



PROCESO SELECTIVO PARA LA ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL DE LARGA DURACIÓN, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Y DE TITULADO/A SANITARIO/A, EN LA RED HOSPITALARIA DE LA DEFENSA.

ESPECIALIDAD: NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES

1. Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen al equipo colaborador.
2. El examen se compone de 100 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas o incorrectas no tienen valor. Para superar el ejercicio debe tener 50 aciertos. Tiempo de realización de la prueba es de 150 min.
3. Compruebe que el examen corresponde a la especialidad para la que se presenta.
4. El cuadernillo de preguntas y la hoja de respuestas se deben entregar al personal colaborador al finalizar el ejercicio. El cuadernillo de preguntas se devolverá al opositor que lo solicite al finalizar esta prueba.
5. Solo se valorará la hoja de respuestas. Si inutiliza su “Hoja de Respuestas” pida una nueva al equipo colaborador.
6. Datos de filiación en la hoja de respuesta.
7. Prohibido el uso de calculadoras, teléfonos móviles y/o cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.



PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



1. El Observatorio Militar para la Igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas está adscrito a:
 - A) Secretaría de Estado de Defensa
 - B) Subsecretaría de Defensa
 - C) Ministerio de Igualdad
 - D) Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

2. Qué departamento desarrolla la actuación en materia de control de armamento, no proliferación y desarme:
 - A) La Secretaría General Técnica
 - B) La Dirección General de Armamento y Material
 - C) La Secretaría General de Política de Defensa
 - D) La Secretaría de Estado de la Defensa

3. Marcar la VERDADERA: El Subdirector General de Personal Civil de la Subsecretaría de Defensa puede:
 - A) Aprobar las bases de la convocatoria para la selección de personal estatutario temporal
 - B) Autorizar comisiones de servicio
 - C) Reconocer los servicios previos
 - D) Conceder las reducciones de jornada

4. Marcar la VERDADERA: El Centro Universitario de la Defensa (CUD):
 - A) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad de Alcalá (UAH)
 - B) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad de San Pablo-CEU
 - C) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
 - D) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad Europea de Madrid (UEM)

5. Un Oficial Médico que luce como divisa tres estrellas de seis puntas cada una será:
 - A) Un Capitán
 - B) Un Coronel
 - C) Un General
 - D) Un Teniente

6. El Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa está encuadrado en:



- A) Departamento de Servicios Centrales
 - B) Jefatura de Sanidad Militar-Operativa
 - C) Unidad de Apoyo Informático
 - D) Depende directamente de Subdirección Médica
7. Marca la VERDADERA: La Escuela de Buceo de la Armada (EBA) de Cartagena:
- A) Depende de la Dirección de Enseñanza Naval (DIENA)
 - B) Depende directamente del Almirante Jefe de la Flota (ALFLOT)
 - C) Depende directamente del Almirante Jefe del Estado Mayor de la Armada (AJEMA)
 - D) Depende la Academia Central de la Defensa
8. La organización básica de la Armada es:
- A) Cuartel General de Armada, Cuartel General de la Flota y Jefatura de Personal
 - B) Estado Mayor de la Armada, Fuerza de Acción Marítima, Flotilla de Submarinos, Flotilla de Aeronaves y Fuerza de Infantería de Marina
 - C) Cuartel General de Armada, Fuerza y Apoyo a la Fuerza
 - D) Cuartel General de la Flota, Fuerza de Acción Marítima y Fuerza de Infantería de Marina
9. Marca la FALSA: Forman parte de la estructura del Estado Mayor de la Defensa (EMAD):
- A) Mando Conjunto del Ciberespacio
 - B) Cuartel General del Estado Mayor de la Defensa
 - C) Mando de Operaciones
 - D) Mando de Personal
10. Marca la VERDADERA:
- A) La Secretaría General de Política de Defensa dirige, impulsa y gestiona las políticas de armamento y material, investigación, desarrollo e innovación, industrial, económica, de infraestructura, medioambiental y de los sistemas, tecnologías y seguridad de la información en el ámbito de la Defensa así como el impulso del proceso de transformación digital del Departamento
 - B) La Subsecretaría de Defensa dirige, impulsa y gestiona la política de patrimonio cultural, de personal, de reclutamiento, de enseñanza, de desarrollo profesional y sanitaria
 - C) A y B son verdaderas
 - D) A y B son falsas



11. Marca la VERDADERA:

- A) La Subsecretaria de Defensa depende orgánicamente del Jefe del Estado Mayor de la Defensa
- B) La Unidad Militar de Emergencias depende directamente del Jefe del Estado Mayor de la Defensa
- C) El Centro Nacional de Inteligencia (CNI) depende directamente de la Secretaria de Estado de la Defensa
- D) Todas son FALSAS

12. Marca la VERDADERA:

- A) El Jefe del Estado Mayor de la Defensa (JEMAD) tiene rango de Subsecretario
- B) El Jefe del Estado Mayor del Ejército de Tierra (JEME) tiene rango de Secretario
- C) El Jefe del Estado Mayor de la Armada (AJEMA) tiene rango de Subsecretario
- D) Todas son falsas

13. NO corresponde a la Subsecretaría de Defensa la función:

- A) Dirigir y coordinar la política retributiva
- B) Acordar la inserción en el “Boletín Oficial del Ministerio de Defensa” de las disposiciones generales, resoluciones y actos administrativos
- C) Impulsar la política de igualdad
- D) Ejercer la dirección financiera de los programas presupuestarios y la programación económica

14. Marca la FALSA: La Intervención General de la Defensa:

- A) Ejerce la notaría militar en la forma y condiciones establecidas por las leyes
- B) Ejerce el control interno de la gestión económico-financiera mediante el ejercicio de la función interventora, el control financiero permanente y la auditoría pública, en los términos regulados en la Ley 47/2003 de 26 de noviembre, General Presupuestaria
- C) Las funciones de esta Intervención se ejercen por personal perteneciente al Cuerpo Jurídico Militar, bajo la dirección del Interventor General de la Defensa
- D) El cargo de Interventor General de la Defensa es desempeñado por un General de División interventor en situación de servicio activo

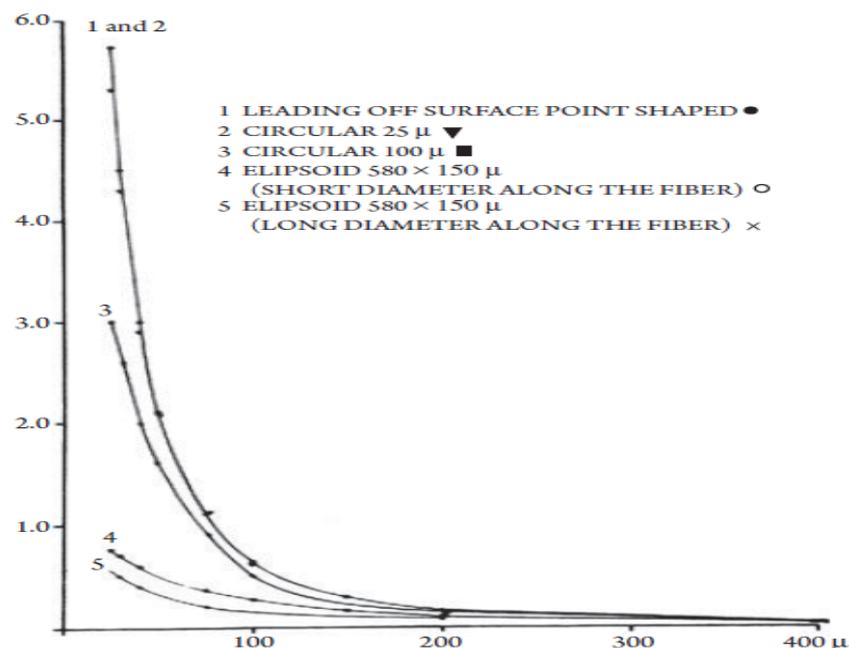


15. El emblema de la especialidad fundamental de Medicina del Cuerpo Militar de Sanidad está representado por:
- A) un caduceo de Esculapio con basto y áspid, acompañado por dos ramas de laurel curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
 - B) un cáliz con áspid enrollado y cabeza en jefe, acompañadas por dos ramas de olivo curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
 - C) un fonendoscopio acompañado por dos ramas de laurel curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
 - D) una lira, superpuesta batuta en barra, acompañado por dos ramas de olivo curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
16. Del patrón de interferencias en relación al turns amplitude y su aplicación en los estudios neurofisiológicos, ¿cuál de estas afirmaciones es cierta?
- A) La activación simultánea de diferentes unidades no impide el reconocimiento de cada MUP individual, de ahí el nombre de patrón de interferencia.
 - B) La densidad de los picos y la amplitud media de la respuesta sumada la determina ciertos factores.
 - C) Los sujetos normales deberían tener una relación inferior a 5 con, por ejemplo, tres unidades disparando menos de 15 impulsos por segundo cada una. Si dos unidades están disparando, una a 20 Hz y la otra a 10 Hz, la velocidad promedio de disparo de las dos unidades es igual a 15 Hz.
 - D) En pacientes hemiparéticos, la contracción isométrica de los músculos paréticos no muestra lapsos frecuentes en el patrón interferencia.
17. Caso clínico de una paciente mujer de 47 años con antecedentes de Síndrome de piernas inquietas, TBC (tuberculosis) tratada en la infancia y traumatismo por atropello a los 34 años que precisó intervención de menisco izquierdo; neoplasia gástrica a los 44 años que requirió gastrectomía total, colecistectomía y aporte mensual de vitamina B12, sin tratamiento con quimioterapia ni radioterapia. Desde el atropello, a los 34 años, refiere clínica de inestabilidad en las extremidades inferiores, inicialmente en situaciones de bipedestación y reposo, que ha ido evolucionando afectando también a la deambulación hasta el punto de impedir la y precisar silla de ruedas desde hace 6 meses (13 años después de su inicio). Desde hace un año presenta dificultad para sostener objetos pesados con las extremidades superiores. La exploración neurológica no muestra déficit motor ni sensitivo y los reflejos osteotendinosos se hallan presentes y simétricos.

