



**PRUEBAS SELECTIVAS CONVOCADAS PARA EL INGRESO EN LA CATEGORÍA DE PERSONAL ESTATUTARIO DE LICENCIADO ESPECIALISTA EN LICENCIADO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, POR ORDEN SAN/141/2020, DE 14 DE FEBRERO, PUBLICADA EN EL BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN NÚM. 36, DE FECHA 21 DE FEBRERO DE 2020**

**FASE DE OPOSICIÓN  
ÚNICO EJERCICIO**

**ADVERTENCIAS**

**NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**

- Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- El tiempo máximo establecido en las bases de la convocatoria para la realización de este ejercicio es de 180 minutos.
- Preguntas de la parte general del programa: nº 1 a 30
- Preguntas de la parte específica del programa: nº 31 a 150
- Preguntas de reserva de la parte general del programa: nº 151 a 153
- Preguntas de reserva de la parte específica del programa: nº 154 a 165





**1.- La Gerencia Regional de Salud se estructura en los siguientes órganos centrales:**

- a) El Presidente, el Director Gerente, el Director económico, presupuestario y financiero y las Direcciones Generales.
- b) El Director Gerente, el Director económico, presupuestario y financiero y las Direcciones Generales.
- c) El Director Gerente, las Direcciones Generales y las Gerencias de Asistencia Sanitaria
- d) El Presidente, el Director económico, presupuestario y financiero y las Direcciones Generales

**2.- El Gerente de Asistencia Sanitaria asume las funciones de:**

- a) Gerente de Salud de Área, Gerente de Atención Primaria y Gerente de Atención Especializada.
- b) Gerente de Salud de Área
- c) Gerente de Atención Primaria y Gerente de Atención Especializada
- d) Ninguna de las anteriores es correcta

**3.- Los órganos de dirección de los Hospitales son:**

- a) Gerencia, división médica, de enfermería y división de inspección
- b) Gerencia, división médica, de enfermería y de gestión y servicios generales
- c) Gerencia, división asistencia sanitaria y de inspección
- d) Gerencia, división de secretaría, división de asistencia sanitaria y división de gestión económica

**4.- ¿Cuáles son las modalidades de nombramientos de personal estatutario temporal?**

- a) Interino, de sustitución y eventual
- b) Interino, indefinido y eventual
- c) Sustituto, eventual y temporal
- d) Interino, de sustitución y temporal

**5.- El personal estatutario, atendiendo a la función que desarrolla, se clasifica en:**

- a) Licenciados sanitarios y Diplomados sanitarios
- b) Licenciados y Diplomados Especialistas en Ciencias de la Salud
- c) Licenciados universitarios y Técnicos Superiores
- d) Personal estatutario sanitario y personal estatutario de gestión y servicios

**6.- ¿Qué plazas se incluirán en un concurso de traslados abierto y permanente?**

- a) Solo las que se encuentren cubiertas por personal interino
- b) Las que se encuentren vacantes en la fecha definida en la convocatoria
- c) Aquellas cubiertas por personal eventual
- d) Todas las desempeñadas por personal temporal

**7.- Es requisito para poder participar en los procedimientos de provisión para puestos de trabajo de Jefe de Servicio y Jefe de Unidad:**

- a) Ostentar la condición de personal estatutario fijo o temporal de los servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud
- b) Acreditar cinco años de antigüedad en la categoría
- c) Pertenecer a la categoría y ostentar la titulación y especialidad que se requiera para el desempeño del puesto
- d) Desempeñar un puesto de trabajo en el mismo Centro Sanitario

**8.- Es una causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo:**

- a) La sanción disciplinaria firme de suspensión de funciones
- b) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio
- c) La incapacidad Laboral Transitoria
- d) La excedencia voluntaria

**9.- Las Gerencias de Atención Especializada dependen directamente de:**

- a) El Presidente de la Gerencia Regional de Salud
- b) El Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud
- c) El Gerente de Salud de Área
- d) El Director General de Asistencia Sanitaria

**10.- El procedimiento de valoración del puesto de trabajo por causa de salud podrá iniciarse:**

- a) A instancia del interesado o de oficio por la Gerencia en la que el trabajador preste servicio.
- b) A propuesta de los Servicios de Salud Laboral
- c) Previo informe motivado del jefe inmediato
- d) Por los servicios de inspección médica

**11.- ¿Es posible el traslado forzoso por causa de salud a una plaza en distinta localidad?**

- a) Si, previa resolución expresa del Gerente Regional
- b) Si, en el supuesto de que el Servicio de Salud Laboral lo determine
- c) Si, previa resolución expresa del Consejero de Sanidad
- d) No, requiere la aceptación expresa del profesional.

**12.- Cuando el profesional sufre una agresión externa ¿a quién debe comunicarlo?**

- a) Al Director Médico de su centro
- b) Al Gerente
- c) A su superior jerárquico
- d) A la inspección médica

**13.- El Plan Integral contra las Agresiones al personal de Gerencia Regional de Salud, pone a disposición del profesional: Indicar la que NO proceda**

- a) Servicio de defensa jurídica
- b) Expediente administrativo sancionador al agresor
- c) Traslado automático de puesto de trabajo
- d) Asistencia psicológica

**14.- El Comité de Seguridad y Salud está compuesto por:**

- a) Por los Delegados de Prevención y por el empresario y/o sus representantes.
- b) Por los miembros de la Junta de Personal y por los Gerentes de atención primaria y especializada.
- c) Por los miembros del Comité de Empresa y por los Gerentes de atención primaria y especializada.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

**15.- No es una competencia del Comité de Seguridad y Salud:**

- a) Participar en la elaboración de los planes y programas de prevención de riesgos
- b) Resolver los procedimientos de adaptación de puesto de trabajo por causa de salud
- c) Debatir la gestión realizada por las entidades especializadas con las que la empresa hubiera concertado la realización de actividades preventivas.
- d) Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la efectiva prevención de los riesgos

**16.- El Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud comprenderá las prestaciones correspondientes a:**

- a) Salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario
- b) Salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario

c) Salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, y de transporte sanitario

d) Salud pública, atención primaria, atención especializada, la prestación farmacéutica, y de transporte sanitario

**17.- Son derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud:**

a) A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso

b) A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo.

c) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma

d) Todas las anteriores son correctas

**18.- La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye:**

a) Prestación farmacéutica.

b) Prestación ortoprotésica

c) Prestación con productos dietéticos

d) Todas las anteriores son correctas

**19.- Según la Ley 8/2003 de Castilla y León, entre las obligaciones o deberes de los pacientes se encuentra:**

a) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria

b) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.

c) Uso correcto de las instalaciones y servicios.

d) Todas las anteriores.

**20.- Los médicos responsables podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente:**

a) Cuando exista riesgo inmediato para la salud pública, a causa de razones sanitarias establecidas por ley.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización.

c) La a y la b.

d) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, por su estado físico o psíquico.

**21.- Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que se entiende por "necesidad terapéutica"**

a) El médico responsable del paciente garantiza el cumplimiento de su derecho a la información de su proceso asistencial.

b) La facultad del médico para actuar profesionalmente sin informarle antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de forma grave.

c) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

d) En los casos de negativa a recibir un procedimiento sanitario, el centro, servicio o establecimiento deberá informar a los usuarios de otros procedimientos existentes.

**22.- Con relación al titular del derecho a la información asistencial, se incluyen todos los supuestos siguientes, excepto uno:**

a) Es el paciente, incluso en caso de incapacidad de modo adecuado a sus posibilidades.

b) Personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, en la manera que lo permita el paciente de forma tácita o expresa.

c) Representante legal con documento judicial que lo acredite.

d) Personal sanitario no relacionado con su proceso asistencial.

**23.- ¿Qué Ley Básica regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información clínica?**

- a) Ley 10/2010.
- b) Ley 41/2002.
- c) Ley 31/1995.
- d) Ley 16/2003.

**24.- El derecho a la información sanitaria de los pacientes podrá limitarse:**

- a) Nunca.
- b) Cuando así sea solicitado por sus familiares o las personas vinculadas a él.
- c) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente.
- d) Paciente menor maduro y capaz intelectualmente.

**25.- Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, el facultativo proporcionará al paciente antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:**

- a) Las contraindicaciones.
- b) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención originará con seguridad.
- c) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- d) Todas las anteriores.

**26.- ¿Qué se entiende por médico responsable según la Ley 41/2002?**

a) El profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o usuario, ya que ha sido el primero que diagnosticó al paciente, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

b) El profesional que tiene a su cargo coordinar la asistencia sanitaria del paciente o usuario, no pudiendo ser médico residente sino que es necesario que al menos sea un adjunto, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

c) El profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario con el carácter de interlocutor principal con el resto de facultativos que colaboran en la atención, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

d) La unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo las actividades sanitarias al paciente.

**27.- La solicitud de la Historia Clínica la puede realizar, además del paciente:**

- a) Familiar.
- b) Amigo.
- c) Su pareja.
- d) Representante debidamente acreditado.

