

Prueba selectiva para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la Categoría de Facultativo/a Especialista de Área de Cirugía Ortopédica y Traumatología, en las Instituciones Sanitarias del Servicio Extremeño de Salud.

VERSIÓN 1.

1. Cuál de las siguientes características no es propia del dolor neuropático:
 - a. Signos de disfunción vasomotora: cianosis, eritema, frío, sequedad o sudoración.
 - b. Hipersensibilidad de la zona.
 - c. No suele responder a los analgésicos habituales.
 - d. Existe relación temporal y causal con la lesión.

2. **Las escalas multidimensionales de dolor (como el cuestionario McGill) son:**
 - a. Escalas que valoran el dolor en diferentes momentos (reposo, movimiento, etc.).
 - b. Escalas que valoran el dolor y el componente afectivo del mismo.
 - c. Escalas que son independientes de la valoración subjetiva del paciente.
 - d. Escalas que valoran el dolor cuando no existe posibilidad de comunicación con el paciente.

3. **Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación al dolor del miembro fantasma:**
 - a. Aparece dolor en un miembro previamente amputado.
 - b. El paciente sufre alteraciones en la percepción del tamaño y postura del miembro.
 - c. El dolor es de origen neuropático.
 - d. Todas son ciertas.

4. **El tiempo que debe pasar para que consideremos como infectada una herida en la mano sin la administración de tratamiento antibiótico es:**
 - a. Más de 6 horas.
 - b. Más de 12 horas.
 - c. Más de 18 horas.
 - d. Más de 24 horas.

5. **Los queloides son más frecuentes en:**
 - a. Pacientes mayores.
 - b. Sexo masculino.
 - c. Raza negra.
 - d. Miembros inferiores.

6. El tratamiento de las heridas infectadas puede incluir todo esto excepto:

- a. Friedrich de la herida y sutura.
- b. Cierre por segunda intención.
- c. Desbridamiento quirúrgico.
- d. Sutura secundaria.

7. La alteración cardiológica más frecuente en el síndrome de aplastamiento es:

- a. Embolia pulmonar.
- b. Infarto de miocardio.
- c. Arritmia cardíaca.
- d. Hipertensión pulmonar.

8. El síndrome por aplastamiento puede caracterizarse por todo lo siguiente excepto:

- a. Aumento de la creatina quinasa (CPK) en sangre.
- b. Hipopotasemia.
- c. Shock hipovolémico.
- d. Insuficiencia renal aguda.

9. En las infecciones por mordedura humana el germen más frecuentemente aislado es:

- a. Staphylococcus Epidermidis.
- b. Eikenella Corrodens.
- c. Corynebacterium.
- d. Streptococcus Viridans.

10. La osteomielitis aguda hematógena:

- a. Suele afectar a la metáfisis de los huesos largos.
- b. Es más frecuente en adultos.
- c. El agente patógeno más frecuente en todos los grupos de edad es S. Epidermidis.
- d. El tratamiento de elección siempre es quirúrgico.

- 11. En la valoración inicial del estado clínico de un paciente politraumatizado, qué variable no se tiene en cuenta en el Trauma Score Revisado (“RTS: revised trauma score”):**
- Escala de Glasgow.
 - Frecuencia cardíaca.
 - Presión arterial sistólica.
 - Frecuencia respiratoria.
- 12. En el control de daños de un paciente politraumatizado clasificado como límite (“borderline”):**
- Se recomienda el tratamiento precoz y definitivo de las fracturas.
 - Se recomienda restringir la duración de la cirugía a un tiempo inferior de 2 horas.
 - Se recomienda restringir la duración de la cirugía a un tiempo inferior de 6 horas.
 - Ninguna de las anteriores es correcta.
- 13. El primer signo para detectar toxicidad de un anestésico local por inyección IV es:**
- Sabor metálico en boca.
 - Sudoración.
 - Taquicardia.
 - Hipertensión.
- 14. Si un paciente se clasifica como de riesgo anestésico ASA 6, quiere decir:**
- Paciente moribundo, que probablemente no sobrevivirá 24 horas.
 - Paciente con enfermedad sistémica grave que limita la actividad.
 - Paciente con muerte encefálica, para extracción de órganos.
 - Paciente con enfermedad incapacitante que supone una amenaza constante para la vida.
- 15. En el tratamiento del síndrome del túnel carpiano que es falso:**
- Es aconsejable la movilización inmediata en el postoperatorio.
 - La causa más frecuente de recurrencias es la liberación incompleta del ligamento anular del carpo.
 - El abordaje corto palmar es el más utilizado.
 - Se aconseja realizar neurectomía de forma rutinaria.