Se evidencia temblor postural moderado bilateral, rigidez, bradicinesia moderada global y marcha lenta. El registro electromiográfico simultáneo de la actividad muscular con electrodos cutáneos en ambos tibiales anteriores y gemelos muestra una ausencia de actividad en sedestación, y en bipedestación la presencia de salvas de actividad muscular sincrona en agonistas y antagonistas, a una frecuencia de 16Hz, concordantes con:

- A) Trastorno sensitivo-motor que se suele caracterizar por inestabilidad en bipedestación que mejora al sentarse o caminar, compatible con un temblor ortostático plus.
- B) Trastorno motor que se suele caracterizar por inestabilidad en bipedestación que no mejora al sentarse o caminar, compatible con un temblor ortostático plus.
- C) Trastorno motor que se suele caracterizar por inestabilidad en bipedestación que mejora al sentarse o caminar, compatible con un temblor ortostático.
- D) Trastorno motor que se suele caracterizar por inestabilidad en bipedestación que mejora al sentarse o caminar, compatible con un temblor ortostático plus.

18. De acuerdo a la siguiente imagen sobre las amplitudes de las descargas de unidades motoras individuales, podemos afirmar que: (fuente de la imagen Kimura)





- A) Muestra la reducción en la amplitud de la respuesta registrada con un cambio abrupto de la posición del electrodo lejos de la fuente. La aguja con una gran superficie de salida registra una amplitud alta incluso cerca del generador de picos y muestra solo una reducción menor a medida que se aleja de la fuente. Por el contrario, la gran amplitud inicial aumenta abruptamente por unidad de distancia con una superficie de salida más pequeña, que no se extiende a través de las muchas líneas isoeléctricas.
- B) Muestra el incremento en la amplitud de la respuesta registrada con un cambio gradual de la posición del electrodo lejos de la fuente. La aguja con una gran superficie de salida registra una amplitud baja incluso cerca del generador de picos y muestra solo una reducción menor a medida que se aleja de la fuente. Por el contrario, la gran amplitud inicial disminuye abruptamente por unidad de distancia con una superficie de salida más pequeña, que no se extiende a través de las muchas líneas isoeléctricas.
- C) Muestra la reducción en la amplitud de la respuesta registrada con un cambio gradual de la posición del electrodo lejos de la fuente. La aguja con una gran superficie de salida registra una amplitud baja incluso cerca del generador de picos y muestra solo una reducción menor a medida que se aleja de la fuente. Por el contrario, la gran amplitud inicial disminuye abruptamente por unidad de distancia con una superficie de salida más pequeña, que no se extiende a través de las muchas líneas isoeléctricas.
- D) Muestra la reducción en la amplitud de la respuesta registrada con un cambio abrupto de la posición del electrodo lejos de la fuente. La aguja con una gran superficie de salida registra una amplitud alta incluso cerca del generador de picos y muestra solo una reducción menor a medida que se aleja de la fuente. Por el contrario, la gran amplitud inicial aumenta abruptamente por unidad de distancia con una superficie de salida más pequeña, que no se extiende a través de las muchas líneas isoeléctricas.
19. En relación a la evaluación del Sistema nervioso autónomo (SNA) sabemos que algunos neuropéptidos y otros neurotransmisores intervienen en la actividad del SNA en el sistema nervioso central y visceral y, que además modulan la integración de funciones múltiples como la cognición, el dolor y la locomoción. Los más comunes son la colecistoquinina, la sustancia p, la somatostatina, encefalinas, neuroquininas, óxido nítrico, péptido intestinal vasoactivo, el neuropéptido y la serotonina y el péptido



relacionado con el gen de la calcitonina. A nivel visceral las purinas, las prostaglandinas y otros péptidos como las dinorfinas participan en la modulación autonómica. Pero qué neurotransmisores podemos encontrar, señale la respuesta incorrecta.

- A) La acetilcolina (Ach) es el neurotransmisor clásico de las neuronas preganglionares en los SNS y SNP.
- B) Las neuronas postganglionares del SNS liberan norepinefrina (NE) con la excepción de las fibras sudomotoras que liberan Ach.
- C) las neuronas parasimpáticas postganglionares liberan Ach en la sinapsis.
- D) El SARA regula el SNA a través de la adaptación de células "on-off" a nivel troncoencefálico.

20. Dentro del estudio del Sistema Nervioso Autónomo contamos con diferentes test como por ejemplo el test cuantitativo del reflejo axónico sudomotor (QSART) que:

- A) Evalúa la integridad de los reflejos simpáticos que modulan la función de las glándulas sudoríparas. Utilizando la técnica de iontoforesis se activan las fibras simpáticas preganglionares que utilizan Ach como neurotransmisor. El impulso viaja de manera antidrómica hasta la primera ramificación y regresa de manera ortodrómica activando la glándula sudorípara correspondiente mediante liberación de Ach.
- B) Evalúa la integridad de los reflejos simpáticos que modulan la función de las glándulas sudoríparas. Utilizando la técnica de iontoforesis se activan las fibras simpáticas postganglionares que utilizan Ach como neurotransmisor. El impulso viaja de manera antidrómica hasta la primera ramificación y regresa de manera ortodrómica activando la glándula sudorípara correspondiente mediante liberación de Ach.
- C) Evalúa la integridad de los reflejos simpáticos que modulan la función de las glándulas sudoríparas. Utilizando la técnica de iontoforesis se activan las fibras simpáticas postganglionares que utilizan Ach como neurotransmisor. El impulso viaja de manera ortodrómica hasta la primera ramificación y regresa de manera antidrómica activando la glándula sudorípara correspondiente mediante liberación de Ach.
- D) Evalúa la integridad de los reflejos simpáticos que modulan la función de las glándulas sudoríparas. Utilizando la técnica de iontoforesis se activan las fibras simpáticas postganglionares que utilizan NE (norepinefrina) como neurotransmisor. El impulso viaja de manera antidrómica hasta la primera ramificación y regresa de manera ortodrómica activando la glándula sudorípara correspondiente mediante liberación de Ach.



21. Dentro del estudio del Sistema Nervioso Autónomo contamos con diferentes test como por ejemplo el test de sudoración termorregulatoria (TST) que:

- A) Evalúa completamente la vía termomoduladora sudomotora utilizando como estímulo la elevación de la temperatura corporal a través de la elevación de la temperatura ambiental. Es un complemento para el QSART muy útil para diferenciar trastornos pre y postganglionares. La respuesta de eferencia simpática esta mediada por centros preganglionares que incluyen el hipotálamo, vías bulbo-espinales y células de la columna intermediolateral. De otro lado las vías postganglionares incluyen la cadena simpática cervical y los nervios sudomotores postganglionares que se dirigen a las glándulas sudoríparas.
- B) Evalúa completamente la vía termomoduladora sudomotora utilizando como estímulo la elevación de la temperatura corporal a través de la elevación de la temperatura ambiental. Es un complemento para el QSART muy útil para diferenciar trastornos pre y postganglionares. La respuesta de aferencia simpática está mediada por centros preganglionares que incluyen el hipotálamo, vías bulbo-espinales y células de la columna intermediolateral. De otro lado las vías preganglionares incluyen la cadena simpática cervical y los nervios sudomotores postganglionares que se dirigen a las glándulas sudoríparas.
- C) Evalúa completamente la vía termomoduladora sudomotora utilizando como estímulo la elevación de la temperatura corporal a través de la elevación de la temperatura ambiental. Es un complemento para el QSART muy útil para diferenciar trastornos pre y postganglionares. La respuesta de eferencia simpática esta mediada por centros postganglionares que incluyen el hipotálamo, vías bulbo-espinales y células de la columna intermediolateral. De otro lado las vías postganglionares incluyen la cadena simpática cervical y los nervios sudomotores postganglionares que se dirigen a las glándulas sudoríparas.
- D) Evalúa completamente la vía termomoduladora sudomotora utilizando como estímulo la elevación de la temperatura corporal a través de la elevación de la temperatura ambiental. Es un complemento para el QSART muy útil para diferenciar trastornos pre y postganglionares. La respuesta de eferencia simpática esta mediada por centros preganglionares que incluyen el hipotálamo, vías bulbo-espinales y células de la columna intermediolateral. De otro lado las vías preganglionares incluyen la cadena simpática cervical y los nervios sudomotores postganglionares que se dirigen a las glándulas sudoríparas.