**28.- Según el Decreto 101/2005 de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica, transcurridos cinco años y cuando los documentos no sean trascendentales por motivos asistenciales, de salud pública, epidemiología, investigación judicial o razones organizativas o de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, se conservarán de forma indefinida los siguientes documentos excepto uno:**

- a) Informe clínico de Alta.
- b) Informe de anestesia y de quirófano.
- c) Informe de Urgencias.
- d) El consentimiento informado.

**29.- Las instrucciones previas en Castilla y León se basan en la siguiente normativa:**

- a) Ley 41/2002.
- b) Decreto 101/2005.
- c) Ley 8/2003.
- d) La respuesta a y la c

**30.- Con relación al cumplimiento de las instrucciones previas, no es cierto:**

- a) Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
- b) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la "lex artis", quedando en la historia clínica las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
- c) Pueden formalizarse ante notario, en cuyo supuesto no será necesaria la presencia de testigos.
- d) Ante dos testigos, mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales uno, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial u otro vínculo obligatorio con el otorgante.

**31.- En España los Equipos de Valoración y Orientación (EVO), están enfocados a valorar:**

- a) La incapacidad en el entorno laboral.
- b) La minusvalía.
- c) La dependencia.
- d) Las pensiones contributivas.

**32.- Para la obtención de pensiones no contributivas en España, se exige un porcentaje de discapacidad de:**

- a) 25%
- b) 33%
- c) 65%
- d) 75%

**33.- En los países de la Unión Europea, el porcentaje medio de la población que padece alguna discapacidad, según la encuesta Eurostat es:**

- a) 5%
- b) 10%
- c) 15%
- d) 20%

**34.- Una alteración del reflejo corneal, nos indica lesión del siguiente par craneal:**

- a) II
- b) III
- c) IV
- d) V

**35.- El reflejo tricipital tiene su correlación anatómica en las siguientes metámeras:**

- a) C6, C7 Y C8
- b) C5 Y C6
- c) XI par craneal.
- d) C3 Y C4.

**36.-Cuál de los siguientes parámetros NO influye en la destreza muscular:**

- a) Velocidad de contracción muscular.
- b) Agilidad.
- c) Coordinación y equilibrio.
- d) Sexo.

**37.- El movimiento de inversión-eversión del pie, mide principalmente el trabajo de la articulación subastragalina. Sus valores normales son respectivamente:**

- a)  $13\pm 5^\circ$  y  $20\pm 5^\circ$
- b)  $15\pm 4^\circ$  y  $25\pm 3, 5^\circ$
- c)  $21\pm 5^\circ$  y  $37\pm 4, 5^\circ$
- d)  $28\pm 4, 5^\circ$  y  $43\pm 5^\circ$

**38.- Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en la prueba de distancia dedos-suelo:**

- a) Es una prueba de alta especificidad.
- b) Puede ser influida por irritación radicular y acortamiento de la musculatura isquiotibial.
- c) Estudia la movilidad global de columna y cadera.
- d) El paciente en bipedestación, efectúa una flexión anterior de la columna y se mide la distancia de los dedos hasta el suelo.

**39.- El signo de Mennell es una prueba de exploración de:**

- a) Raquis lumbar
- b) Articulaciones sacroilíacas.
- c) Articulaciones coxofemorales.
- d) Sínfisis del pubis

**40.- La prueba de Yergason, valora la alteración del tendón:**

- a) Subescapular.
- b) Supraespinoso.
- c) Infraespinoso.
- d) Porción larga del bíceps

**41.- Es una prueba de exploración en la tenosinovitis estiloradial:**

- a) Prueba de Thomas.
- b) Signo de Finkelstein.
- c) Prueba de Hawkins y Kennedy.
- d) Prueba de Fabere-Patrick.

**42.- Para la valoración de la contractura de la cintilla ileotibial se utiliza:**

- a) Prueba de Ober.
- b) Prueba de Phalen.
- c) Prueba de McMURRAY.
- d) Signo de Zohlen.

**43.- Cual de las siguientes NO es un modelo de medida de la salud:**

- a) Modelo categórico-evaluativo.
- b) Modelo bidimensional.
- c) Modelo evaluativo-predictivo.
- d) Modelo tecnológico.

**44.- En la evaluación fisiológica del dolor NO se utilizan:**

- a) Potenciales evocados.
- b) Determinaciones bioquímicas.
- c) Reflejos de flexión.
- d) Autorregistro diario del dolor.

**45.-Cual de las siguientes NO es una batería de evaluación neuropsicológica:**

- a) Escala AIMS (ALBERTA INFANT MOTOR SCALE).
- b) Escala Halstead-Reitan.
- c) Escala Luria-Nebraska.
- d) Test Barcelona.

**46.- Para medir la memoria se utiliza la siguiente escala:**

- a) FAMS.
- b) WOMAC.
- c) WMS-III.
- d) CCUPI.



**47.- El test de atención breve y el stroop, son pruebas para valorar:**

- a) Atención selectiva.
- b) Atención alternante.
- c) Velocidad de procesamiento.
- d) Alerta.

**48.- La parte de la lingüística que se ocupa de las características acústicas y articulatorias de los sonidos del habla es:**

- a) La fonología.
- b) La semántica.
- c) La pragmática.
- d) La fonética.

**49.- Que valoramos mediante el test de Boston:**

- a) El lenguaje.
- b) La calidad de vida.
- c) Las actividades de la vida diaria.
- d) La memoria.

**50.- Que NO debemos incluir en un informe pericial de valoración del daño corporal:**

- a) Las secuelas.
- b) El perjuicio estético.
- c) Conclusiones especulativas.
- d) Las lesiones iniciales.

**51.- El Ketorolaco es un AINE del grupo de los:**

- a) Ácidos antranílicos
- b) Ácidos nicotínicos
- c) Ácidos arilpropiónicos
- d) Ácidos heteroarilacéticos

**52.- Respecto a la buprenorfina señale la respuesta correcta:**

- a) Es un agonista parcial de semivida corta
- b) Es un agonista parcial de semivida larga
- c) Es un agonista puro de semivida larga
- d) Es un agonista puro de semivida corta

**53.- Señale la respuesta incorrecta:**

- a) Los parches transdérmicos de fentalino se cambian cada 72 h
- b) La dosis máxima de meloxicam en ancianos es de 7,5 mg/24 h
- c) La dosis máxima de aceclofenaco es de 400 mg/24 h
- d) El ibuprofeno a dosis de 400 mg/4-6 h tiene solo efecto analgésico

**54.- Entre los efectos secundarios menos frecuentes de los opioides no se encuentra:**

- a) Mareos
- b) Disforia
- c) Hipertensión
- d) Retención urinaria

**55.- ¿Cuál de los siguientes antidepresivos no es un inhibidor de la recaptación de serotonina?**

- a) Venlafaxina
- b) Duloxetina
- c) Sertralina
- d) Trazodona

**56.- En relación a la Gabapentina señale la afirmación falsa:**

- a) Inhibe la liberación de ácido glutámico en la sinapsis de las astas posteriores de la médula
- b) Se absorbe rápidamente y atraviesa la barrera hematoencefálica
- c) En casos de insuficiencia renal no es necesario ajuste de dosis
- d) En general se tolera bien pudiendo llegar a dosis de 3.600mg/24h

**57.- Respecto a la escala de discapacidad de Kurtzke, señale la afirmación falsa:**

- a) El nivel 3 de la función piramidal corresponde a una paraparesia o hemiparesia moderada. Monoparesia grave
- b) El nivel 4 de la función cerebelosa corresponde a una ataxia grave de las cuatro extremidades
- c) El nivel 3 de la función visual corresponde a una agudeza entre 20/30 y 20/59 o escotoma importante
- d) El nivel 4 de la función del tronco cerebral corresponde a una disartria, disfagia

**58.- Señale la afirmación incorrecta respecto a los estudios neurofisiológicos:**

- a) En el electromiograma normal en la mayoría de las contracciones musculares se recoge la actividad de 2-3 unidades motores
- b) En el patrón neurógeno la amplitud media del PUM (Potencial de la Unidad Motora) está disminuida
- c) A los PUM con una morfología de 2 a 4 fases se les denomina simples
- d) En trazado interferencial no se detectan PUM individualmente.

**59.- En relación con los siguientes conceptos de electroterapia indique la afirmación falsa:**

- a) Las corrientes diadinámicas de Bernard son corrientes sinusoidales.
- b) Las corrientes nemètrónicas tienen efecto analgésico y descontracturante
- c) El TEC tiene una frecuencia de 27,12 MHz
- d) La onda corta púlsatil esta indicada en los retardos de consolidación

**60.- En relación a la clasificación ASIA de lesión medular indique la afirmación falsa:**

- a) En el examen sensitivo se explora la sensibilidad dolorosa y táctil de 28 dermatomas en cada hemicuerpo
- b) En el examen motor se explora el balance muscular de cada hemicuerpo en cinco grupos musculares llave
- c) Incorpora una escala de discapacidad de cuatro niveles
- d) El nivel motor se define por el grupo muscular llave más caudal cuyo balance muscular es igual o mayor a 3.

**61.- En relación al TENS es falso:**

- a) Es una corriente variable baja frecuencia
- b) Activa preferentemente las fibras A delta bloqueando la transmisión del estímulo doloroso.
- c) El TENS modo burst tiene una frecuencia de 1-10 Hz
- d) La modalidad tipo hiperestimulación se utiliza en los puntos gatillo.