16. En el síndrome de Compresión del nervio cubital en el canal de Guyón es falso:

- a. Hay un entumecimiento en el 4º y 5º dedos.
- b. Aparece debilidad de los dos últimos lumbricales.
- c. Existe un déficit sensitivo de la cara cubital palmar de la mano.
- d. Puede haber debilidad del aductor del pulgar.

17. En relación a las lesiones de los nervios periféricos, es cierto:

- a. Si hay una sección completa de un nervio podemos flexionar el miembro para realizar una sutura terminoterminal y así evitar la colocación de injertos nerviosos.
- b. La orientación adecuada de los vasos superficiales nos facilita la correcta neurorrafiaepineural.
- c. Es útil emplear tubos conductores en defectos de 3-5 cm.
- d. Cuanto más proximal es la lesión, mejores resultados tras una neurorrafia.

18. En las contusiones musculares, es cierto que:

- a. La miositosisificante es una complicación característica de las contusiones musculares.
- b. En las contusiones musculares el tratamiento crioterápico es eficaz las primeras semanas.
- c. En las contusiones musculares es aconsejable el tratamiento con corticoides para disminuir la inflamación.
- d. Suele ser producida por agentes penetrantes.

19. Si un paciente presenta un síndrome compartimental es falso que:

- a. La presión sistólica se toma como referencia para decidir si realizar fasciectomía.
- b. A partir de las 4 horas de isquemia se producen cambios irreversibles en el musculo esquelético.
- c. Es característico que la movilización pasiva de los músculos produzca dolor.
- d. Si la presión intracompartimental es superior a 40 mmHg realizaremos una fasciectomía.

20. Sobre el mielomeningocele es falso:

- a. Es favorecido por el déficit de ácido fólico.
- b. Es más frecuente la afectación a nivel torácico.
- c. Hay un cierre incompleto de los arcos vertebrales.
- d. Existe déficit neurológico.

21. Dentro de las posibilidades terapéuticas de la parálisis cerebral infantil no es cierto que:

- a. Un objetivo es debilitar la musculatura dominante.
- b. El empleo de toxina botulínica a veces está indicado y su efecto dura años.
- c. Las férulas correctoras son útiles para tratar las contracturas.
- d. La rizotomía dorsal selectiva se usa para disminuir la espasticidad.

22. El sarcomasinovial:

- a. Predomina en extremidades inferiores.
- b. Se caracteriza por dolor cada vez más intenso y masa tumoral palpable.
- c. La combinación de tratamiento quirúrgico y radioterapia ofrece resultados esperanzadores.
- d. Todas son correctas.

23. En el tratamiento de las tendinopatias crónicas es falso:

- a. El uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos no está demostrado que cambien la historia natural del cuadro.
- b. Las infiltraciones de corticoides dentro del propio tendón están indicadas en contadas ocasiones.
- c. En periodos de reagudización pueden ser útiles las infiltraciones de corticoides en los tejidos blandos próximos al tendón.
- d. Las ondas de choque pueden ser eficaces en algunos casos.

24. En relación al tejido óseo:

- a. Los osteocitos producen colágeno, fosfatasa alcalina y osteocalcina.
- b. En las epífisis de los huesos largo se encuentra la arteria nutricia.
- c. En un enclavado intramedular fresado la fuente principal de vascularización será el plexo muscular.
- d. Los diferentes sistemas de vascularización del hueso no están conectados unos con otros.

25. De estos factores que influyen en el proceso de regeneración ósea cual no es cierto:

- a. Los estrógenos.
- b. Complejo vitamínico B.
- c. El ejercicio físico.
- d. Los AINEs.

26. Las indicaciones de fijación interna preventiva de una fractura patológica son:

- a. La existencia de una lesión osteolítica igual o superior a 2,5 cm de diámetro.
- b. La existencia de dos lesiones en el mismo hueso largo.
- c. Lesiones con pérdida del 50% o más de la cortical de un hueso largo.
- d. a y c son correctas.

27. En las fracturas por estrés:

- a. Son fracturas que se producen sobre un hueso patológico sometido a esfuerzos repetidos.
- b. El dolor aparece habitualmente durante la actividad física.
- c. Hay que realizar RMN para poder diagnosticarlas.
- d. Es muy probable que precisen tratamiento quirúrgico.