22. Dentro del estudio del Sistema Nervioso Autónomo contamos con diferentes test como por ejemplo la Maniobra de Valsalva

- A) La maniobra de Valsalva evalúa la integridad de los arcos reflejos arteriales y cardiopulmonares pudiendo identificar alteraciones simpáticas como parasimpáticas. La presión abdominal e intratorácica media se incrementa de manera voluntaria mediante un pujo fuerte contra resistencia durante 15 segundos soplando a través de un tubo conectado a un manómetro de mercurio manteniendo una presión de 40 mmHg. La respuesta al estímulo se produce en cuatro fases. 1) Aumento de la presión arterial y disminución de la frecuencia cardíaca inmediatamente después de iniciado el pujo por disminución de la presión intratorácica y estímulo vagal mecánico, 2) caída y recuperación parcial de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardíaca por activación del barorreflejo 3) después de la liberación del pujo se produce una disminución súbita en la presión arterial como consecuencia a la caída de la presión intratorácica y un aumento de la frecuencia cardíaca reflejo por retirada de la eferencia parasimpática, 4) finalmente se produce recuperación de la presión arterial por activación del barorreflejo simpático y caída de la frecuencia cardíaca a valores normales por aumento en la actividad vagal eferente.
- B) La maniobra de Valsalva evalúa la integridad de los arcos reflejos arteriales y cardiopulmonares pudiendo identificar alteraciones simpáticas como parasimpáticas. La presión abdominal e intratorácica media se incrementa de manera voluntaria mediante un pujo fuerte contra resistencia durante 15 segundos soplando a través de un tubo conectado a un manómetro de mercurio manteniendo una presión de 40 mmHg. La respuesta al estímulo se produce en cuatro fases. 1) Aumento de la presión arterial y disminución de la frecuencia cardíaca inmediatamente después de iniciado el pujo por aumento de la presión intratorácica y estímulo vagal mecánico, 2) caída y recuperación parcial de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardíaca por activación del barorreflejo 3) después de la liberación del pujo se produce una disminución súbita en la presión arterial como consecuencia a la caída de la presión intratorácica y un aumento de la frecuencia cardíaca reflejo por retirada de la eferencia parasimpática, 4) finalmente se produce recuperación de la presión arterial por activación del barorreflejo simpático y caída de la frecuencia cardíaca a valores normales por aumento en la actividad vagal eferente.
- C) La maniobra de Valsalva evalúa la integridad de los arcos reflejos arteriales y cardiopulmonares pudiendo identificar alteraciones



simpáticas como parasimpáticos. La presión abdominal e intratorácica media se incrementa de manera voluntaria mediante un pujo fuerte contra resistencia durante 15 segundos soplando a través de un tubo conectado a un manómetro de mercurio manteniendo una presión de 40 mmHg. La respuesta al estímulo se produce en cuatro fases. 1) Aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca inmediatamente después de iniciado el pujo por aumento de la presión intratorácica y estímulo vagal mecánico, 2) Subida y recuperación parcial de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardíaca por activación del barorreflejo 3) después de la liberación del pujo se produce una disminución súbita en la presión arterial como consecuencia a la caída de la presión intratorácica y un aumento de la frecuencia cardíaca reflejo por retirada de la eferencia parasimpática, 4) finalmente se produce recuperación de la presión arterial por activación del barorreflejo simpático y caída de la frecuencia cardíaca a valores normales por aumento en la actividad vagal eferente.

- D) La maniobra de Valsalva evalúa la integridad de los arcos reflejos arteriales y cardiopulmonares pudiendo identificar alteraciones simpáticas como parasimpáticos. La presión abdominal e intratorácica media se incrementa de manera voluntaria mediante un pujo fuerte contra resistencia durante 15 segundos soplando a través de un tubo conectado a un manómetro de mercurio manteniendo una presión de 40 mmHg. La respuesta al estímulo se produce en cuatro fases. 1) Aumento de la presión arterial y disminución de la frecuencia cardíaca inmediatamente después de iniciado el pujo por aumento de la presión intratorácica y estímulo vagal mecánico, 2) caída y recuperación parcial de la presión arterial y aumento de la frecuencia cardíaca por activación del barorreflejo 3) después de la liberación del pujo se produce una disminución súbita en la presión arterial como consecuencia a la caída de la presión intratorácica y un aumento de la frecuencia cardíaca reflejo por retirada de la eferencia parasimpática, 4) finalmente se vuelve a producir una caída de la presión arterial por activación del barorreflejo simpático y también caída de la frecuencia cardíaca por aumento en la actividad vagal eferente.

23. Dentro del estudio del Sistema Nerviosos Autónomo contamos con diferentes test como por ejemplo la respiración profunda controlada. Indique lo correcto respecto a esta prueba:

- A) Una DIE (índice de diferencia inspiración-espирación) >15 indica que hay compromiso de la modulación vagal tónica. Para la interpretación de esta

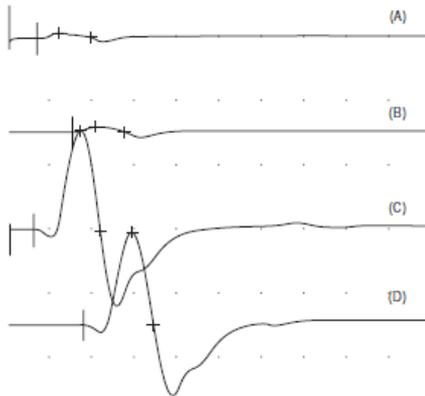


- prueba es importante tener en cuenta variables como edad, sexo, volúmenes respiratorios y obesidad entre otras.
- B) Una DIE igual a 15 indica que hay compromiso de la modulación vagal tónica. Para la interpretación de esta prueba es importante tener en cuenta variables como edad, sexo, volúmenes respiratorios y obesidad entre otras.
 - C) Una DIE <15 indica que hay compromiso de la modulación vagal tónica. Para la interpretación de esta prueba es importante tener en cuenta variables como edad, sexo, volúmenes respiratorios y obesidad entre otras.
 - D) La frecuencia respiratoria tiene una influencia profunda en la variación del intervalo RR y no es modulada por el tono vagal.
24. Respecto a la neuropatía de fibra fina consiste en la afectación de las fibras nerviosas de pequeño diámetro, de las fibras escasamente mielinizadas A delta y las fibras amielinizadas C, ¿podría indicar cuál de los siguientes síntomas no es característico en esta entidad?:
- A) Pupila de Adie
 - B) Cansancio
 - C) Alodinia en respuesta al mínimo roce
 - D) Disfunción eréctil y arritmia cardiaca
25. Respecto a la neuropatía de fibra fina, cuál de las siguientes causas no son de origen autoinmune:
- A) La presencia de Anti TS-HDS IgM
 - B) Anti FGFR3
 - C) Anti Hu
 - D) Anti-nicotínicos alfa-3
26. Respecto a la neuropatía de fibra fina, cuál de las siguientes causas no son de origen paraneoplásicas:
- A) Anti Yo
 - B) Anti MAG
 - C) Anti CRV2/CRMP5
 - D) Anti TTR
27. Respecto a la neuropatía de fibra fina, cuál de las siguientes causas son de origen hereditarias:
- A) Sjogren
 - B) Enfermedad mixta del tejido conjuntivo



- C) Canalopatías de Na
D) Lupus
28. Qué técnica o batería de pruebas se considera el gold estándar para el diagnóstico de neuropatías de fibra fina:
- A) Biopsia cutánea con el recuento de fibra intraepidérmicas
 - B) El microregistro neurofisiológico + potenciales evocados térmicos
 - C) El microregistro neurofisiológico + potenciales evocados térmicos + biopsia cutánea con el recuento de fibra intraepidérmica
 - D) Biopsia cutánea sin el recuento de fibra intraepidérmicas
29. Respecto a la neuropatía de fibra fina asociada a trastorno genético, existen causas primarias a menudo relacionadas con mutaciones en proteínas ligadas a canales de sodio, fundamentalmente:
- A) VI IKBKAP y SCN 8A
 - B) VI 10.8 y SCN 10A
 - C) VI 10.8 y SCN-9A
 - D) SCN-9A y SCN 10A
30. Respecto a la evaluación del plexo cervical debemos saber que existe la plexopatía idiopática braquial (fuente Kimura), cuál de las siguientes etiologías no esperaríamos encontrar el desarrollo de esta patología:
- A) Rabdomiolisis
 - B) Encefalopatía de Hashimoto
 - C) Cetoacidosis diabética
 - D) Ca pulmonar
31. Respecto a la evaluación del plexo cervical existe la plexopatía braquial familiar sabemos que es una plexopatía no traumática que se desarrolla en determinadas personas en asociación con una lesión fuera del plexo y está relacionada con una afectación del (fuente Kimura):
- A) Cromosoma 17q24
 - B) Cromosoma 17q24,25
 - C) Cromosoma 17q24,25,26
 - D) Cromosoma 17q-like

32. Siguiendo la siguiente imagen en la que se ve un estudio de conducción nerviosa motora: Podría indicar qué variante de la normalidad es la que se presenta:



(fuente de la imagen Katriji)

- A) Anastomosis de Martin Gruber, donde A y B muestran un PAMc del mediano con baja amplitud en carpo y codo, mientras que C y D muestran un PAMc de gran amplitud en carpo y codo estimulando el nervio cubital.
 - B) Anastomosis de Riche-Cannieu, donde A y B muestran un PAMc del mediano con baja amplitud en carpo y codo, mientras que C y D muestran un PAMc de gran amplitud en carpo y codo estimulando el nervio cubital.
 - C) Anastomosis de Marinacci, donde A y B muestran un PAMc del mediano con baja amplitud en carpo y codo, mientras que C y D muestran un PAMc de gran amplitud en carpo y codo estimulando el nervio cubital.
 - D) Lesión axonal del nervio mediano que se acompaña de haz aberrante de inervación parcial del nervio cubital a nivel del carpo.
33. Respecto a la actividad espontánea patológica, podemos incluir las miokimias que dentro de su clasificación, cuál no es considerada como miokimia generalizada (fuente Katriji):
- A) Tirotoxicosis
 - B) Exposición a metales pesados
 - C) ELA
 - D) Síndromes de hiperexcitabilidad de nervio periférico
34. Qué elemento respecto a la actividad espontánea patológica podemos encontrar comúnmente en enfermedad de motoneurona pero también en radiculopatías, neuropatías por atrapamiento y calambres (fuente Katriji):
- A) Ondas positivas y potenciales de fasciculación
 - B) Fibrilaciones y fasciculaciones
 - C) Ondas positivas, fibrilaciones y potencial de fasciculación
 - D) Fasciculaciones