**62.- No es contraindicación absoluta de la onda corta:**

- a) La aplicación sobre cartílagos de crecimiento
- b) La aplicación sobre tejidos neoplásicos
- c) Embarazo
- d) Infecciones

**63.- En relación a la EENM (electroestimulación neuromuscular) señale la respuesta falsa:**

- a) En la técnica monopolar el electrodo activo está en el músculo diana
- b) La EENM excita antes las fibras musculares de tipo I y recluta después las de tipo II a partir de cierta intensidad.
- c) Se denomina EENM funcional la que se emplea en músculos paralizados para facilitar las AVD
- d) Los impulsos bifásicos asimétricos provocan contracciones más fuertes.

**64.- Señale la afirmación falsa:**

- a) Las corrientes interferenciales pueden aplicarse en presencia de implantes metálicos
- b) Las corrientes de Kots tienen efectos excitomotores
- c) La corriente galvánica interrumpida estimula el músculo denervado
- d) Las corrientes de Träbert son una sucesión de impulsos triangulares

**65.- En relación al ejercicio terapéutico señale la respuesta correcta:**

- a) El trabajo pliométrico alterna la contracción excéntrica y concéntrica del músculo.
- b) En el trabajo estático intermitente se utiliza una carga del 100% del 1 RM.
- c) El estiramiento balístico es aconsejable en las fases iniciales de los programas de ejercicio terapéutico
- d) El ejercicio excéntrico tiene efecto hipertrofiante porque solicita un gran número de unidades motoras.

**66.- Respecto a la ENG (electroneurografía) es incorrecto:**

- a) La onda F se obtiene estimulando antidromicamente y distalmente los nervios motores
- b) El reflejo H es una respuesta refleja polisináptica
- c) El reflejo trigémino facial tiene implicaciones pronósticas en la patología del troncoencéfalo
- d) La ENG es útil para determinar la naturaleza de la lesión nerviosa

**67.- No se considera un efecto primario del láser en rehabilitación:**

- a) El aumento de las prostaglandinas
- b) Los cambios en el potencial de membrana
- c) La proliferación celular
- d) La neoformación de vasos sanguíneos y linfáticos

**68.- Señale la respuesta incorrecta:**

- a) En la iontoforesis la Lidocaina se aplica en polo positivo
- b) En la termoterapia superficial la energía térmica penetra entre 2-10 mm
- c) La longitud de onda de la radiación infrarroja de uso terapéutico está entre 7.600 y 15.00 Angström
- d) La aplicación coplanar de onda corta continua consigue mayor efecto en profundidad

**69.- En relación a la valoración del TCE en rehabilitación, señale la respuesta falsa:**

- a) En el periodo postraumático temprano se utiliza la escala Glasgow
- b) La escala de niveles de funcionamiento cognitivo de "Rancho de los amigos" clasifica a los pacientes en seis niveles
- c) El índice de función cognitiva mide la conducta social y la atención, entre otras funciones
- d) El test de Galveston valora la orientación y la amnesia del paciente

**70.- En relación a la ecografía de la musculatura del suelo pélvico, indique la afirmación falsa:**

- a) Para su realización la vejiga debe estar preferiblemente vacía
- b) Se deben obtener imágenes en reposo y con maniobra de Valsalva
- c) El plano ecográfico de referencia es el plano coronal
- d) Se debe explorar el diafragma urogenital y hiato urogenital

**71.- Respecto a las contracciones isométricas, señale la opción correcta:**

- a) Es una contracción muscular que produce fuerza con una modificación medible del ángulo articular.
- b) En el momento de la contracción la longitud del músculo no influye directamente en la tensión que se puede generar en un punto determinado de la amplitud del movimiento
- c) El método Muller-Hettinguer defiende el uso de contracciones isométricas de larga duración.
- d) El método de Troissier se basa en contracciones estáticas intermitentes y se pueden indicar con el fin de reclutar en número y tonicidad las fibras musculares de resistencia.

**72.- En relación con las contracciones isotónicas o dinámicas, señale la respuesta incorrecta**

- a) Este tipo de contracciones hace que la articulación se mueva a lo largo de cierta amplitud de movimiento.
- b) Pueden subdividirse en concéntricas y excéntricas
- c) La resistencia varía mientras el músculo no cambia de longitud.
- d) En este tipo de contracciones, el parámetro a valorar, como elemento test, es la Resistencia Máxima (R.M.)

**73.- En cuanto a las cadenas cinéticas musculares, señale la respuesta incorrecta:**

- a) Resultan una herramienta útil en el reclutamiento de los músculos débiles a partir de los músculos fuertes.
- b) Las cadenas cinéticas incluyen la combinación de músculos agonistas y antagonistas.
- c) Se denomina cadena cinética abierta cuando el extremo distal de la cadena no es libre.
- d) En las cadenas cinéticas contralaterales, la aplicación de resistencia a un músculo se va a obtener con la estimulación cruzada de su antagonista en el miembro homónimo.

**74.- ¿Cuál de las siguientes respuestas no es correcta con respecto a las técnicas de reeducación propioceptiva?**

- a) El método de Bobath utiliza reflejos, reacciones asociadas y sinergias totales.
- b) Donde más se ha utilizado la técnica de Bobath es en PCI y en trastornos neurológicos de origen central, como los TCE y los ictus.
- c) En el método Kabat se persigue reclutar la mayor cantidad de estímulos para conseguir reeducar o restablecer el acto motor voluntario.
- d) El método Perfetti aplica la reeducación de la sensibilidad como punto de partida de la reeducación motriz.

**75.- En relación con las corrientes terapéuticas que surgen para conseguir estimular los receptores sensoriales propioceptivos, señale la opción falsa:**

- a) Reflejos: El movimiento voluntario es facilitado por medio de reflejos de estiramiento, posturales y enderezamiento o inhibido por reflejos dolorosos o de los antagonistas, los cuales hay que evitar.
- b) Irradiación: Utiliza la contracción contra la resistencia de los músculos agonistas en un movimiento voluntario, para inhibir a los antagonistas.
- c) Resistencia máxima: Con polea o resistencia manual del fisioterapeuta. Se emplean en contracciones isométricas, isotónicas y excéntricas.
- d) Inducción sucesiva: Es un mecanismo por el que el antagonista fuerte se convierte en fuente de facilitación para el agonista débil y aumenta su efectividad en el movimiento voluntario.

**76.- En relación con las ayudas técnicas o productos de apoyo, señala la opción incorrecta:**

- a) Son instrumentos o dispositivos que proporcionan autonomía al paciente, facilitando con ello su integración y participación en su ámbito sociocultural, mejorando así su calidad de vida.
- b) Según la norma UNE EN ISO 9999.2012 V2 los productos se clasifican según su función y se estructuran en tres niveles jerárquicos denominados: Clase, subclase y división.
- c) La clase determina una extensa área de función, por ejemplo, "productos de apoyo para el cuidado y la protección personal".
- d) La división define una función específica. Por ejemplo, productos de apoyo para vestirse y desvestirse.

**77.- Respecto a la marcha con productos de apoyo, señale la respuesta incorrecta:**

- a) En la marcha pendular con dos bastones, según se realice apoyo de ambos miembros inferiores o sólo de un miembro inferior, distinguimos la marcha pendular bilateral y la marcha pendular unilateral.

b) En la marcha con un bastón en tres tiempos: primero avanza el bastón, a continuación el miembro inferior opuesto y luego el sano.

c) En la marcha con dos bastones en tres tiempos: primero avanza una muleta, luego la otra y a continuación los miembros inferiores.

d) En los niños, los andadores de marcha de apoyo posterior favorecen la extensión de la cadera y rodilla, facilitando un mejor patrón de marcha.

**78.- En relación con las sillas de ruedas motorizadas, señale la opción correcta:**

a) El paciente no necesita ninguna valoración ni formación para el manejo de silla de ruedas eléctrica.

b) Las sillas de ruedas eléctricas con dispositivos de entrada digitales poseen intervalos de velocidad y dirección.

c) En la conducción con silla de ruedas eléctrica en modo momentáneo, la silla funciona mientras se manipula el mando o dispositivo de entrada.

d) Los scooters eléctricos están destinados a personas con mal control de los miembros superiores y poco control de tronco en sedestación.

**79.- Respecto a las sillas de ruedas, señale la respuesta incorrecta:**

a) El chasis basculante permite la basculación de la silla sin variar el ángulo asiento – respaldo.

b) Las sillas de ruedas para hemipléjicos pueden tener adaptado, en la rueda, un doble aro, para mover las dos ruedas con el brazo sano o realizar propulsión por medio de una palanca.

c) En las sillas de ruedas manuales independientes, una rueda trasera atrasada implica una menor estabilidad de la silla.

d) Todas las sillas de ruedas tienen frenos de estacionamiento. Algunas tienen frenos antirretroceso para evitar que la silla retroceda en la subida de las pendientes.

