halogenados ,se pueden utilizar bloqueantes de placa neuro-muscular tipo aminoesteroides como el rocuronio.
  - C) los bolos de Propofol no alteran la respuesta de los PEM.
  - D) todas son incorrectas.
- 135 Cuales son los objetivos de la MIO:**
- A) registrar de manera cuantitativa funciones cerebrales ( MEP-PESS).
  - B) identificar cambios en PESS-MEP y relacionarlas con las maniobras quirúrgicas .
  - C) advertir al cirujano de cara a revertir la maniobra y recuperar la función motora.
  - D) todas son correctas.
- 136 ¿Que parámetros de estimulación para potenciales evocados motores trans-craneales utilizaríamos ?**
- A) estimulación tipo Penfield a 50hz , durante 10 segundos.
  - B) tren de pulsos ( 3 pulsos ) con ISI a 100 HZ.
  - C) tren de pulsos (5- 7 pulsos ) con ISI 250Hz, duración 0,3-0,5 ms.
  - D) todas son correctas.

- 137 Durante la maniobra de Clipado transitorio de la arteria cerebral anterior del aneurisma, de 5 minutos de duración se producen cambios en los PESS de MMII contralateral .¿ que cambios consideramos patológicos?**
- A)disminución brusca de amplitud de P40 de menos de 20.
  - B)aumento paulatina de latencia del 5% de la P40.
  - C)disminución de amplitud de mas del 20% y aumento de latencia de mas de 10% en PESS de MMII .
  - D)al ocurrir los cambios a mas de 5 minutos del clipaje temporal no consideramos criterios de alerta .
- 138 1 minuto después de realizar el clipaje definitivo del aneurisma sin incidentes con miniclip semicurvo , observamos una caída brusca de PEM de forma bilateral , pero con conservación de los PESS contralaterales .¿que ha podido pasar ? señale la correcta**
- A)hipotensión brusca.
  - B)vasoespasma.
  - C)al no haber alteración de los PESS , pensamos exclusivamente en un fallo técnico del estimulador de PEM.
  - D)A+B son correctas.
- 139 El tiempo de clipado temporal del aneurisma sirve para evaluar la función vascular antes de colocar el clip definitivo , por esa razón se monitoriza de forma continua con PEM y PESS durante ¿cuantos minutos para detectar cambios?**
- A)es suficiente los 2-5 primeros minutos.
  - B)5-10 minutos.
  - C)mas de 10 minutos.
  - D)no es necesario debido a que es un clipaje que va a retirarse.
- 140 En caso de poder estimular directamente el área motora con una tira subdural durante la intervención que tipo de estimulación vamos a elegir preferentemente:**
- A)estimulación monopolar anodal (+) y referencia CPz (-).
  - B)estimulación bipolar.
  - C)estimulación monopolar catodal (-) y referencia CPz(+).
  - D)ninguna de ellas.

**CASO 8:**

Mujer de 38 años diestra, evaluada por epilepsia refractaria, inicio de crisis a los 20 años con episodios de “déja vu” una o dos veces al mes en periodo peri menstrual.

En los dos últimos años, los episodios cambiaron, añadiéndose a estos, sensación de calor en la cabeza, progresando a pérdida de consciencia. Testigos de las crisis describen pérdida de contacto y movimientos repetitivos manuales así como masticación, la paciente no recuerda nada del episodio salvo el “déja vu”.

El número de episodios aumento en los días próximos al periodo menstrual, no hay pérdida de control de esfínteres ni convulsiones generalizadas.

Las crisis continúan pese a tratamiento con carbamacepina y levitiracetam, habiendo probado lamotrigina y acetazolamida a dosis máximas.

Antecedentes familiares y personales: sin interés.

Exploración física: normal.

IRM 1,5 Tesla: hipotrofia hipocampal bilateral con aumento de señal en FLAIR en hipocampo derecho.

PET: disminución hipometabolismo en fluorodeoxyglucosa en estructuras mesiales temporales derechas.

EEG basal: sin hallazgos.

Video EEG prolongado de superficie: después de retirada farmacológica, presenta una actividad intercrítica formada por periodos de 3-4 segundos de duración de ondas lentas a 3-4 Hz en región temporal derecha, ondas agudas en región temporal derecha con máxima amplitud en T2 (SP2).

Se registraron 5 crisis similares a las habituales, estereotipadas, con aura, automatismos orales y manuales bilaterales, sigue obedeciendo órdenes durante un tiempo e incluso puede decir su nombre, posteriormente se produce una desconexión del medio y deja de responder a órdenes. Duración de las crisis de una minuto aproximadamente. En el periodo postcrítico recuerda solamente el aura de calor en la cabeza y salivación y nada posteriormente. El patrón EEG ictal, comienza con ondas agudas rítmicas a 1 Hz en región temporal derecha con máxima amplitud en T2(SP2), con progresión a puntas a 3-4 Hz y theta rítmico a 6 Hz, sin difusión contralateral, el inicio clínico y EEG fueron simultáneos.

---

**141 Según la última propuesta de clasificación de la ILAE (2017) como clasificarían estas crisis registradas en el video EEG:**

- A) crisis parciales complejas secundariamente generalizadas.
- B) crisis focales sin pérdida de desconexión con el entorno con evolución a desconexión y fenómenos motores.
- C) crisis parciales simples y complejas automotoras y autonómicas.
- D) crisis parciales del lóbulo temporal.