35. Con respecto a la densidad de fibras, podemos afirmar que: (fuente Katriji)
- A) La densidad de fibra está determinada por el número de potenciales de fibra única que se disparan casi sincrónicamente con el potencial de fibra única identificado inicialmente. En condiciones con pérdida de la distribución en mosaico de las fibras musculares de una unidad motora, como la reinervación, disminuyen la densidad de las fibras.
 - B) La densidad de fibra está determinada por el número de potenciales de fibra única que se disparan casi sincrónicamente con el potencial de fibra única identificado inicialmente. En condiciones con pérdida de la distribución en mosaico de las fibras musculares de una unidad motora, como la reinervación, aumentan la densidad de las fibras.
 - C) La densidad de fibra no está determinada por el número de potenciales de fibra única que se disparan casi sincrónicamente con el potencial de fibra única identificado inicialmente. En condiciones con pérdida de la distribución en mosaico de las fibras musculares de una unidad motora, como la reinervación, aumentan la densidad de las fibras.
 - D) La densidad de fibra está determinada por el número de potenciales de fibra única que se disparan asincrónicamente con el potencial de fibra única identificado inicialmente. En condiciones con pérdida de la distribución en mosaico de las fibras musculares de una unidad motora, como la reinervación, no aumentan la densidad de las fibras.
36. Todas son ciertas excepto:
- A) Toda neurocirugía de paciente epiléptico conlleva riesgos derivados de la anestesia, la hemorragia postoperatoria o la infección.
 - B) La transección subpial múltiple es un tipo cirugía resectiva que se basa en el hecho de que las unidades funcionales del cortex están organizadas en columnas perpendiculares a la superficie cerebral.
 - C) La transección subpial múltiple en epilepsia con foco definido de forma precisa mejora el control de la epilepsia sin una gran alteración funcional secular.
 - D) La callosotomía de los dos tercios anteriores (del cuerpo calloso) se emplea en pacientes en los que un único foco no se ha identificado y que presentan crisis epilépticas parciales con rápida propagación de forma bilateral.
37. Señale la opción que describe a un paciente que no cumple los criterios para ser candidato a una cirugía resectiva en paciente con epilepsia:
- A) Mujer de 23 años con crisis focales parietales derechas que no generalizan y hemiplejía izquierda desde los 12 años.



- B) Hombre de 50 años con crisis focales de origen en lóbulo temporal izquierdo secundariamente generalizadas y diabetes mellitus tipo 1 insulino-dependiente.
- C) Niño de 5 años con epilepsia focal fármaco-resistente y cociente intelectual (IQ) de 75.
- D) Hombre de 19 años con crisis focales con origen en lóbulo frontal derecho, cociente intelectual (IQ) de 110 y una personalidad obsesiva.

38. Señale la opción incorrecta de entre todas las opciones:

- A) La depresión de grado severo es una contraindicación clínica para la cirugía de la epilepsia, dado que algunos procedimientos quirúrgicos como la lobectomía temporal se han asociado con depresión.
- B) La psicosis ictal es una contraindicación para la cirugía de la epilepsia.
- C) La cirugía resectiva en la epilepsia es poco probable que tenga un buen resultado a menos que el tejido resecado sea funcional y estructuralmente anormal.
- D) En el estudio prequirúrgico de la cirugía de la epilepsia, la resonancia magnética debe incluir imágenes coronales e imágenes ponderadas en T1 y T2 (preferiblemente con una adquisición volumétrica T1W).

39. Señale la opción correcta con relación al estudio prequirúrgico de la cirugía de la epilepsia:

- A) La ausencia de una estructura anormal en la neuroimagen de un paciente con epilepsia fármaco-resistente descarta la cirugía.
- B) El fluoro-deoxiglucano (FDG) es el trazador PET más utilizado en la evaluación prequirúrgica de pacientes con epilepsia.
- C) El hipometabolismo tiende a ser más específico y localizador que la lesión estructural.
- D) El ^{99m}Tc hexametil propilen amino oxima es el trazador más comúnmente utilizado en SPECT.

40. Con respecto a la evaluación neuropsicológica del paciente con epilepsia candidato a cirugía de la epilepsia marque la opción incorrecta:

- A) Una discrepancia de más de 10 puntos entre el cociente intelectual (IQ) verbal y el de rendimiento (no verbal) sugiere una disfunción lateralizada y por tanto una patología unilateral.
- B) Las diferencias entre las puntuaciones de memoria verbal y no verbal tienen implicaciones similares.



- C) El valor lateralizador de las diferencias de cociente intelectual (IQ) verbal y no verbal es particularmente alto en pacientes diestros.
- D) Los pacientes con coeficientes intelectuales más altos tienden a mostrar mayores déficits postoperatorios.

41. Acerca del test de amital señale la afirmación incorrecta:

- A) Dado que la sincronía bilateral secundaria suele estudiarse en niños con problemas de comportamiento que presentan puntas generalizadas principalmente durante el sueño, el test para estudiar este fenómeno se realiza mejor bajo anestesia general.
- B) Si tras realizar amplios ajustes de los niveles de anestesia, las descargas generalizadas no llegan a producirse, la administración intravenosa de hasta 75 mg de metohexital favorece dilucidar el foco epileptógeno.
- C) El análisis de interlatencias en relación a las amplitudes de las descargas registradas se ha publicado como un método para confirmar los hallazgos del test de amital.
- D) Es la técnica de referencia (patrón de oro) para determinar el hemisferio en el que el lenguaje es dominante y se realiza a veces como parte de la evaluación en pacientes con síndrome de Landau-Kleffner.

42. En relación a la electrocorticografía intraoperatoria (ECoG) en cirugía de la epilepsia, todas son falsas excepto:

- A) Si no se observan descargas epileptiformes, éstas pueden inducirse reduciendo los niveles de anestesia, o mediante la inyección progresiva de tiopentano (60 mg cada 10 segundos, hasta 750 mg en adultos).
- B) En la esclerosis temporal mesial, las descargas suelen producirse de forma independiente en el hipocampo y en el córtex subtemporal, y con menor frecuencia en el córtex temporal lateral.
- C) La estimulación eléctrica de pulso único (SPES) de lóbulo frontal facilita el registro de descargas en la ECoG provenientes del lóbulo temporal unilateral.
- D) Se ha reportado que los agentes anestésicos inhalados como el etomidato son los más indicados porque sus efectos dosis-dependiente enlentecen la actividad de fondo al tiempo que favorecen la aparición de descargas.

43. En relación a la cirugía de epilepsia asociada a esclerosis temporal mesial, señale la incorrecta:



- A) Es evidente que el hipocampo y el giro parahipocampal deben researse.
- B) La mayoría de los cirujanos incluirán la resección de la porción inferolateral de la amígdala.
- C) La hipocampectomía selectiva de la amígdala consiste en dividir pero preservar la corteza que recubre las estructuras temporales mediales para obtener un "agujero de cerradura" de acceso a las estructuras mesiales.
- D) La amigdalohipocampectomía selectiva es técnicamente más sencilla que la lobectomía temporal anterior.

44. En relación a las técnicas quirúrgicas empleadas en la cirugía de pacientes con epilepsia, señale la opción incorrecta:

- A) En la hemisferotomía de De la Lande, el cuerpo caloso se divide en toda su longitud y, a continuación, la sustancia blanca que rodea al tálamo se divide desde el interior del ventrículo.
- B) En la técnica de Adams's, el espacio intracraneal se reduce suturando la duramadre del hemisferio reseado hasta la línea media.
- C) La técnica de Van Hook que realiza orificios de entrada reducidos es la técnica indicada en pacientes pediátricos.
- D) La hemisferotomía consiste en la desconexión de regiones del hemisferio afectado sin researlas.

45. Acerca de los resultados de la cirugía de la epilepsia, marque la opción incorrecta:

- A) Es difícil obtener evidencia de Clase I para los tratamientos quirúrgicos porque es difícil idear verdaderos grupos de control en los ensayos de operaciones quirúrgicas.
- B) En 2003, el Subcomité de Estándares de Calidad de la Academia Americana de Neurología acordó, basándose en pruebas de Clase I y Clase IV, que los pacientes con crisis parciales complejas deberían ser remitidos para una evaluación prequirúrgica.
- C) Se suelen utilizar dos clasificaciones de resultados: uno fue propuesto por Engel en 1985 y el otro por la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) en 2003.
- D) Las principales complicaciones de la resección del lóbulo temporal, una hemianopsia homónima o una hemiplejía, dependen de la experiencia y en centros de larga trayectoria suelen ser inferiores al 1-3%.



46. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación a la estimulación del nervio vago en pacientes candidatos a cirugía de la epilepsia?
- A) La estimulación del nervio vago debe considerarse como cualquier otro fármaco.
 - B) En torno a la mitad de los pacientes en tratamiento mediante estimulación del nervio vago tiene una reducción de en torno al 50% su número de crisis.
 - C) La estimulación del nervio vago puede estar también indicada en algunos casos pacientes con lesión estructural.
 - D) La estimulación del nervio vago tiene unas indicaciones similares a la callosotomía.
47. La Escala de Resultados de la Cirugía de Epilepsia de Engel surgió de la Conferencia de Palm Desert sobre Cirugía de Epilepsia celebrada en 1992 y se utiliza para clasificar los resultados tras el tratamiento quirúrgico de los pacientes sometidos a cirugía de la epilepsia. Marque la opción correcta:
- A) El estadio II-C se corresponde con raras crisis incapacitantes desde la cirugía.
 - B) El estadio IV-A se describe como reducción de crisis significativas.
 - C) El estadio II-C se corresponde con sólo crisis nocturnas.
 - D) El estadio I-D se describe como crisis generalizadas sólo con la retirada de antiepilépticos.
48. De acuerdo con la clasificación de resultado de la cirugía de la epilepsia publicada por la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) (Weiser et al.), señale la afirmación correcta:
- A) La clase o grupo 3 se define como una reducción de más del 50% hasta un aumento del 100% de la línea de base con o sin auras.
 - B) La clase o grupo 3 se define como uno a tres días con crisis cada año con o sin auras.
 - C) La clase o grupo 3 se define como crisis ocasionalmente precedidas por auras.
 - D) La clase o grupo 3 se define como completamente libre de crisis y sin auras.
49. En relación a los resultados de la cirugía de la epilepsia, todas las siguientes afirmaciones son ciertas excepto:



- A) Se ha publicado recientemente que la radiocirugía estereotáctica, realizada principalmente con el bisturí de rayos gamma Leksell (Gamma Knife) es una prometedora técnica en el síndrome de Sturge-Weber, con más del 80% de los pacientes libres de crisis.
- B) En los síndromes hemisféricos difusos, como la enfermedad de Rasmussen, alrededor del 75% de los pacientes quedan libres de crisis, excepto en la hemimegalencefalia, donde es de alrededor del 65%.
- C) En el procedimiento resectivo más común, la resección del lóbulo temporal, el resultado, con respecto al control de las crisis, depende en parte del procedimiento, pero en mayor medida de la patología, que difiere con la edad.
- D) Una serie de 399 pacientes con esclerosis temporal mesial, descrita en 2006, mostró un descenso de los pacientes libres de crisis del 82% a los 6 meses de la cirugía al 72% a los 10 años.