28. En la clasificación de Gustilo y Andersen de las fracturas abiertas, el Tipo IIIC corresponde a:

- a. Se acompaña de lesión vascular que precisa reparación independientemente del tamaño de la herida.
- b. Se acompaña de lesión vascular que no precisa reparación con herida de 1-10 cm.
- c. No se acompaña de lesión vascular.
- d. Se acompaña con lesión neurológica con herida de 1-10 cm.

29. En el absceso de Brodie, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- a. Radiológicamente puede confundirse con tumores.
- b. Su localización más frecuente es en fémur.
- c. El 50% de los casos son producidos por E. Coli.
- d. Ninguno de los anteriores es cierto.

30. A partir de que tiempo de evolución una osteomielitis aguda llega a considerarse crónica:

- a. A partir de 4 semanas de evolución.
- b. A partir de 6 semanas de evolución.
- c. A partir de 12 semanas de evolución.
- d. A partir de 10 semanas de evolución.

31. ¿Cuál de las siguientes alteraciones puede causar osteopatía endocrina?

- a. Hiperparatiroidismo primario.
- b. Hipoparatiroidismo.
- c. Exceso de cortisol.
- d. Todas las anteriores.

32. ¿Cuál de las siguientes alteraciones no se relaciona con la osteodistrofia renal (enfermedad renal crónica-trastorno mineral y óseo)?

- a. Alteraciones en el calcio y fósforo.
- b. Hipoparatiroidismo.
- c. Déficit de vitamina D.
- d. Alteraciones óseas.

33. Según la clasificación de Rubin de las displasias óseas, el Síndrome de Marfan es:

- a. Una displasia epifisaria.
- b. Una displasia metafisaria.
- c. Una displasia fisaria, por exceso de cartílago hipertrófico.
- d. Una displasia fisaria, por exceso de cartílago proliferativo.

34. Respecto a la enfermedad de Gaucher, ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?

- a. Se produce por déficit de glucocerebrosidasa.
- b. Presenta herencia autosómica dominante.
- c. Cursa con fracturas patológicas.
- d. Puede producir cifosis torácica importante.

35. La imagen radiológica característica del osteoma osteoide es:

- a. Nido en lesión oval.
- b. Vértebra plana.
- c. Vértebra en marco.
- d. Pompas de jabón excéntricas.

36. ¿Cuál de las siguientes lesiones no se maligniza?

- a. Fibroma no osificante.
- b. Encondroma solitario.
- c. Exóstosis solitaria.
- d. Displasia fibrosa.

37. La Sínfisis púbica es un ejemplo de articulación de tipo:

- a. Sinartrosis.
- b. Sincondrosis.
- c. Anfiartrosis.
- d. Diartrosis.

38. Un líquido articular con viscosidad alta, ph 7,3, 1563 leuco/microlitro, 28% de polimorfonucleres y 2,9 gr/dl de proteínas, es de características:

- a. Normal.
- b. Mecánico.
- c. Inflamatorio.
- d. Séptico.

39. Ante una artritis séptica comunitaria por cocos gram + y en ausencia de alergias médicas, el tratamiento más correcto sería:

- a. Cefazolina+gentamicina.
- b. Ceftazidima.
- c. Vancomicina.
- d. Ceztacidima+ciprofloxacino.

40. Son causa de artritis piógena todas, excepto:

- a. StafilococoAureus.
- b. Estreptococo Beta hemolítico.
- c. Borrelia.
- d. ProteusMirabilis.

41. En la gonartrosis el grado 3 de Ahlbäck se define como:

- a. Pinzamiento articular menor del 50%.
- b. Pinzamiento articular completo.
- c. Pinzamiento articular completo con erosión ósea de hasta 5 milímetros.
- d. Pinzamiento articular entre el 50% y el 100%.

42. En la artritis reumatoide (AR) no es cierto.

- a. Los anticuerpos contra péptidos citrulinados cíclicos son muy específicos de AR.
- b. Existen formas de presentación intermitentes.
- c. El factor reumatoideo puede ser negativo.
- d. Ser Hombre, menor de 40 años es un factor de mal pronóstico.

43. En la osteocondritis disecante es falso:

- a. Las epífisis cerradas es signo de buen pronóstico.
- b. Es más frecuente en varones.
- c. La articulación que se afecta con más frecuencia es la rodilla.
- d. Es más frecuente entre los 15 y 25 años.