**80.- En relación con el tratamiento ortésico de la mano y de los dedos, señale la respuesta incorrecta:**

a) La disminución del dolor, la deformidad y el déficit son las indicaciones principales de las ortesis de la mano.

b) Las ortesis en anillo o en "8" se utilizan cuando existe una hiperflexión de las IFP.

c) Las ortesis indicadas en la parálisis del nervio radial persiguen evitar la muñeca caída, poniéndola en extensión, lo que facilita la acción interóseos en la extensión de los dedos, y de los flexores de dedos, y conseguir así la prensión de la mano.

d) En la lesión del nervio cubital, el objetivo de las ortesis es evitar la deformidad en garra de los dos últimos dedos de la mano.

**81.- Respecto a las ortesis de rodilla, señale la respuesta correcta:**

a) Están contraindicadas en la condromalacia rotuliana y en el síndrome fémoro-patelar.

b) En las ortesis con control de flexo-extensión, las articulaciones más utilizadas son monocéntricas, porque tratan de simular los movimientos naturales de los cóndilos femorales respecto a los platillos tibiales

c) Las hemivalvas de las ortesis facilitadoras de la extensión están ambas en la cara anterior.

d) Las ortesis inmovilizadoras de rodilla que no incluyen tobillo se usan sobre todo en patologías postquirúrgicas o para inmovilizar fracturas tras la retirada del yeso.

**82.- Respecto a las ortesis utilizadas en el síndrome del túnel carpiano, señale la opción incorrecta:**

a) La ortesis indicada es una férula palmar a medida que se extiende desde la punta de los dedos, quedando el pulgar libre, hasta el tercio medio del antebrazo.

b) Su eficacia es mayor si se combina con infiltraciones locales de corticoides en las primeras seis semanas de los síntomas.

c) Son de uso nocturno o en periodos de inactividad.

d) No existen revisiones de la Cochrane que confirmen la utilidad del uso nocturno de estas ortesis.

**83.- -En relación con las ortesis de columna cervical, señala la respuesta incorrecta:**

- a) Las ortesis Halo son ortesis que consiguen una inmovilidad de la columna cervical casi completa.
- b) Las ortesis Halo están indicadas en fracturas estables de columna cervical.
- c) La ortesis Minerva tipo Philadelphia controla la flexión C1-C2 y C2-C3.
- d) El Minerva tipo Philadelphia consiste en un collarín Philadelphia al que se le añaden dos prolongaciones a nivel esternal y dorsal.

**84.- En relación con las ortesis dorso-lumbares rígidas, señale la respuesta correcta:**

- a) En el lumbostato Knight, la restricción del movimiento se realiza en los segmentos D8-L1, limitando la flexión, los movimientos laterales y las rotaciones.
- b) El lumbostato Taylor limita la flexoextensión lumbar y dorsal, pero no limita la movilidad lateral y la rotación.
- c) El lumbostato Knight-Taylor está indicado en fracturas vertebrales dorsales por encima de D6.
- d) El lumbostato Chairback posee dos barras laterales situadas en la línea axilar y limita los movimientos laterales.

**85.- Respecto a las ortesis dorsolumbosacras rígidas, señale la respuesta incorrecta:**

- a) El corsé de sostén /BOB (Boston Overlap Brace) limita los movimientos de flexoextensión y parcialmente las rotaciones y las inclinaciones laterales en segmentos por encima de D8.
- b) Las ortesis toracolumbosacro (TLSO) pueden limitar, sobre todo, la flexoextensión entre 50 y 80% en los segmentos comprendidos de D3 a L3
- c) Están recomendadas, entre otras patologías, en aplastamientos por osteoporosis o metástasis.
- d) Dependiendo de la gravedad de la lesión pueden indicarse incluso en decúbito, en la cama.

**86.- Con relación a las prótesis de extremidad superior, indique cuál es la afirmación falsa:**

- a) Los objetivos principales de la prótesis de miembro superior son sustituir la función perdida y conseguir una buena apariencia estética.
- b) Las prótesis para la desarticulación del codo pueden ser: estéticas, mecánicas o híbridas.
- c) La amputación a la altura de la desarticulación de muñeca acorta la extremidad protetizada resultando poco estético.
- d) En la amputación transmetacarpiana o carpiana se puede colocar una mano cosmética.

**87.- Con relación a la prótesis de miembro inferior, señale la respuesta correcta:**

- a) El encaje para la desarticulación de la cadera consta de una cesta pélvica y un cinturón pélvico.
- b) Las articulaciones protésicas de cadera son todas policéntricas.
- c) La protetización para amputaciones transfemorales es menos compleja que para las amputaciones transtibiales.
- d) La escala "Transfemoral fitting predictor" nos orienta, mediante 8 items, a prever el éxito o fracaso de la protetización del amputado transfemoral.

**88.- Respecto a las prótesis para amputaciones transfemorales, señale la respuesta falsa:**

- a) Es un nivel frecuente de amputación y, aunque no existan factores negativos para la protetización, la tasa de abandono es relativamente alta.
- b) Pesan unos 2-3 kg. más que las prótesis transtibiales.
- c) Las rodillas neumáticas, con respecto a las hidráulicas, tienen como ventajas que la resistencia del pistón varía por la influencia de la temperatura ambiente y que su peso es mayor.
- d) Las rodillas de cerrojo o de "bloqueo manual" se recomiendan para pacientes de edad avanzada, pluripatológicos, y de maniobrabilidad o aprendizaje escasos.

**89.- Con respecto a la infiltración intraarticular, señale cuál se considera una contraindicación relativa:**

- a) Sospecha o existencia de infección intrarticular, bacteriemia o de infección cutánea próximas al área que se va a infiltrar.
- b) Fractura intraarticular.
- c) Reacciones adversas medicamentosas en infiltración previa.
- d) Paciente en tratamiento con antiagregantes.

**90.- Con relación a los vendajes funcionales, señale la respuesta incorrecta:**

- a) La finalidad de los mismos es la de inhibir, contener o limitar un movimiento determinado que al realizarse produce dolor, impidiendo reproducir el mecanismo de lesión, sin limitar el resto de movimientos del complejo articular.
- b) Hay tres técnicas principales de utilización: técnica de contención, técnica de inmovilización y técnica combinada.
- c) Están contraindicados en fisuras de costillas, esguinces intercostales y neuralgias intercostales.
- d) Están indicados, entre otras patologías, en distensión y elongación muscular y en fisuras de metatarsianos.

**91.- Un infarto Lacunar por un ictus isquémico de arterias perforantes puede manifestarse como:**

- a) Hemiparesia motora y/o sensitiva asociada a hemianopsia.
- b) Hemiparesia atáxica.
- c) Disfasia transcortical sensitiva con mano torpe.
- d) Los tres anteriores son verdaderas.

**92.- En la valoración de un paciente con ictus cerebral, una de las siguientes afirmaciones NO es verdadera:**

- a) La escala de daño neurológico *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) recoge 11 ítems de valoración: funciones corticales, pares craneales, función motora, sensibilidad, coordinación, lenguaje e incluye la cuantificación de la disfagia.
- b) La escala NIHSS se correlaciona con la presencia de oclusión arterial y con el pronóstico. Se considera que NIHSS < 7 puntos se corresponde con una excelente recuperación neurológica y que cada incremento en un punto empeoraría la evolución.
- c) El índice de Barthel examina la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), se pasa en escasos minutos y tiene una excelente validez y fiabilidad pero es de baja sensibilidad en pacientes con buen nivel funcional.
- d) La Medida de la independencia funcional (FIM) valora las ABVD y también áreas cognitivas y de lenguaje. Requiere la formación específica de los observadores y su tiempo de aplicación supera los 30 minutos.

**93.- En la rehabilitación de la extremidad superior tras daño cerebral. La terapia del movimiento inducida por la restricción o supresión del lado sano:**

- a) Requiere motivación y colaboración por lo que sólo es aplicable a pacientes adultos.
- b) Es una técnica contraindicada si se asocia un déficit perceptivo sensitivo.
- c) Requiere una mínima actividad motora de extensión en la muñeca y en los dedos.
- d) Exige una restricción del lado sano de al menos 12 horas diarias.

**94.- En la rehabilitación del daño cerebral y respecto de las técnicas de reaprendizaje motor orientadas a tareas concretas, una de las siguientes afirmaciones NO es verdadera:**

- a) Han demostrado eficacia en el tratamiento del déficit motor tras daño cerebral con un efecto específico sobre la actividad entrenada.
- b) Se centran en reeducar el equilibrio en sedestación y bipedestación, la marcha, así como en mejorar el alcance y la manipulación.
- c) Se basan en la práctica repetitiva con refuerzo y retroalimentación verbal, visual y perceptiva con reducción progresiva de la supervisión.
- d) El método de Bobath es una de las técnicas más difundidas de reaprendizaje motor orientado a tareas.

**95.-En las complicaciones del paciente con ictus y del daño cerebral adquirido, una de las siguientes afirmaciones NO es correcta:**

- a) Es importante la detección precoz y tratamiento de la *depresión*. Los inhibidores de la recaptación de serotonina mejoran la depresión y la recuperación funcional.
- b) En el *dolor central* postictus es primordial el tratamiento precoz, siendo de primera línea la amitriptilina y la gabapentina o la pregabalina.
- c) En el *hombro doloroso* en los pacientes con espasticidad son eficaces las inyecciones con toxina botulínica en el infraespinoso y trapecio.
- d) En el tratamiento del *Síndrome hombro mano o Distrofia simpático refleja tipo I* pueden indicarse corticoides orales o en infiltraciones intraarticulares.