50. En relación a los resultados de la cirugía de la epilepsia, todas las siguientes afirmaciones son ciertas excepto:

- A) Un metaanálisis realizado en 2002 sobre 211 pacientes sugirió que los resultados de la transección subpial múltiple sola daba un resultado excelente en más del 70% de los pacientes, con nuevos déficits neurológicos en alrededor del 20%.
- B) Un gran número de estudios sobre estimulación cerebral indirecta indican que se produce una reducción del 50% en la frecuencia de las crisis en hasta un 40% de los pacientes, con una reducción de la gravedad o de los efectos secundarios de las crisis en otro 20%.
- C) La callosotomía conlleva un descenso superior al 50% en al menos el 75% de las crisis de caída y en el 35-80% de las crisis generalizadas.
- D) La estimulación cerebral indirecta parece ser más beneficiosa en adultos que en población pediátrica, con una mejora de la calidad de vida y de la cognición mayor en el primer grupo.

51. Con respecto a la cirugía de la epilepsia en pacientes pediátricos, señale la opción incorrecta:

- A) La presentación de la epilepsia localizada en la infancia es más heterogénea que en los adultos y el síndrome electroclínico puede evolucionar rápidamente.



- B) La utilización de la callosotomía ha disminuido considerablemente con la disponibilidad de la estimulación del nervio vago, que debe aplicarse con el mismo rigor que los demás.
- C) La etiología más frecuente de la epilepsia en pacientes pediátricos es la displasia cortical seguida por los accidentes isquémicos perinatales.
- D) El resultado, en lo que respecta al control de las crisis, es igual o mejor que en los adultos.

52. En relación a la estimulación del nervio vago en cirugía de la epilepsia, todas son ciertas excepto:

- A) Se observó por primera vez experimentalmente en perros que la estimulación del nervio vago desincroniza el EEG.
- B) La técnica se introdujo en la práctica de la epilepsia humana a mediados de la década de 1990.
- C) Aunque el mecanismo de acción no está claro, parece que activaría los núcleos del rafe, que liberarían serotonina, y el núcleo basal de Meynert, que liberaría norepinefrina.
- D) Incluso niveles bajos de estimulación producen algunos efectos en los nervios de la laringe.

53. Con respecto a la técnica de estimulación eléctrica de pulso único (SPES), señale la opción incorrecta:

- A) La estimulación se realiza directamente sobre la corteza cerebral mediante electrodos intracraneales implantados durante la evaluación prequirúrgica de pacientes con epilepsia.
- B) La respuesta temprana consiste en una punta seguida por una onda lenta de inicio inmediatamente tras el estímulo y se relaciona con el foco epileptógeno.
- C) Se consideran respuestas tardías aquellas que ocurren tras 100 milisegundos después de haber estimulado.
- D) Los parámetros del estímulo más habitualmente utilizados son: duración de 1 milisegundo e intensidad de 4-8 miliamperios.

54. Con respecto a la técnica de estimulación eléctrica de pulso único (SPES), señale la opción incorrecta:



- A) Las descargas tardías tipo 2 o "repetitive responses" (RR) consisten en un tren de respuestas tardías que estaría relacionado con el foco epileptógeno.
- B) Las descargas tardías tipo 1 consisten en puntas que a menudo asemejan la morfología y topografía de las descargas interictales espontáneas del paciente.
- C) Las descargas tempranas se han utilizado para estudiar la conectividad cerebral.
- D) Se han observado respuestas tardías en epilepsias temporales y frontales, mientras que las respuestas repetitivas parecen limitarse a los pacientes con crisis frontales.

55. Con respecto a la técnica de estimulación eléctrica de pulso único (SPES), todas son falsas excepto:

- A) Las respuestas tempranas pueden predecir el inicio epileptógeno de crisis focales sintomáticas.
- B) Un problema frecuente en la epilepsia del lóbulo frontal es la detección del inicio de la crisis simultáneamente en muchos electrodos intracraneales.
- C) La técnica de SPES fue desarrollada en Estados Unidos a principios de la década de 1990.
- D) Si bien permite localizar de forma precisa el foco epileptógeno, no es de utilidad para estudiar la propagación de la actividad epileptiforme ni las conexiones entre diferentes áreas del cerebro.

56. En relación con la fisiología del ciclo sueño-vigilia, el núcleo tuberomamilar se localiza en el/la:

- A) Hipotálamo posterior
- B) Región central del hipotálamo
- C) Hipotálamo anterior
- D) Núcleo supraóptico (hipotálamo antero-medial)

57. Estas neuronas influyen en la regulación del ciclo sueño-vigilia a través de la síntesis de:

- A) Serotonina
- B) Dopamina
- C) GABA



D) Histamina

58. Con cuál de estas opciones ha sido más frecuentemente descrita la aparición o exacerbación de catatrenia:

- A) Zolpidem
- B) Rotigotina
- C) Oxibato sódico
- D) Terapia ventilatoria no invasiva tipo CPAP

59. Paciente varón de 60 años que acude derivado desde Atención Primaria. Entre sus antecedentes personales se encuentran una dislipemia leve, rizartrrosis y una hernia inguinal operada en 2014. Es intolerante a la lactosa y está en tratamiento con lextatín 1,5 mg, un comprimido a la mañana, debido a un cuadro de ansiedad crónico. Acude a su consulta porque desde hace dos años su pareja ha advertido un sueño inquieto, en ocasiones acompañado de movimientos agresivos y también de expresiones con insultos frecuentes. Al ser preguntado por esto, el paciente refiere que tiene sueños bastante desagradables y que a menudo recuerda al despertar una sensación de persecución, incluso con armas y actos violentos en el sueño. Él ya ha comenzado por su cuenta a ir al psicólogo interesado en analizar el contenido de sus sueños, pero al comentarle de casualidad estos síntomas a su médico de Atención Primaria, éste decidió derivarle a la Unidad de Sueño. Su pareja se queja además de que un día le despertó con un puñetazo en mitad de la noche. El paciente no ha notado ninguna clínica a parte de lo ya relatado que le llame más la atención, aunque su pareja sí hace referencia a que tienen un olor en casa bastante desagradable debido a humedades y le llama la atención que a nuestro paciente sin embargo esto no le molesta nada, siempre que es preguntado anota que él no huele nada raro. En relación con su sospecha diagnóstica, y dada la clínica que el paciente y su acompañante le están relatando en consulta, usted sospecha que, al menos, la estructura del bulbo olfatorio se encuentra afectada, lo que quiere dejar plasmado en su historia clínica antes de derivarlo a Neurología para seguimiento. Indique qué estadio de BRAAK señalará en la historia clínica de su paciente:

- A) 5
- B) 1
- C) 3
- D) 6

60. DEFINICIÓN DE ERAM (Esfuerzo respiratorio asociado a microdespertar). Escoja la correcta:



- A) Períodos entre 10 segundos y 2 minutos de incremento en el esfuerzo respiratorio (detectado por aumento de presión esofágica o por el sumatorio de señal de bandas toracoabdominales) sin reducción marcada de la señal de flujo y que terminan en un microdespertar.
 - B) Períodos entre 10 segundos y 60 segundos de incremento en el esfuerzo respiratorio (detectado por aumento de presión esofágica o por el sumatorio de señal de bandas toracoabdominales) sin reducción marcada de la señal de flujo y que terminan en un microdespertar se denominan ERAM.
 - C) Períodos entre 10 segundos y 30 segundos de incremento en el esfuerzo respiratorio (detectado por aumento de presión esofágica o por el sumatorio de señal de bandas toracoabdominales) sin reducción marcada de la señal de flujo y que terminan en un microdespertar se denominan ERAM.
 - D) Períodos de más de 10 segundos de incremento en el esfuerzo respiratorio (detectado por aumento de presión esofágica o por el sumatorio de señal de bandas toracoabdominales) sin reducción marcada de la señal de flujo y que terminan en un microdespertar se denominan ERAM.
61. Las recomendaciones del consenso Awaji-Shima para la aplicación de pruebas electrofisiológicas en el diagnóstico de la esclerosis lateral amiotrófica establece en sus categorías diagnósticas la de ELA clínicamente probable cuando:
- A) Observemos evidencia clínica o electrofisiológica de signos de afectación de motoneurona inferior y superior en al menos 2 regiones con algunos signos de motoneurona superior necesariamente rostrales a los signos de motoneurona inferior.
 - B) Ninguna de las opciones se ajusta a la definición de ELA clínicamente probable según los criterios de Awaji.
 - C) Observemos evidencia clínica o electrofisiológica de signos de afectación de motoneurona inferior y superior en región bulbar y al menos 2 regiones espinales.
 - D) Observemos signos clínicos o electrofisiológicos de disfunción de motoneurona superior y de motoneurona inferior en una sola región; o los signos de motoneurona superior se encuentran en ≥ 2 regiones; o los signos de motoneurona inferior se encuentran rostrales a los signos de motoneurona superior.