44. La principal causa de artropatía neuropática en miembros superiores es:

- a. Diabetes.
- b. Alcoholismo.
- c. Siringomielia.
- d. Artropatía tabética.

45. Respecto a los rayos x es falso:

- a. Son radiaciones electromagnéticas de baja energía.
- b. Su efecto biológico de tipo estocástico se debe al azar.
- c. Pueden ser absorbidos o dispersados al incidir sobre la materia.
- d. Tienen efecto ionizante sobre algunos gases.

46. Respecto a la Resonancia Magnética Nuclear es cierto:

- a. Se basa en la alineación de los electrones cuando se someten a un campo magnético.
- b. En la secuencia T1 el hueso medular se ve hipointenso.
- c. En la secuencia T2 los tejidos ricos en agua se ven hiperintensos.
- d. Solo existen dos tipos de secuencias T1 y T2.

47. Respecto a las amputaciones en países desarrollados, es cierto:

- a. La causa más frecuente de amputación son los tumores.
- b. En el adulto joven la causa más frecuente de amputación son los traumatismos.
- c. Se indica en la misma proporción en hombres y mujeres.
- d. En niños la principal causa de amputación son los tumores malignos.

48. La falta de unión focal del labrum antero-superior a la glenoides localizada en la zona comprendida entre la 1 y las 3 de la glena recibe el nombre de:

- a. Complejo Buford.
- b. Foramen sublabral.
- c. Hendidura sublabral.
- d. SLAP tipo III.

49. Cuál de las siguientes estructuras se considera más importante en la estabilidad del hombro:

- a. Ligamento gleno-humeral inferior.
- b. Ligamento coraco-humeral.
- c. Ligamento gleno-humeral medio.
- d. Ligamento gleno-humeral superior.

50. En la osteonecrosis traumática de la cabeza humeral no es cierto que:

- a. Su causa más común es el uso de corticoides sistémicos.
- b. Puede asociarse con la enfermedad de Caisson.
- c. El signo de la media luna (fractura subcondral) en la radiología se corresponde con un estadio II de la clasificación de Cruess.
- d. La cabeza humeral es el 2º lugar más frecuente de osteonecrosis traumática.

51. La luxación glenohumeral anterior más frecuente es:

- a. Subcoracoidea.
- b. Subglenoidea.
- c. Subclavicular.
- d. Intratorácica.

52. En la exploración de la inestabilidad glenohumeral el “Jerk test” se utiliza para evaluar:

- a. Inestabilidad anterior.
- b. Hiperlaxitud inferior.
- c. Intervalo rotador.
- d. Inestabilidad posterior.

53. En la inestabilidad del hombro, la lesión no desplazada del labrum con manguito perióstico glenoideo medial normal se denomina:

- a. Lesión de Bankart.
- b. Lesión de Perthes.
- c. Lesión ALPSA.
- d. Lesión HAGL.

54. El hematoma de Hennequin:

- a. Suele aparecer a las 48 horas.
- b. Es característico de las fracturas de la extremidad proximal del húmero.
- c. Aparece en la cara interna del brazo y cara lateral del tórax.
- d. Todas son correctas.

55. La tortícolis congénita más frecuente es:

- a. Tortícolis postural.
- b. Tortícolis muscular congénita.
- c. Síndrome de Klippel-Feil.
- d. Desplazamiento rotatorio atlo-axoideo.

56. La ausencia total o parcial del músculo pectoral mayor con alteraciones ipsilaterales en la mano son características en:

- a. Síndrome de Jeune.
- b. Deformidad de Sprengel.
- c. Síndrome de Poland.
- d. Enfermedad de Pierre Marie.

57. La malformación congénita de hombro más frecuente es:

- a. Disostosis cleidocraneal.
- b. Deformidad de Sprengel.
- c. Síndrome de Poland.
- d. Pseudoartrosis congénita de clavícula.

58. El nervio supraescapular es una rama del plexo braquial que sale del mismo, a nivel del:

- a. Tronco primario medio.
- b. Tronco primario superior.
- c. Tronco secundario medial.
- d. Tronco secundario superior.

59. En la parálisis braquial obstétrica la deformidad del hombro más frecuente es:

- a. Rotación interna y aducción.
- b. Rotación externa y abducción.
- c. Contractura en abducción pura.
- d. Parálisis flácida total del hombro.