**96.- En un lesionado medular, cuál de los siguientes músculos de la extremidad superior NO son llave para establecer el nivel motor en la clasificación ASIA:**

- a) C5 abductores del hombro.
- b) C6 extensores del carpo.
- c) C7 extensores del codo.
- d) C8 flexores de los dedos.

**97.- En un lesionado medular, cuál de los siguientes músculos de la extremidad inferior NO son llave para establecer el nivel motor en la clasificación ASIA:**

- a) S1 flexores plantares del tobillo.
- b) L5 flexores del primer dedo.
- c) L4 dorsiflexores del tobillo.
- d) L3 extensores de la rodilla.

**98.- El síndrome centromedular:**

- a) Se localiza en las lesiones del raquis dorsal alto, asociado a cambios degenerativos.
- b) Se caracteriza por mayor debilidad motora en extremidades superiores que en las inferiores.
- c) Se produce más a menudo en personas de edad avanzada que sufren un mecanismo de compresión axial.
- d) En general el pronóstico funcional es malo sin que la edad influya en el grado de recuperación.

**99.- Respecto a la disreflexia autonómica en los lesionados medulares, indique la respuesta FALSA:**

- a) Es un aumento reflejo exagerado y brusco en la TA a veces acompañado de bradicardia.
- b) Ocurre generalmente en pacientes con lesiones completas localizadas por encima de T1-T2.
- c) Se produce una hiperestimulación parasimpática supralesional (cefalea, sudoración, congestión nasal).
- d) Los estímulos nociceptivos desencadenantes mas frecuentes son la distensión vesical o intestinal.

**100.- Los resultados funcionales esperados en una lesión completa ASIA A dependen del nivel de lesión medular. Una de las siguientes respuestas NO es correcta**

- a) Un nivel C7 podría conducir un coche con controles manuales o una furgoneta adaptada.
- b) Un nivel T8 podría realizar bipedestación y marcha terapéutica con ortesis largas (KAFO) y muletas o andador.
- c) Un nivel L1 podría realizar marcha domiciliaria y ocasionalmente por exteriores con ortesis cortas (AFO) y muletas.
- d) Un nivel L4 podría realizar marcha comunitaria por exteriores con ortesis cortas (AFO) y bastones.

**101.- En el tratamiento de la Vejiga neurógena hiperactiva en el Lesionado Medular:**

- a) Los alfa bloqueantes selectivos o no, son parcialmente efectivos disminuyendo la hiperactividad del detrusor neurógeno.
- b) Los anticolinérgicos con efecto antimuscarínico se usan para disminuir la resistencia esfinteriana al flujo de orina, disminuyendo el residuo postmiccional.



c) La toxina botulínica no ha mostrado utilidad en la vejiga hiperactiva ni en la hiperactividad del detrusor ni para disminuir la resistencia esfinteriana.

d) Los cateterismos intermitentes son el tratamiento de elección y presentan menos complicaciones (infecciones, hidronefosis y cálculos) que la sonda vesical permanente.

**102.- En la Rehabilitación de personas con Esclerosis Múltiple leve a moderada (EDSS < 5) es FALSA la siguiente afirmación:**

a) Hay estudios que muestran que el entrenamiento de la fuerza resistido y progresivo de estos pacientes mejora la fuerza de las extremidades.

b) La intensidad de la actividad debe adaptarse a la debilidad muscular pero también a la fatiga, que es un síntoma de alta prevalencia.

c) Existe evidencia de que un programa precoz e individualizado de Rehabilitación multidisciplinaria modifica la historia natural de la enfermedad.

d) Las respuestas fisiológicas al ejercicio aeróbico submáximo y máximo son similares a las personas no enfermas.

**103.- Respecto del Síndrome de Guillain- Barré, es FALSA una de las afirmaciones siguientes:**

a) Es una enfermedad desmielinizante y la objetivación neurofisiológica de daño axonal descarta el diagnóstico.

b) En uno de cada dos pacientes se afectan pares craneales, siendo el más afectado el VII par craneal.

c) Son signos de mal pronóstico un déficit neurológico grave y rápidamente progresivo y precisar de ventilación mecánica prolongada.

d) Más de 7 de cada 10 pacientes se recuperan sin secuelas graves entre los 6 y los 12 meses desde el inicio.

**104.- Es FALSO uno de los siguientes criterios de indicación de la asistencia ventilatoria no invasiva (VMNI) en el manejo de la insuficiencia respiratoria en paciente con ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica) en la fase final de la enfermedad:**

a) La indicación de oxigenoterapia es necesaria antes de pasar a la prescripción de VMNI.

b) Ante clínica de hipoventilación nocturna con pulsioximetría con Sat O<sub>2</sub> < 88% durante 5 minutos.

c) Cuando la capacidad vital cae por debajo de 1 litro o del 50% del valor teórico esperado.

d) Ante gasometrías con presión parcial de dióxido de carbono PCO<sub>2</sub> superiores a 45-50 mm Hg.

**105.- En la Parálisis Cerebral Infantil, la toxina botulínica como tratamiento focal de la espasticidad:**

a) Debe ser ofrecida como tratamiento del pie equino varo y puede ser una opción en la espasticidad de los aductores de caderas.

b) Con frecuencia las mejorías funcionales observadas en las extremidades superiores son menores que las logradas en las inferiores.

c) Las dosis recomendadas son las mismas en adultos y niños (Botox): Músculos pequeños: 1-2 U/Kg; músculos grandes: 3-6 U/Kg.

d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas

**106.- Respecto al mielomeningocele, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Frecuentemente se asocia a menor inteligencia, alteraciones cognitivas, de memoria, de atención y de resolución de problemas.

b) Las deformidades ortopédicas correspondientes a un nivel S1 son pies equinos, flexo de rodillas, displasia de caderas y escoliosis.

c) La pérdida de la marcha o la alteración del control vesical obliga a descartar un síndrome de médula anclada.

d) En general los niveles inferiores a L3 pueden permitir una capacidad de marcha autónoma por exteriores con ortesis cortas.

**107.- Un programa de prolongación de marcha en la Rehabilitación de la Distrofia Muscular de Duchenne:**

- a) Se ha de iniciar antes de los 3 meses desde el cese de la marcha y exige buen control de tronco, no sobrepeso y colaboración familiar.
- b) El protocolo de actuación es mixto rehabilitador y quirúrgico, corrigiendo previamente las deformidades ortopédicas, habitualmente tenotomía de Aquiles bilateral.
- c) La posterior adaptación de ortesis largas ligeras con apoyo isquiático puede prolongar la deambulación una media de dos años.
- d) Son verdaderas las tres respuestas anteriores.

**108.- En la Parálisis Braquial Obstétrica, una de las siguientes afirmaciones NO es correcta:**

- a) Estudios recientes muestran que en uno de cada dos pacientes la recuperación es completa.
- b) La parálisis de Erb con mejora precoz de la flexión dorsal de la muñeca es de buen pronóstico.
- c) La aparición de actividad flexora y supinadora de codo sobre el 3º mes indica potencial de recuperación.
- d) La indicación de cirugía reparadora ha de ser precoz pero nunca antes de los 9-10 meses.

**109.- ¿Cuál de los siguientes músculos NO es inervado por el nervio mediano?:**

- a) Separador corto del pulgar.
- b) Aproximador del pulgar.
- c) Oponente del pulgar.
- d) Flexor corto del pulgar.

**110.- Es FALSA una de las siguientes afirmaciones respecto de las neuropatías por atrapamiento de la extremidad inferior:**

- a) Los síntomas predominantes en el atrapamiento del nervio obturador son dolor y sensación de ardor o quemazón en la zona del periné que empeora en la posición sentada y puede acompañarse de tenesmo anal y urinario.
- b) Las neuropatías inguinales de los nervios iliohipogástrico, ilioinguinal y génito femoral, se asocian a cirugía abdominal: herniorrafias inguinales, apendicectomías o cirugía ginecológica (incisiones de Pfannestiel).
- c) El atrapamiento del nv. femorocutáneo en la espina iliaca superior se caracteriza por dolor y disestesias en la cara anterolateral del muslo que aumentan con la bipedestación prolongada y mejoran con la sedestación.
- d) El nervio femoral o crural es responsable de la flexión y rotación externa de la cadera y de la extensión de la rodilla, además de la sensibilidad de la cara anterior del muslo y de la región interna de la pierna.

**111.- En la exploración de una radiculalgia C6 no buscaremos:**

- a) Dolor en zona lateral del brazo y radial del antebrazo, pudiendo llegar hasta los primeros dedos de la mano
- b) Debilidad de la flexión del codo, supinación o extensión de muñeca
- c) Empeoramiento sintomático en el test de abducción del hombro
- d) Alteración del reflejo osteotendinoso estilorrádial

**112.- A la hora de indicar un tratamiento a un paciente derivado por cervicalgia no compleja, sin focalidad neurológica, con limitación del movimiento, no es cierto que:**

- a) El objetivo será controlar el dolor, recuperar la movilidad y prevenir o disminuir la discapacidad
- b) El farmacológico es el tratamiento principal en la fase crónica
- c) Los ejercicios cervicales están especialmente indicados en procesos crónicos.
- d) La inyección intramuscular de lidocaína puede mejorar el dolor en los síndromes miofasciales.