62. Por ser una variante con mayor tiempo de vida (5-10 años), es clínicamente relevante reconocer el síndrome de Vulpian-Bernhardt (SVB), caracterizado por:

- A) Afectar al segmento lumbar de forma exclusiva durante al menos 12 meses, con predominio de la neurona motora superior; tiene un inicio asimétrico y afecta de manera temprana a la musculatura distal más que a la proximal.
- B) Afectar al segmento cervical de forma exclusiva durante al menos 12 meses, con predominio de la neurona motora inferior; tiene un inicio asimétrico y afecta de manera temprana a la musculatura proximal más que a la distal.
- C) Afectar al segmento lumbar de forma exclusiva durante al menos 12 meses, con predominio de la neurona motora inferior, tiene un inicio asimétrico y afecta de manera temprana a la musculatura distal más que a la proximal.
- D) Afectar al segmento bulbar de forma exclusiva durante al menos 24 meses, con predominio de la neurona motora inferior.

63. Una de estas fibras nerviosas no forma parte del haz espinotalámico lateral, señale cuál:

- A) Fibras C
- B) Fibras A delta
- C) Fibras A alfa
- D) Fibras amielínicas

64. Respecto a la anterior pregunta, ¿cuál de ellas avanza como neurona de primer orden sin decusarse hasta los fascículos de Goll o Gracillis y Burdach o Cuneatus?

- A) Fibras C
- B) Fibras A delta
- C) Fibras A alfa
- D) Fibras amielínicas

65. Respecto al EEG del recién nacido, escoja la opción que más se ajuste al concepto de “enchoche frontale” (ondas agudas difásicas):

- A) Hallazgo fisiológico del prematuro que aparece en regiones frontales hacia la semana 35 de edad gestacional, de morfología difásica y con una deflexión inicial pequeña negativa seguida de otra positiva, con una



amplitud entre 50 y 200 microvoltios y una duración entre 0.5 y 0.75 segundos. Usualmente sincrona en ambos hemisferios.

- B) Hallazgo fisiológico del recién nacido a término que aparece en regiones frontales hacia la semana 37 de edad gestacional, de morfología difásica y con una deflexión inicial pequeña negativa seguida de otra positiva, con una amplitud entre 50 y 200 microvoltios y una duración entre 0.5 y 0.75 segundos. Usualmente sincrona en ambos hemisferios.
- C) Hallazgo fisiológico del prematuro que aparece en regiones frontales hacia la semana 30 de edad gestacional, de morfología difásica y con una deflexión inicial pequeña negativa seguida de otra positiva, con una amplitud entre 50 y 200 microvoltios y una duración entre 0.5 y 0.75 segundos. Usualmente sincrona en ambos hemisferios.
- D) Hallazgo fisiológico del prematuro que aparece en regiones frontales hacia la semana 30 de edad gestacional reduciéndose en frecuencia en las siguientes semanas de gestación, de morfología difásica y con una deflexión inicial pequeña negativa seguida de otra positiva, con una amplitud entre 50 y 200 microvoltios y una duración entre 0.5 y 0.75 segundos. Usualmente sincrona en ambos hemisferios. Se consideran patológicas más allá de la semana 36 de edad gestacional.

66. En relación con la actividad delta rítmica intermitente occipital (OIRDA), señale la VERDADERA:

- A) En adultos presenta una mayor asociación con encefalopatía aguda que con otros diagnósticos de disfunción cerebral.
- B) En niños es un patrón que se asocia a crisis epilépticas.
- C) Es frecuente encontrar salvas de actividad delta rítmica intermitente occipital en el contexto de una encefalopatía aguda, tanto en niños como en adultos.
- D) Es un hallazgo más inespecífico en niños que en adultos.

67. Los siguientes nervios que se le dan en las opciones suelen verse dañados a causa de la neuropatía causada por la Enfermedad de Hansen o Lepra. Señale cuál de estos nervios no es tan frecuentemente afectado:

- A) N. cubital
- B) N. auricular
- C) N. radial
- D) N. axilar



68. Recibe a un paciente derivado desde Medicina Interna que está siendo estudiado hace aproximadamente seis meses por alteraciones respiratorias. Tras varios estudios se llega al diagnóstico de Síndrome de Churg-Strauss. ¿Qué patrón electroneurográfico espera encontrar, visto hasta en el 75% de los pacientes con este diagnóstico?:
- A) Plexopatía lumbosacra axonal parcheada, predominio proximal.
 - B) Lesión preganglionar en miembros superiores.
 - C) Mononeuritis múltiple.
 - D) Polineuropatía de predominio distal.
69. Los criterios APOC (*Amsterdam Positional OSA Classification, Clasificación Amsterdam para la apnea obstructiva del sueño posicional*) evolucionan en torno al porcentaje del tiempo total de sueño pasado en la peor posición para dormir (WSP) o la mejor posición para dormir (BSP) y el índice de apnea-hipopnea (AHI) en BSP. Al aplicar APOC, se discrimina entre el paciente posicional verdadero, el paciente no posicional y el paciente multifactorial, cuya gravedad de la AOS está influenciada en parte por la posición para dormir. Señale la verdadera en relación al porcentaje del tiempo total de sueño que valoran estos criterios:
- A) El enfermo debe pasar >10 % del sueño total tanto en “la mejor”, como en “la peor” posición
 - B) El enfermo debe pasar >15 % del sueño total tanto en “la mejor”, como en “la peor” posición
 - C) El enfermo debe pasar >20 % del sueño total tanto en “la mejor”, como en “la peor” posición
 - D) El enfermo debe pasar >25 % del sueño total tanto en “la mejor”, como en “la peor” posición
70. En relación a estos criterios, ¿cuántos grados podemos definir?
- A) APOC I, APOC II, APOC III, APOC IV, APOC V
 - B) APOC I, APOC II, APOC III, APOC IV
 - C) APOC I, APOC II, APOC III
 - D) APOC I, APOC II
71. Si el IAR (índice de apnea respiratoria) total es ≥ 40 y durante el sueño en “la mejor” posición el IAR es ≥ 25 % menor en comparación con el IAR total, se trata de un:



- A) APOC V
- B) APOC IV
- C) APOC III
- D) APOC II

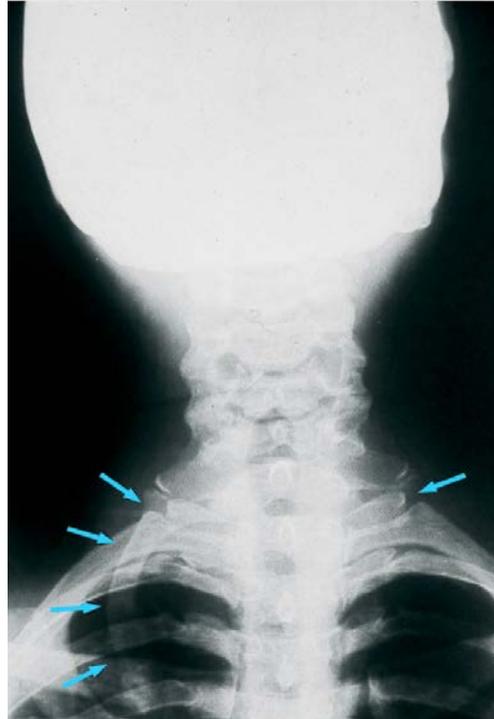
72. Uno de estos fármacos presenta en rango de toxicidad la posibilidad de inducir complejos periódicos (descargas periódicas generalizadas) con morfología trifásica, indique cuál:

- A) Litio
- B) Dextroanfetamina
- C) Haloperidol
- D) Fenobarbital

73. Paciente de 64 años de edad con diagnóstico de AOS severo en tratamiento óptimo con CPAP a 7 cm H₂O. Durante la historia clínica no refiere alteraciones del sueño conocidas en sus padres ni en sus abuelos, si bien anota que un hijo suyo es posible que tenga sonambulismo. El resto de sus antecedentes médicos son espondilitis anquilopoyética, dislipemia, reflujo gastroesofágico mal controlado. Como tratamiento en la actualidad toma simvastatina, omeprazol y etirocoxib. Acude a su consulta de sueño porque presenta hipersomnolencia diurna pese a presentar buena adherencia su tratamiento con CPAP. Preguntándole sobre sus hábitos de sueño le dice que tiene sensación de hipersomnolencia desde hace más de 40 años. Se acuesta a las 00.00h y se levanta sobre las 08.00h. Duerme seguido, sin interrupciones. Refiere ensoñaciones, pese a sueño de duración muy breve. Actualmente los episodios de hipersomnolencia se reducen a los momentos de comida, en los que a veces anota no llegar al postre y se duerme en la mesa. Las siestas, aunque breves, son reparadoras. No presenta episodios de cataplejía. Ante la clínica relatada usted decide repetir hasta en dos ocasiones un test de latencias múltiples donde no objetiva SoREM y la RM muestra escasas lesiones en sustancia blanca en probable relación a microangiopatía en fase crónica, sin otros hallazgos. Actualmente, valora como opción diagnóstica y actitud como médico responsable de la Unidad de Sueño más indicada:

- A) Realizar tipaje HLA
- B) Iniciar tratamiento con modafinilo, sin indicación de realizar tipaje HLA
- C) Iniciar tratamiento con modafinilo y realizar tipaje HLA.
- D) Realizar test de mantenimiento de la vigilia.