**142 ¿Que signos semiológicos lateralizadores encontramos en este caso ?**

- A) automatismos orales.
- B) aura de “deja vu” y calor en cabeza.
- C) automatismos manuales bilaterales.
- D) ninguno de ellos.

- 143 ¿Como se llama el tipo de epilepsia que padece la paciente donde las crisis se agrupan alrededor del periodo menstrual?**
- A)epilepsia gelasticas.
  - B)epilepsia autonómica.
  - C)epilepsia catamenial.
  - D)epilepsia menstrual.
- 144 Aunque no encontremos signos semiológicos lateralizadores ,¿ que signos nos pueden hacer sospechar que es una epilepsia del lóbulo temporal No dominante?**
- A)ninguno no tiene signos lateralizadores.
  - B)la conservación de la capacidad de verbalización y consciencia al inicio de la crisis.
  - C)el recuerdo del Aura y amnesia posterior.
  - D)la ausencia de postura distonica y clónias.
- 145 ¿Que se consideraría una epilepsia farmacoresistente ?**
- A)epilepsia en la cual no hay tratamiento posible.
  - B)epilepsia en la cual se han ensayado dos fármacos antiepilépticos (AED) adecuados en monoterapia o politerapia y no esta libre de crisis .
  - C)epilepsia en la cual se han ensayado en politerapia mas de 3 fármacos AED sin éxito.
  - D)cualquier epilepsia con mas de una crisis al año con tratamiento con varios fármacos AED.
- 146 Al ser el EEG basal , normal , ¿que exploración EEG recomendaríamos seguidamente ?**
- A)varios EEGs basales repetidos.
  - B)estudio EEG de sueño nocturno.
  - C)EEG tras privación de sueño , con registro de al menos un periodo de sueño.
  - D)se realiza directamente el video EEG prolongado de varias días de duración.
- 147 Según los hallazgos clínicos y EEG ¿donde localizaríamos la zona epileptogenica ?**
- A)lóbulo frontal y cingular derecho.
  - B)zona temporo-mesial derecha.
  - C)zona temporal cortical derecha.
  - D)lóbulo temporal bilateral.
- 148 En el caso de tener dudas sobre el origen cortical o mesio temporal de las crisis ¿que técnicas invasivas han demostrado tener menos efectos secundarios y serian mas adecuadas para este caso ?**
- A)electrodos de foramen oval.
  - B)electrodos profundos.
  - C)electrodos epidurales.
  - D)manta subdural.

**149 ¿Que actividad EEG intercrítica es mas especifica de epilepsia mesial temporal que de epilepsia temporal neocortical ?**

- A) Identificación theta temporal anterior.
- B) puntas con máxima amplitud en electrodos temporales anteriores ( T1-T2-Sp1-Sp2) y identificación temporal anterior theta.
- C) puntas con máxima amplitud en electrodos temporales medios ( T3-T4) y identificación theta temporal anterior.
- D) ninguna de ellas.

**150 Si en un registro EEG en este paciente registramos puntas bilaterales esporádicas en electrodos temporales anteriores podemos decir:**

- A) tiene una epilepsia bitemporal.
- B) tiene una patología dual.
- C) Es un hallazgo frecuente en epilepsia del lóbulo temporal tanto mesio temporal como neocortical.
- D) todas son falsas.

## CUESTIONARIO RESERVA

**151 ¿Cuál es la raíz más comúnmente afectada en la amiotrofia diabética?**

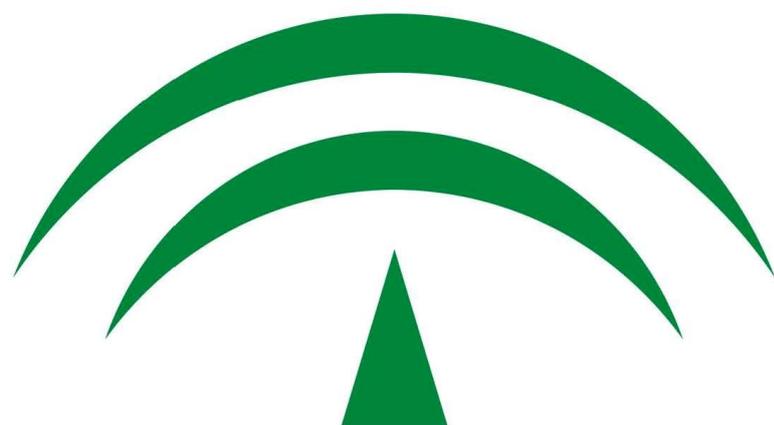
- A)L4.
- B)L5.
- C)S1.
- D)L4 y L5.

**152 El montaje referencial se utiliza para:**

- A) Detectar la presencia o no de descargas epileptiformes buscando inversión de fase.
- B) Valorar el área de mayor electronegatividad, permite dibujar un mapa cerebral de la descarga.
- C) No es necesario y poco útil.
- D) Descartar lesión tumoral.

**153 Los siguientes trastornos del sueño están asociados al HLA( antígeno leucocitario humano) excepto**

- A) Sonambulismo.
- B) Enuresis primaria.
- C) Síndrome de la fase retrasada del sueño.
- D) Síndrome de Kleine-Levin.



**JUNTA DE ANDALUCIA**  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**CONSEJERÍA DE SALUD**

**JUNTA DE ANDALUCIA**