**113.- En la exploración de una hernia discal lumbar, ¿cuál de estos signos de tensión de la raíz nerviosa está correctamente descrito?:**

a) Lassegue: con el paciente en decúbito supino el explorador levanta la extremidad inferior con la rodilla extendida. Un dolor lancinante que afecta a la pierna y recorre el territorio de irradiación motora y sensitiva de la raíz nerviosa a más de 60 grados se considera positivo.

b) Lassegue cruzado: con el paciente en decúbito supino el explorador levanta la extremidad sana en hiperextensión de rodilla. Si existe una hernia discal con irritación radicular puede aparecer un dolor ciático en el lado afecto.

c) Bragard: en cuanto aparece el dolor ciático durante la maniobra de Lassegue, sin bajarle la pierna al paciente el explorador aplica una flexión dorsal del pie. Será positivo si vuelve a aparecer el dolor ciático.

d) Valleix: con el paciente sentado al borde de la camilla se le pide que, con la rodilla en hiperextensión, flexione la cadera; será positivo si reproduce el dolor irradiado.

**114.- En tres de los siguientes procesos clínicos que cursan con lumbalgia la radiografía simple nos aporta datos útiles para su diagnóstico, menos en uno. Diga en cuál.**

a) Síndrome iliolumbar o de cresta iliaca

b) Osteítis condensante del ilíaco

c) Síndrome de Bertolotti

d) Síndrome de Bastrup

**115.- Cuando evaluamos el disco lumbar en una resonancia magnética, ¿cuál de las siguientes imágenes descritas a continuación denominaremos "prolapso"?**

a) Ruptura del segmento extruido con ocasional desplazamiento intracanal.

b) El núcleo pulposo impacta contra la parte debilitada del anillo fibroso deformándolo.

c) El núcleo pulposo atraviesa el anillo fibroso y el ligamento longitudinal

d) El núcleo pulposo atraviesa el anillo fibroso sin atravesar el ligamento longitudinal

**116.- En el diagnóstico diferencial de un hombro doloroso, indique cuál de las siguientes frase es errónea:**

a) En la radiografía simple, el ascenso de la cabeza humeral, si el espacio acromiohumeral es inferior a 5-7mm, se ha relacionado con roturas del manguito.

b) La combinación de varios signos positivos, como el de Neer y el de Hawkins en el compromiso subacromial, aumenta la sensibilidad.

c) La positividad de las maniobras Yegarson y Speed sobre el tendón de la porción larga del bíceps contribuye a excluir lesiones del manguito, articulares o del labrum.

d) Los tests de recolocación y el de liberación anterior son los más apropiados para diagnosticar una inestabilidad glenohumeral.

**117.- En el tratamiento de un hombro doloroso que ha resultado refractario a nuestra terapia inicial, es falso que:**

a) La infiltración con esteroides constituye un arma terapéutica de segunda línea en aquellos pacientes en que falla el tratamiento inicial.

b) El bloqueo del nervio subescapular con anestésico local está indicado en el síndrome subacromial.

c) Las instilaciones intraarticulares de anestésico (con o sin corticoides) son una opción en caso de capsulitis

d) La infiltración con ácido hialurónico es una alternativa terapéutica descrita en la artrosis glenohumeral

**118.- Sobre la fibromialgia, ¿cuál es la opción correcta?**

a) Asocia una exagerada hipersensibilidad en al menos de 11 a 18 puntos gatillo predefinidos.

b) Se descarta en presencia de enfermedades reumáticas ni autoinmunes, psiquiátricas ni simuladores.

c) Se aconseja el entrenamiento de intensidad incremental, salvo cuando asocia Síndrome de Fatiga crónica.

d) El Tramadol, la Amitriptilina y la Fluoxetina son una opción terapéutica actualmente obsoleta y desaconsejada.

**119.- Señale la falsa de las siguientes frases sobre la patología de rodilla:**

a) La maniobra de Lachman, a 15°-30° de flexión, se considera la más sensible y específica para diagnosticar la rotura de ligamentos cruzados.

b) El programa de rehabilitación precoz de Shelbourne se indica como preparación previa a la reparación quirúrgica del LCA con injerto

c) Entre los factores predisponentes y perpetuantes del dolor femoropatelar se encuentra, entre otros, la tensión o acortamiento de la banda iliotibial, valorable con el test de Ober

d) El tratamiento inicial del dolor femoropatelar es conservador y se dirige al alivio de los síntomas y mejorar la alineación rotuliana.

**120.- Sobre la rehabilitación de un paciente intervenido mediante artroplastia total de rodilla, no afirmaremos que:**

a) El ejercicio físico preoperatorio puede mejorar el dolor y función previos a la intervención, pero no se ha demostrado que aporte beneficio sobre el dolor y función postoperatoriamente.

b) La movilización precoz postquirúrgica es el gold estándar del tratamiento para maximizar la función de la articulación reemplazada.

c) Para prevenir la inestabilidad de la rodilla se requerirá el fortalecimiento del cuádriceps e isquiotibiales.

d) A los pacientes más activos recomendaremos el jogging por el bajo estrés mecánico de las cargas entre 40° - 60° de flexión sobre el polietileno.

**121.- Paciente intervenido de artroplastia total de rodilla que, tras un tiempo inicial de correcta movilidad articular y a pesar de la buena evolución hasta la fecha con la rehabilitación, desarrolla una rigidez de novo. Entre las causas de rigidez más frecuentes en esta fase más tardía de su evolución, sospecharemos una de las siguientes:**

a) El mal estado previo a la cirugía de la articulación.

b) Una mala alineación quirúrgica de los componentes.

c) La ausencia de colaboración del paciente desde el inicio del tratamiento.

d) Una disfunción del implante.

**122.- Previo a realizar una amputación de miembro inferior transfemoral, el cirujano de nuestro hospital solicita nuestra opinión para ayudarle a decidir el nivel de amputación más idóneo de cara a un mejor resultado funcional. ¿Cuál de las siguientes sería nuestra recomendación, teniendo en cuenta que sólo una es cierta?**

a) Le pediremos un nivel en tercio superior, con un muñón óseo que no supere los 7 cm desde el trocánter menor

b) Le diremos que el nivel óptimo es en tercio medio, con un muñón óseo de unos 12-15 cm y un almohadillado muscular de al menos 5 cm.

c) Aconsejaremos un nivel de amputación en su tercio distal por su facilidad a la hora de colocar la rodilla protésica.

d) Advertiremos que la alternativa de la desarticulación de rodilla presenta mayor sensación de miembro fantasma y peor propiocepción.

**123.- Señale la relación correcta sobre las rodillas protésicas:**

a) Rodilla monoaxial - en el momento de apoyar el talón el paciente debe situar el eje de la carga por delante de la rodilla protésica, y ha de entrenar los extensores de cadera para que la rodilla no se doble.

b) Rodilla poliaxial - su diseño, en situación adelantada respecto al eje de carga, permite bajar y subir escaleras de forma alterna.

c) Rodilla neumática - ofrece un sistema regulado por un pistón que actúa controlando tanto la flexión durante la fase de balanceo, como el apoyo en extensión.

d) Rodilla hidráulica - el rango de resistencias de su fluido es menor que en las neumáticas, por lo que paciente se beneficia de una velocidad de marcha menos variable.

**124.- En la revisión de uno de nuestros pacientes con amputación transtibial una vez colocada su prótesis y que acaba de retirar los bastones, detectamos un defecto de marcha: realiza una hiperextensión de la rodilla en la fase de apoyo. Lo remitiremos al técnico ortopédico advirtiéndole de las posibles causas de genu recurvatum, que trataremos de determinar en la consulta, exceptuando una que es falsa. Señálela:**

- a) Tacón demasiado alto
- b) Alineación del pie demasiado adelantado.
- c) Movilidad del muñón dentro de un encaje amplio.
- d) Encaje alineado en flexión excesiva.

**125.- En relación con exploración de la escoliosis:**

- a) Tanto las curvas laterales como la compensación de las curvas en el plano frontal se exploran mediante la plomada colgando desde C7.
- b) La SERMEF recomienda realizar una telerradiografía en cada consulta periódica de seguimiento.
- c) No es preciso incluir la exploración neurológica en nuestra valoración.
- d) Las curvas toracolumbares únicas tienden a progresar más que las torácicas y dobles.

**126.- Desde pediatría le derivan a primera consulta a una niña de 10 años premenárquica con reciente aparición de primeros caracteres sexuales a quien se ha detectado una escoliosis. En la exploración usted observa una giba dorsal izquierda medida en gímetro  $10^\circ$  y otra lumbar derecha de  $8^\circ$ , con plomada C7 centrada en pliegue interglúteo. En la telerradiografía ha medido una curva izquierda D2-D9 de  $27^\circ$  (con rotación en D5), curva derecha D10-L4  $22^\circ$  (con rotación en L1), y Risser 0. La compara con una placa previa pedida por el pediatra hace 1 año, donde mide usted una curva dorsal de  $10^\circ$  y otra lumbar de  $8^\circ$ . ¿Cuál de las siguientes es la opción correcta?:**

- a) Actitud expectante y cita en revisión en 12 meses con TeleRx control.
- b) Cinesiterapia para frenar la progresión de ambas curvas y revisión en 6 meses para comprobar corrección en la exploración.
- c) Corsé 23h CTLSO tipo Milwaukee o TLSO tipo Boston con posibilidad de añadirle una supraestructura.
- d) Corsé 23h tipo Charleston o Providence.