60. El signo de Wartenberg es característico de lesiones del nervio:

- a. Mediano.
- b. Interóseo posterior.
- c. Radial.
- d. Cubital.

61. En el tratamiento de las epicondilitis ha demostrado mayor efectividad:

- a. Modificación de las actividades de la vida diaria evitando movimientos que provoquen dolor.
- b. AINEs.
- c. Utilización de coderas específicas para epicondilitis.
- d. Inyección de concentrado de plaquetas autólogo.

62. Si abordamos el tratamiento quirúrgico de las fracturas supraintercondileas de húmero, es cierto:

- a. Según el tipo de fractura se podrán colocar una o dos placas.
- b. Utilizar placas de tercio de tubo está contraindicado.
- c. Se deben colocar todos los tornillos roscados a la placa.
- d. Nunca está indicado tratar estas fracturas mediante artroplastias.

63. En las luxaciones posteriores de codo, es cierto:

- a. La pérdida de pulso es una contraindicación para intentar la reducción cerrada.
- b. A pesar de que la reducción sea estable se recomienda una inmovilización de 3 semanas para la cicatrización ligamentosa.
- c. Si no se consigue reducción cerrada con maniobras habituales se aconseja probar con la hiperextensión del mismo.
- d. Si tras la reducción la articulación es inestable entre 60° y 130° de flexión se recomienda reconstrucción ligamentosa.

64. En relación a las vías de abordaje del codo, es cierto:

- a. Si en el futuro pensamos que se pueda necesitar una prótesis de codo haremos osteotomía del olecranon para preservar la musculatura.
- b. La vía bilaterotricipital es adecuada en fracturas articulares complejas.
- c. El abordaje de Kocher se realiza en el Extensor carpiulnaris y el extensor carpiradialis.
- d. En el abordaje anterolateral, el nervio que hay que proteger es el cutáneo antebraquial externo.

65. En las fracturas luxación de Monteggia:

- a. Si existe fractura de radio ya no se considera incluida en este tipo de fracturas.
- b. La causa más frecuente de no reducción del radio es interposición de partes blandas.
- c. El nervio que se afecta con más frecuencia es el interóseo posterior.
- d. El tratamiento de elección es osteosíntesis con placa en el cúbito y reducción abierta de la cabeza radial.

66. Si tratamos una fractura diafisaria de cúbito y radio en un niño:

- a. Una angulación de 10° será tolerable en cualquier edad.
- b. Podremos tolerar alteraciones rotacionales de 10° en niños <8 años.
- c. Si el contacto de los fragmentos es <25% nunca es tolerable.
- d. Nunca estará indicado utilizar placas en niños <16 años.

67. Si diagnosticamos una fractura de radio distal:

- a. Sospecharemos una inestabilidad de la radiocubital distal si hay una fractura de la base de la apófisis estiloides del cúbito.
- b. El trazo intrarticular es criterio de inestabilidad.
- c. El tendón que con más frecuencia se rompe es el extensor largo del pulgar.
- d. Todas son ciertas.

68. Sobre las fracturas luxación de Galeazzi, es cierto que:

- a. Cuanto más proximal sea la fractura más posibilidades hay de inestabilidad radiocubital distal.
- b. Un signo de posible inestabilidad radiocubital distal es un acortamiento del radio superior a 5mm.
- c. Es menos frecuente que la fractura de Monteggia.
- d. Se suele tratar con reducción cerrada de la fractura y la luxación y mantener yeso en pronosupinación media 6 semanas siempre que la articulación radiocubital sea estable.

69. Consideraremos un criterio de inestabilidad que una fractura de escafoides:

- a. Que el trazo de fractura pase por el polo distal.
- b. Que se trate de una fractura completa del tercio medio.
- c. Que esté desplazada más de 1 mm.
- d. Ángulo intraescafoideo > 15°.

70. En las inestabilidades escafolunares:

- a. La mejor prueba diagnóstica de estas lesiones es la artroscopia.
- b. La existencia de un semilunar en desviación dorsal en la radiografía lateral es diagnóstica de inestabilidad escafolunar.
- c. La existencia de un espacio mayor de 3mm es patognomónica de estas lesiones.
- d. En el grado I de Geissler existe un escalón entre el semilunar y el escafoides valorado desde la mediocarpiana.