74. Paciente de 35 años que acude debido a parestesias en quinto dedo de la mano derecha de 8 meses de evolución con la elevación del brazo. Observe la siguiente imagen:



En relación a la frecuencia de los hallazgos que suelen objetivarse en el síndrome que usted está sospechando en consulta, señale lo que espera encontrar al realizarle a este paciente el estudio electroneurográfico sensitivo y motor del miembro superior derecho:

- A) No cree que vaya a encontrar hallazgos de carácter patológico.
 - B) Disminución de la amplitud del potencial de acción nervioso sensitivo del nervio cubital.
 - C) Disminución de la amplitud del potencial de acción nervioso sensitivo del nervio mediano.
 - D) Disminución de la amplitud del potencial de acción muscular compuesto del nervio mediano y disminución de la amplitud del potencial de acción nervioso sensitivo del nervio cubital.
75. En relación a las bases tecnológicas de los registros electroencefalográficos, además de los filtros de altas y bajas frecuencias, existen filtros optativos que extraerán selectivamente de la señal determinadas frecuencias específicas, en general correspondientes a la frecuencia de la red eléctrica (50 Hz en Europa; 60 Hz en América). Este tipo de filtro recibe el nombre de filtro de ranura. En electroencefalografía, la misma posición del filtro de bajas frecuencias del



amplificador puede designarse también por una medida diferente denominada constante de tiempo (CT). Así, en la gran mayoría de los electroencefalógrafos, además del valor del filtro de bajas frecuencias, en el control de mandos se expresa la CT en segundos. Esta constante puede calcularse matemáticamente empleando siguiente la fórmula $t = 1/2\pi f$. De esta manera, a una frecuencia de 0.53 Hz corresponde una CT de 0.3 segundos. La CT representa el tiempo necesario para que la amplitud del trazo del canal del EEG descienda:

- A) al 37 % del valor inicial.
- B) al 48 % del valor inicial.
- C) al 60 % del valor inicial.
- D) al 72 % del valor inicial.

76. Señale la falsa en relación con las ondas Lambda.

- A) Presentan una amplitud usualmente menor de 20 μ V y raramente mayor de 50 μ V.
- B) Tienen una duración habitualmente de hasta 250 ms.
- C) El primer subcomponente de la onda aparece a los 60-100 ms después de iniciada la sacudida y otro 75 ms después de concluida.
- D) Los estímulos visuales complejos normalmente evocan ondas lambda de mayor voltaje en adultos jóvenes que en adultos de mayor edad.

77. Respecto al síndrome de West:

- A) Las crisis se inician durante el primer año de vida, habitualmente entre los 4 y los 7 meses.
- B) Las crisis se inician durante el primer año de vida, habitualmente entre los 10 primeros días y los 3 meses.
- C) Se manifiesta de forma habitual en una edad comprendida entre el año de edad y los 3 años.
- D) Aparece en edad escolar, entre los 3 y los 12 años.

78. Respecto al Síndrome de Angelman. Señale la verdadera.

- A) Está causado por falta de contribución del cromosoma 11q 13-15.
- B) Las crisis generalizadas tónico-clónicas son habituales.
- C) Los pacientes presentan una forma de temblor fino, cortical.
- D) Todas las respuestas son falsas.



79. En relación a la ontogenia del sueño y los grafoelementos del mismo, la hipersincronía hipnagógica es vista a los 2-3 meses de edad, señale a qué frecuencia es común verla a esta edad:

- A) 1-2 Hz.
- B) 3-4 Hz.
- C) 5-6 Hz.
- D) 7-8 Hz.

80. En relación a la ontogenia del sueño indique la edad a la que la hipersincronía hipnagógica presenta una expresión más paroxística:

- A) A los 2 meses.
- B) A los 14 meses.
- C) A los 4 años.
- D) A los 9 años.

81. Señale la FALSA en relación con el término dishormia.

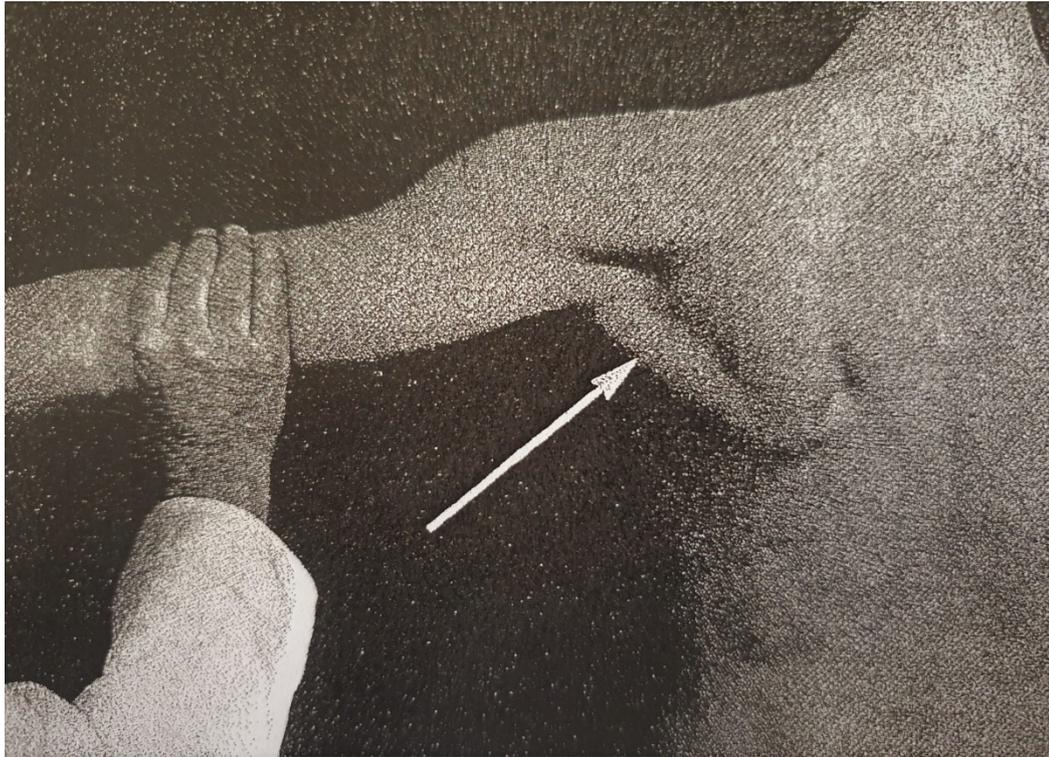
- A) Las descargas asociadas con complejos K son típicamente ipsilaterales a la zona epileptogénica.
- B) Las descargas asociadas con complejos K son más comunes en epilepsia del lóbulo temporal que en epilepsia del lóbulo frontal.
- C) Las descargas asociadas con complejos K se han descrito en epilepsias generalizadas.
- D) El término "dishormia" implica respuestas paroxísticas a estímulos excitantes, ya sea electrográficamente o también con convulsiones clínicas

82. Síndrome de Panayiotopoulos. Señale la falsa:

- A) Los focos de EEG frecuentemente cambian, se multiplican y se propagan difusamente de acuerdo con el tiempo de evolución.
- B) El cuadro clínico se manifiesta comúnmente con una tríada característica de náuseas, arcadas y vómitos, con posterior desviación de la mirada conjugada y versión cefálica, asociadas a crisis motoras simples, con generalización posterior o no.



- C) Epilepsia benigna de la infancia diagnosticada frecuentemente durante el primer año de edad cuyas crisis son autolimitadas, con remisión espontánea uno o dos años después del inicio de la sintomatología.
- D) En el electroencefalograma (EEG) la anormalidad más común es en las regiones posteriores.
83. Bebé a término de 10 de días al que le piden un registro electroencefalográfico debido a que el pediatra refiere haber visto salvadas de espasmos tónicos de hasta diez segundos de duración tanto en sueño como en vigilia. En su registro electroencefalográfico usted objetiva un patrón de brote supresión, caracterizado por ondas lentas de alto voltaje, con puntas multifocales, que alternan con un trazado plano o de muy baja amplitud. Durante el sueño no objetiva grafoelementos normales del sueño. El EEG ictal corresponde con atenuación difusa de la actividad de fondo con ritmos rápidos de bajo voltaje asociados (electrodecremento). El examen neurológico es anormal con alteraciones del tono. A los 3 meses de vida usted ve que el mismo bebé presenta un electroencefalograma con un patrón de hipsarritmia. Señale la entidad que sospecha:
- A) Síndrome de West
- B) Síndrome de Dravet
- C) Síndrome de Landau-Kleffner
- D) Síndrome de Otahara
84. Señale la FALSA respecto a la Narcolepsia en el embarazo, lactancia materna y anticoncepción.
- A) En la mayoría de los pacientes, los síntomas de NT1, particularmente la cataplejía, parecen agravarse durante el embarazo.
- B) Debido al potencial teratogénico de todos los medicamentos utilizados en el tratamiento de la narcolepsia y otros riesgos de complicaciones durante el embarazo, se recomienda encarecidamente interrumpir todos los medicamentos antes de cualquier embarazo planificado.
- C) El modafinilo presenta una alta prevalencia de defectos congénitos.
- D) La Agencia Europea de Medicamentos aconseja el ajuste de la dosis y/o medidas adicionales para prevenir el embarazo al iniciar el tratamiento con pitolisant en mujeres que utilizan anticonceptivos orales a dosis bajas.
85. Observe la siguiente imagen:



Usted está explorando a su paciente en consulta. Le pide que realice aducción del brazo, previamente elevado, contra resistencia. Observa que el paciente presenta para el músculo que está señalado en la imagen y que usted activa con esta maniobra un balance motor de 5/5 (sin déficit). Para más datos, sabe que este músculo tiene su origen en la superficie posterior del ángulo inferior de la escápula y su inserción en el labio medial del surco intertubercular del húmero. Señale, entre las siguientes opciones, qué estructura está usted explorando de forma indirecta a través de este músculo:

- A) Fascículo lateral del plexo braquial.
- B) Fascículo medial del plexo braquial.
- C) Nervio proximal al plexo braquial.
- D) Fascículo posterior del plexo braquial.