**127.- En el estudio radiológico de la escoliosis:**

- a) Los estadios de Risser valoran la osificación de los núcleos de osificación de los cuerpos vertebrales
- b) La inclinación vertebral es el signo típico radiológico que define a la escoliosis estructural.
- c) La rotación se mide en la vértebra límite, por los métodos de Nash, Moe o Perdriolle
- d) La diferencia en el ángulo costovertebral mayor de  $20^\circ$  en las curvas infantiles indica peor pronóstico de progresión.

**128.- En la valoración radiológica de una hipercifosis dorsal:**

- a) En el método de Cobb se debe escoger como vértebra límite superior D4 por consenso, aunque alguna vertebra adyacente esté más inclinada.
- b) El grado de flexibilidad o reductibilidad de la hipercifosis se valora en proyección lateral con el paciente en hiperflexión, en decúbito dorsal con una cuña o almohadilla sobre el ápex de la curva
- c) Según la SRS (Scoliosis Research Society) el margen normal oscila de  $20^\circ$  a  $50^\circ$  en adolescentes.
- d) La hernia intraesponjosa es uno de los signos a buscar en la hipercifosis juvenil de Scheuermann.

**129.- En el tratamiento ortopédico de la hipercifosis, señale el mensaje incorrecto:**

- a) Está indicado en las cifosis evolutivas superiores a  $40^\circ$
- b) En las formas precoces permite el desarrollo armónico de las vértebras al reducir la compresión de los cartílagos de crecimiento en los platillos vertebrales
- c) En las formas tardías con cuneiformación el objetivo es evitar que la cifosis se agrave.
- d) La cinesiterapia asociada no complementa al tratamiento ortopédico

**130.- Valora usted a un niño de 5 años, afebril, con dolor leve de una cadera y cojera episódicos desde hace algo más de 1 año. Al examen físico, presenta un leve flexo de cadera y una cierta contractura de aductores y psoas ilíaco de ese lado. En la radiografía se aprecia un pérdida de esfericidad de la cabeza femoral que afecta al pilar lateral. Desde hace 1 mes empieza a notar ligeras molestias en la cadera contralateral. ¿Qué debería sospechar en su diagnóstico?**

- a) Enfermedad de Legg-Calve-Perthes
- b) Artritis séptica de cadera
- c) Sinovitis transitoria de cadera
- d) Condrosarcoma epifisario

**131.- ¿Cuál de las siguientes técnicas no indicaremos con el objetivo fundamental de permeabilización de la vía aérea?**

- a) Aumento del flujo espiratorio.
- b) Respiración con labios fruncidos.
- c) Espiración lenta total a glotis abierta en lateralización.
- d) Flutter.

**132.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos no está indicado en el manejo de la fibrosis quística?**

- a) Drenaje postural a favor de gravedad.
- b) Dispositivos de presión espiratoria negativa.
- c) Drenaje autógeno.
- d) Ejercicio físico: entrenamiento de fuerza, resistencia y ejercicios respiratorios.

**133.-¿Qué porcentaje de superficie corporal tiene afectada un paciente con quemaduras en la parte anterior del tórax, parte anterior del abdomen y la extremidad superior derecha?**

- a) 45 %.
- b) 36%.
- c) 27%.
- d) 18 %.

**134.- La afectación de la epidermis y la dermis papilar ocurre en una quemadura de:**

- a) Primer grado.
- b) Segundo grado superficial.
- c) Segundo grado profundo.
- d) Tercer grado.

**135.- Respecto a los queloides, señale la opción falsa:**

- a) Presentan mayor prevalencia en la raza negra y en la infancia.
- b) Pueden situarse por fuera de los bordes de la herida.
- c) Responden favorablemente a la compresión.
- d) Recurren frecuentemente tras la escisión.

**136.- Respecto a las fases y control de la micción, indique la respuesta verdadera:**

- a) La estimulación de las fibras  $\square$ adrenérgicas relaja el cuello vesical y la uretra y contrae el detrusor.
- b) Las fibras somáticas motoras del nervio pudendo mantienen la contracción involuntaria del esfínter uretral externo.
- c) El sistema nervioso parasimpático provoca contracción del detrusor a través de los nervios pélvicos
- d) Las vías sensitivas de dolor, temperatura y distensión pasan de la vejiga a través del nervio pudendo hasta los segmentos espinales T10-L2

**137.- Señale la respuesta falsa respecto al entrenamiento muscular del suelo pélvico en la incontinencia urinaria de esfuerzo:**

- a) Es importante coordinar los ejercicios con la respiración y contraer conjuntamente los músculos abdominales, glúteos y aductores con el suelo pélvico.
- b) Los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, muy probablemente tendrán mejores resultados si previamente realizaron tratamiento rehabilitador.
- c) Es importante que el tratamiento sea individualizado y que la instrucción se realice por personal especializado.
- d) Las tasas de curación y mejoría, incluso para evitar el tratamiento quirúrgico, se sitúan en torno al 50%.

**138.- En cuanto a la incontinencia urinaria de urgencia, indique la afirmación verdadera:**

- a) La incontinencia de urgencia sensorial muestra en la urodinamia la existencia de contracciones involuntarias del detrusor.
- b) Para evitar la fatiga muscular durante la realización de los ejercicios se recomienda que el tiempo de relajación sea la mitad del tiempo de contracción.
- c) La infiltración intravesical con toxina botulínica ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la vejiga hiperactiva neurogénica pero no en la idiopática.
- d) La modificación de los hábitos miccionales mediante entrenamientos en retención urinaria supervisados tiene un grado de recomendación A.

**139.- Señale la respuesta correcta respecto a la incontinencia fecal:**

- a) Se define como la pérdida de material fecal sólido únicamente.
- b) La distensión de la pared rectal estimula los barorreceptores intraparietales, produciendo la relajación involuntaria del esfínter anal interno.
- c) Aunque existe una fuerte asociación del incremento de la incontinencia con la edad, su incidencia disminuye en los pacientes institucionalizados.
- d) La distensión de la pared rectal estimula los barorreceptores intraparietales, produciendo la relajación involuntaria del esfínter anal externo.

**140.- Respecto al índice de Barthel, señale la opción falsa:**

- a) Su principal ventaja es que es capaz de detectar pequeños cambios en la situación clínica del paciente.
- b) Es el instrumento recomendado para evaluar las actividades básicas de la vida diaria en el anciano.
- c) Presenta gran valor predictivo sobre la ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular.
- d) Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere gran facilidad para el uso estadístico de los datos.

**141.- Al realizar la valoración funcional del paciente geriátrico, ¿qué escala utilizaremos para evaluar las actividades instrumentales?**

- a) Índice de Barthel.
- b) Índice de Lawton y Brody.
- c) Escala de Tinetti.
- d) Test de alcance funcional.

**142.- ¿Cuál de los siguientes cambios no aparece en el envejecimiento fisiológico?**

- a) Aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica.
- b) Disminución del volumen y de masa renal.
- c) Disminución de la duración de la sístole y aumento de la diástole.
- d) Disminución de la masa muscular.

**143.- Señale la opción verdadera respecto a los programas de rehabilitación para pacientes geriátricos:**

- a) La forma más utilizada y efectiva de mejorar la flexibilidad son los ejercicios de elongación balística.
- b) No es recomendable incluir ejercicios de potenciación muscular de tipo excéntrico, ya que la respuesta metabólica y cardiovascular, y la sensación de intensidad del ejercicio son menores.
- c) La estimulación eléctrica muscular es de gran ayuda sobre todo en las fases finales del tratamiento.
- d) Se debe incluir el entrenamiento en transferencias, pues es durante las mismas cuando existe mayor inestabilidad y riesgo de caídas.

**144.- Señale la respuesta falsa respecto a la sexualidad y fertilidad en los varones con lesión medular:**

- a) En las lesiones medulares completas por encima de T10, el paciente puede conseguir erecciones de características reflejas.
- b) En la lesión medular que afecta a los segmentos L3 a S5, el paciente puede conseguir erecciones de origen psicógeno.
- c) Las lesiones medulares incompletas tienen peores parámetros en la calidad del seminograma que las completas.
- d) Se pueden mejorar las características seminales realizando eyaculaciones periódicas.

**145.- Respecto a la sexualidad, fertilidad y embarazo en la mujer con lesión medular, señale la respuesta falsa:**

- a) Se produce un trastorno en la lubricación y la percepción orgásmica genital.
- b) En la fase aguda de la lesión medular es característica la presencia de amenorrea.
- c) En mujeres embarazadas con lesión medular por debajo de T6 existe mayor probabilidad de presentar episodios de disreflexia autonómica.
- d) Durante el embarazo de una mujer con lesión medular debemos vigilar la aparición o aumento de la espasticidad.

**146.- Señale la afirmación verdadera respecto al tratamiento rehabilitador del linfedema:**

- a) Las prendas de compresión se indican en la primera fase de la terapia física descompresiva compleja.
- b) El vendaje compresivo multicapa aplica alta presión durante el reposo, no durante el movimiento.
- c) El uso concomitante de diuréticos ha demostrado eficacia en el tratamiento del linfedema.
- d) La compresión neumática intermitente es más efectiva si se integra en un programa de tratamiento multimodal.

**147.- ¿Cual es el mayor predictor para el desarrollo de linfedema postmastectomía?**

- a) Obesidad.
- b) Vaciamiento ganglionar axilar amplio.
- c) Presencia de seroma postoperatorio.
- d) Tratamiento radioterápico.

**148.- La EFAT (Escala de Evaluación Funcional de Edmonton) es un instrumento específico para valorar la repercusión funcional del cáncer terminal en un paciente. Señale la respuesta falsa en relación a la misma:**

- a) Se creó para evaluar las posibilidades de rehabilitación de este tipo de pacientes.
- b) Entre otros ítems, se valora el mantenimiento postural, el nivel de actividad y el desempeño de las ABVD.
- c) La capacidad funcional autopercebida por el paciente se valora de forma independiente.
- d) Existe una versión en castellano validada.



**149 Señale cual de las siguientes es una escala multidimensional de valoración del dolor:**

- a) Escala de valoración verbal.
- b) Test de Lattinen.
- c) Escala descriptiva simple.
- d) Escala visual analógica.

**150 Señale cual de las siguientes es una escala para determinar si un paciente tiene dolor de características neuropáticas:**

- a) Cuestionario DN4.
- b) Test de Lattinen.
- c) Escala de valoración verbal.
- d) Escala visual analógica.

**151.- El nombramiento de personal estatutario interino se expedirá para:**

- a) El desempeño de una plaza vacante
- b) Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios
- c) Cuando se trate de la prestación de determinados servicios de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria
- d) Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria

**152.- ¿Se puede acceder por promoción interna a una plaza de otra categoría, de igual nivel académico a la que desempeña el profesional?**

- a) Tiene que ser una plaza de superior nivel académico
- b) Si es posible el acceso
- c) Solo es posible si así lo contempla un Plan de Ordenación de Recursos Humanos
- d) Solo es posible dentro de la misma Gerencia

**153.- Para poder participar en los procesos de selección de personal fijo, será necesario reunir los siguientes requisitos: (Señale la que no es correcta):**

- a) Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del nombramiento.
- b) No haber sido separado del servicio de cualquier Administración Pública en los seis años anteriores a la convocatoria
- c) Haber cumplido dieciséis años
- d) No hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas.

**154.- Estudiar la marcha, analizando las fuerzas involucradas en este movimiento, es un método de análisis:**

- a) Cinemático.
- b) Cinético.
- c) Energético.
- d) Estructural.

**155.- La fotogrametría es un sistema de análisis de la marcha:**

- a) Cinemático.
- b) Cinético.
- c) Energético.
- d) Estructural.

**156.- Qué escala de las siguientes valora la funcionalidad global del paciente:**

- a) Escala de Lequesne
- b) Escala de Womac
- c) Barthel
- d) Tinetti

**157.- En relación a los programas de ejercicio físico, señale la respuesta incorrecta:**

- a) El cuestionario PAR-Q sirve para descubrir síntomas de alarma que requieran valoración médica
- b) Los programas recomendados deben ser de moderada intensidad y larga duración
- c) La intensidad del ejercicio se puede controlar mediante el uso de la escala de Borg
- d) El rango de frecuencia cardiaca del ejercicio físico con efectos favorables sobre la salud se sitúa entre 60-90 % de la FCR

**158.- Respecto a las manipulaciones vertebrales, señale la respuesta incorrecta:**

- a) Están indicadas, principalmente, en algias vertebrales comunes de naturaleza benigna, de origen mecánico.
- b) Están contraindicadas si no existen, al menos tres de los seis movimientos elementales del segmento raquídeo totalmente libres e indoloros.
- c) La diploplia, las cefaleas y el vértigo pueden ser un efecto secundario.
- d) Las manipulaciones vertebrales directas son muy bien toleradas porque es fácil dosificar la presión que se realiza con el talón de la mano sobre apófisis transversas o espinosas del paciente

**159.- Respecto de las infiltraciones articulares, señale la respuesta incorrecta**

- a) El uso de ayudas instrumentales permite asegurar el correcto posicionamiento del fármaco.
- b) Las sinovitis reactivas por microcristales de glucocorticoides son efectos secundarios de la infiltración con corticoides que ocurren en menos del 1% de los casos.
- c) La lipodistrofia y la pérdida de pigmentación ocurre sobre todo cuando se infiltran muy superficialmente grandes volúmenes.
- d) Para prevenir el síncope vasovagal puede ser útil la premedicación con 1 mg. de atropina endovenoso.

**160.- Un joven de 20 años acude desde hace unos días a rehabilitación por tener una fractura de cuello de 5º metacarpiano en mano derecha. Nos llama el fisioterapeuta porque ha llegado tarde a la sesión de tratamiento muy alarmado pues se ha despertado con la muñeca derecha caída y sin posibilidad de estirar los dedos. Refiere haber dormido casi 10 horas pues el día anterior estuvo de fiesta. La sospecha clínica es:**

- a) Una compresión del plexo braquial inferior por una postura en abducción y rotación externa forzada del hombro durante toda la noche.
- b) El diagnóstico más probable es una compresión del nervio cubital a nivel del codo por haberlo mantenido de forma prolongada en una flexión forzada.
- c) Una parálisis del nervio radial por compresión a nivel del brazo, y le tranquilizamos pues esperamos una evolución satisfactoria.
- d) Pediremos un estudio neurofisiológico dentro de las primeras dos semanas para establecer un diagnóstico y pronóstico fiables.

**161.- En relación con el diagnóstico de la osteoporosis:**

- a) En la densitometría, el T-Score representa el número de desviaciones estándar con respecto al valor medio de la densidad mineral ósea en la población de la misma edad y sexo.
- b) Las escalas FRAX y QFracture calculan el riesgo de fractura osteoporótica a los 10 años a nivel vertebral, de hombro y antebrazo; pero no de fractura de cadera.
- c) La escala QFracture añade factores de riesgo no tomados en consideración por la escala FRAX junto con la puntuación que aporta la densitometría.
- d) Los tres enunciados anteriores son falsos.

**162.- Uno de sus residentes está ansioso por reincorporarse a su actividad deportiva después de una lesión muscular. De las siguientes, usted sólo le dirá que (señale la cierta):**

- a) Se debe mantener hasta la 4ª semana la toma de AINEs porque favorece la regeneración muscular.
- b) La vuelta al entrenamiento del deporte se puede iniciar cuando consiga realizar un trabajo excéntrico indoloro

- c) El granuloma cicatricial es el resultado de una ruptura fibrilar o un desgarro muscular que han seguido una evolución favorable
- d) La miositis osificante se previene con la movilización y los masajes precoces e intempestivos.

**163.-Una paciente, adulta joven, con fractura distal de radio con trayecto intraarticular tratada de forma conservadora, es remitida desde Traumatología una vez retirada la inmovilización para hacer rehabilitación. A lo largo del seguimiento que usted le hace, ¿cuál de las siguientes es la afirmación verdadera?:**

- a) En las radiografías durante las primeras fases del "callo óseo blando", no esperaremos ver mineralización.
- b) Si en 3 meses no observamos consolidación radiológica diagnosticaremos una pseudoartrosis.
- c) Informaremos que a largo plazo raramente derivará en una artrosis postraumática.
- d) El Síndrome de Dolor Regional complejo es una complicación poco frecuente que se previene retardando la movilización de la extremidad.

**164.- Señale la afirmación falsa respecto al tratamiento del dolor mediante opioides:**

- a) El tapentadol es eficaz para el tratamiento del dolor nociceptivo y del dolor neuropático por ser agonista opioide sobre los receptores mu e inhibidor de la recaptación de la noradrenalina.
- b) En el caso de un paciente tratado mediante opioides que no presente buen control del dolor, debemos tener en cuenta que puede presentar neurotoxicidad o tolerancia.
- c) Los agonistas puros tienen techo terapéutico, por tanto, la dosis máxima de los mismos viene definida por la aparición de efectos secundarios.
- d) Ante un paciente tratado con opioides que presenta estupor, depresión respiratoria, flaccidez muscular y retención urinaria, debemos sospechar intoxicación y administrar naloxona intravenosa.

**165.- En relación con el dolor neuropático y su tratamiento, señale la respuesta falsa:**

- a) Son frecuentes los fenómenos de alodinia, es decir, dolor desencadenado por un estímulo que habitualmente no es doloroso.
- b) La gabapentina y la pregabalina tienen metabolismo hepático y no precisan ajuste de dosis en insuficiencia renal.
- c) Los principales efectos secundarios de la amitriptilina se deben a su acción anticolinérgica.
- d) La duloxetina se tolera mejor que la amitriptilina y tiene menos efectos secundarios.