86. Usted ve ahora una imagen con dermatomas distribuidos. Le aparece uno sombreado en negro. Indíquelo:



- A) S1
- B) S2
- C) S3
- D) S4

87. Señale la falsa en relación con la atrofia monomélica:

- A) Se caracteriza por debilidad y atrofia muscular en la parte distal de las extremidades superiores durante la adolescencia.
- B) Tiene un claro predominio en varones.
- C) La resonancia magnética muestra imágenes características del asta anterior medular comprimida cuando el paciente realiza anteroflexión cervical máxima (signo de ojos de serpiente).
- D) Es frecuente la progresión al miembro contralateral.

88. Usted tiene en su laboratorio de Neurofisiología Clínica un paciente cuyos hallazgos son compatibles según la clasificación de Sunderland (1951) del daño



lesional con una axonotmesis de segundo grado del nervio radial del miembro superior izquierdo. Así lo quiere señalar en su informe para que el traumatólogo que le pide la prueba tenga en consideración las características de esta lesión en su pronóstico. Señale la verdadera respecto a la axonotmesis de 2º grado:

- A) Degeneración walleriana del axón por sección, desde la sección hasta el extremo distal la fibra nerviosa se degenera. No existe una alteración del endoneuro y perineuro.
- B) Degeneración walleriana del axón por sección, desde la sección hasta el extremo distal la fibra nerviosa se degenera. Existe una alteración del endoneuro y perineuro.
- C) Degeneración walleriana del axón por sección, desde la sección hasta el extremo distal la fibra nerviosa se degenera. Existe alteración del endoneuro, pero no del perineuro.
- D) Ninguna de las respuestas se ajusta a la definición de axonotmesis de segundo grado.

89. Según la Academia Americana de Sueño (AASM), señale la incorrecta:

- A) Se posiciona a favor del empleo de inteligencia artificial en la medicina del sueño.
- B) La mayoría de algoritmos de machine learning pueden clasificarse en aprendizaje supervisado, no supervisado y por refuerzo.
- C) No recomienda el empleo de algoritmos de machine learning.
- D) Un formato de archivo frecuente para el manejo de los datos es el European Data Format.

90. Según la Academia Americana de Sueño (AASM), señale la incorrecta:

- A) Entre 4 y 12 meses de edad: 18-20 horas por 24 horas (incluidas las siestas).
- B) Entre 1 y 2 años de edad: 11-14 horas por 24 horas (incluyendo siestas).
- C) Entre 3 y 5 años de edad: 10-13 horas por 24 horas (incluyendo siestas).
- D) Entre 6 y 12 años de edad: 9-12 horas por 24 horas.

91. Respecto al síndrome de piernas inquietas, señale la incorrecta

- A) El IRLS (International RLS Study Group) elaboró su escala de clasificación validada en 2003.
- B) La pergolida es un agonista dopaminérgico no ergolínico que fue retirado en Estados Unidos por riesgo de valvulopatía.
- C) Una escala para su evaluación es la Clinical Global Impression (CGI), con 3 secciones: severidad, mejoría o cambio e índice de eficacia.



- D) En la mayoría de los casos se asocia a movimientos periódicos de piernas, apoyando el diagnóstico.
92. Respecto a los neurotransmisores que favorecen la vigilia, señale la correcta:
- A) Serotonina: locus coeruleus: histamina: núcleo tuberomamilar del hipotálamo caudal; hipocretina hipotálamo lateral.
 - B) Norepinefrina: locus coeruleus: histamina: núcleo tuberomamilar del hipotálamo caudal; hipocretina hipotálamo lateral.
 - C) Serotonina: locus coeruleus: Histamina: núcleo tuberomamilar del hipotálamo caudal; hipocretina hipotálamo lateral.
 - D) Norepinefrina: locus coeruleus: acetilcolina: núcleo tuberomamilar del hipotálamo caudal; hipocretina hipotálamo lateral.
93. Paco es un paciente con trastorno del espectro autista de 10 años de edad que llega a su consulta acompañado de sus padres. Ambos refieren alteraciones del sueño muy frecuentes, se resiste a irse a la cama y tardando en dormirse, están muy angustiados, solicitan su opinión de experto y una solución. Comentan que como primera opción, comenzaron con estrategias conductuales, crearon rutinas diarias al final del día previas a la hora de acostarse, con escaso éxito. Usted propone:
- A) Teniendo en cuenta los antecedentes, en este tipo de pacientes la recomendación es la pauta de melatonina de liberación inmediata con dosis de inicio alta, 10 mg 30 minutos antes de acostarse dada la gravedad de la situación.
 - B) Descartar patología coexistente y/o medicación concomitante que provoque alteraciones de sueño secundarias, y melatonina de liberación inmediata con dosis de inicio alta, 10 mg 30 minutos antes de acostarse.
 - C) Tratamiento con melatonina de liberación inmediata a dosis bajas, inicio a 2mg y como máximo 3 mg, ya que se trata de un paciente pediátrico.
 - D) Descartar patología coexistente y/o medicación concomitante que provoque alteraciones de sueño secundarias, y melatonina 2mg de liberación inmediata una hora antes de acostarse.
94. En relación al caso clínico anterior, los padres se muestran reticentes al tratamiento farmacológico, pues son defensores de terapias alternativas. Preguntan preocupados por los efectos secundarios. Usted realiza una revisión sobre el tema encontrando:
- A) Ausencia de efectos secundarios a corto plazo.
 - B) Se ha demostrado su efecto neuroprotector a largo plazo en todos los grupos de edad pediátrica.



- C) Podrían producirse alteraciones del eje hipotálamo-gonadal podrían darse casos de pubertad precoz.
- D) El nivel de recomendación del empleo de melatonina en este caso es A.
95. Tomasa acude a su consulta de sueño para revisión. Se trata de una señora de 70 años de edad, con apnea obstructiva del sueño de grado moderado en tratamiento con terapia ventilatoria no invasiva tipo CPAP a 8 cm de agua de presión desde hace 15 años. Refiere buena adaptación y cumplimiento. No ha precisado modificaciones de la presión desde que se pautó por primera vez. Señale la opción incorrecta según los criterios de calidad asistencial en el manejo de esta patología según la AASM:
- A) Para la reducción del riesgo cardiovascular debe promover el mantenimiento del paciente con un índice de masa corporal y presión arterial dentro de la normalidad.
- B) Para mejorar la calidad de vida, las revisiones que evalúen la adherencia al tratamiento deben realizarse una vez cada 3 años.
- C) Mejorar el diagnóstico orientando la anamnesis hacia la clínica cardinal de apnea del sueño y proporcionar las pruebas complementarias necesarias para confirmar el diagnóstico.
- D) El diagnóstico de confirmación y el grado de severidad debe conocerse en los 2 primeros meses tras la primera consulta.
96. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente, EXCEPTO:
- A) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- B) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- C) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- D) Puede omitir las contraindicaciones, el paciente no las entendería.
97. Del documento de instrucciones previas, es cierto que:
- A) Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
- B) una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una



vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

- C) El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
- D) Todas son correctas.

98. Relativo a la historia clínica, es cierto que:

- A) Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
- B) Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.
- C) Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.
- D) Todas son correctas.

99. Dentro del contenido mínimo de la historia clínica se encuentran los siguientes apartados, EXCEPTO:

- A) La documentación relativa a la hoja clínico estadística.
- B) La autorización de ingreso.
- C) El informe de urgencia.
- D) Todas son correctas.

100. Cuando se habla de la conservación de la documentación clínica la Ley establece que:

- A) La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.



- B) Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.
- C) Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- D) Todas son ciertas.
101. Referente al acceso al acceso a la historia clínica, señale la CORRECTA:
- A) El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
- B) El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
- C) Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.
- D) Todas son correctas.
102. En lo relativo al informe de alta, es CIERTO qué:
- A) Si el paciente pide el alta voluntaria no tiene derecho a un informe.
- B) Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos.
- C) Si el paciente se niega a recibir un tratamiento el médico debe solicitar su alta forzosa.
- D) B y C son ciertas.
103. El alta del paciente se efectuara en los siguientes supuestos, EXCEPTO:



- A) En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.
 - B) El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.
 - C) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.
 - D) Si el paciente no quiere recibir un tratamiento el medico puede solicitar el alta aun si hay alguna terapia alternativa.
104. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:
- A) A la promoción de la salud.
 - B) A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
 - C) A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
 - D) Todas son correctas.
105. Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, EXCEPTO:
- A) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
 - B) A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
 - C) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.



- D) Todas son correctas.
106. Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:
- A) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.
 - B) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones Sanitarias.
 - C) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
 - D) Todas las anteriores.
107. Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:
- A) La promoción de los sistemas de saneamiento no es una de sus actuaciones.
 - B) La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
 - C) La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
 - D) B y C son correctas.
108. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:
- A) A la estabilidad en el empleo y al ejercicio o desempeño efectivo de la profesión o funciones que correspondan a su nombramiento.
 - B) A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del servicio en cada caso establecidas.
 - C) A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones.
 - D) Todas las anteriores.
109. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:



- A) A que sea respetada su dignidad e intimidad personal en el trabajo y a ser tratado con corrección, consideración y respeto por sus jefes y superiores, sus compañeros y sus subordinados.
 - B) Al descanso necesario, mediante la limitación de la jornada, las vacaciones periódicas retribuidas y permisos en los términos que se establezcan.
 - C) A recibir asistencia y protección de las Administraciones públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.
 - D) Todas las anteriores
110. El personal estatutario ostenta, en los términos establecidos en la Constitución y en la legislación específicamente aplicable, los siguientes derechos colectivos:
- A) A la libre sindicación.
 - B) A la actividad sindical.
 - C) A la huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población.
 - D) Todas son correctas.