71. Para el tratamiento de las lesiones del fibrocartilago triangular:

- a. Únicamente se pueden tratar de forma artroscópica.
- b. Las roturas tipo IB de Palmer no producen inestabilidad.
- c. El Darrach actualmente no tiene indicaciones.
- d. En las lesiones tipo II de Palmer o degenerativas está indicado el acortamiento cubital en la mayor parte de los casos.

72. En relación a la anatomía de la mano:

- a. El tendón extensor propio del índice se sitúa cubital en la articulación metacarpo falángica respecto al extensor común.
- b. La mitad radial de los músculos interóseos está inervada por el mediano y la cubital por la rama motora cubital.
- c. El abductor largo del pulgar se inserta en la base de la falange proximal.
- d. La fuerza de los extensores es mayor que la de los flexores.

73. Sobre las infecciones de la mano es falso:

- a. La infección más frecuente es la paroniquia.
- b. Si una paroniquia no cura hay que sospechar infección por hongos.
- c. La causa más frecuente de tenosinovitis aguda purulenta es la hematógena.
- d. Uno de los signos de Kanavel es el dolor a la extensión pasiva del dedo.

74. En las luxaciones interfalángicas proximales de la mano:

- a. Tardan varios meses en recuperarse.
- b. En las luxaciones dorsales no hay rotura de la placa volar.
- c. En la luxación volar rara vez se rompe el tendón central extensor.
- d. En la subluxación rotatoria el cóndilo atraviesa el tendón extensor central.

75. En las fracturas de Bennett:

- a. Se rompe un fragmento dorsal que queda unido al carpo por ligamentos.
- b. Hay una deformidad por tracción del musculo abductor del pulgar.
- c. La maniobra de reducción consiste en abducción, flexión y supinación del pulgar.
- d. Rara vez precisa tratamiento quirúrgico.

76. Sobre las lesiones del ligamento colateral cubital del pulgar, es cierto:

- a. Si la rotura es completa siempre hay lesión de Stener.
- b. El método diagnóstico más fiable es la RMN.
- c. Si hay más de 30° de inestabilidad radial en extensión y flexión de la metacarpofalángica es indicativo de rotura completa.
- d. Si la rotura es parcial no precisa inmovilización.

77. En relación a las lesiones de los tendones extensores en la interfalángica proximal de la mano:

- a. El tratamiento de la rotura del tendón central cerrada es quirúrgico en pacientes jóvenes y lesiones agudas casi siempre.
- b. Si el paciente extiende algunos grados no tendrá rotura de la porción central.
- c. La deformidad en Boutonnierees característico que aparezca a los 10-20 días.
- d. El diagnóstico es fácil y no suele pasar desapercibido.

78. En el abordaje anterior de la cadera (Smith-Petersen) la disección superficial se realiza entre los músculos:

- a. Sartorio y psoas ilíaco.
- b. Sartorio y tensor de la fascia lata.
- c. Recto femoral y vasto interno.
- d. Recto femoral y glúteo medio.

79. En la artroscopia de cadera la estructura con mayor riesgo de lesión es el nervio:

- a. Ciático.
- b. Femoral.
- c. Glúteo superior.
- d. Femorocutáneo.

80. La marcha patológica “en estepaje” se produce por debilidad de:

- a. Músculos dorsiflexores del pie.
- b. Músculos flexores plantares del pie.
- c. Músculo cuádriceps.
- d. Músculos abductores de la cadera.

81. Respecto a la coxa vara congénita es cierto:

- a. No se asocia al fémur corto congénito.
- b. La disóstosiscleidocraneal se asocia a coxa vara congénita bilateral.
- c. También se denomina coxa vara del desarrollo.
- d. Tiene una incidencia de 1/10.000 recién nacidos.

82. En el fémur corto congénito es cierto.

- a. No se asocia a coxa vara.
- b. La amputación no es uno de sus tratamientos.
- c. El déficit focal femoral proximal tiene una incidencia de 1/10.000.
- d. En déficit focal femoral proximal el tipo D de Aitken no existe ni acetábulo ni cadera.

83. En la fibrosis glútea es cierto.

- a. En los casos de afectación del glúteo mayor la clínica principal será la pérdida de extensión pasiva de la cadera.
- b. El tratamiento de elección es la extirpación del músculo glúteo mayor.
- c. En el electroneurograma nunca se objetiva patrones de tipo neuropático.
- d. Se trata mediante Z plastia.

84. No es factor de riesgo en la luxación congénita de la cadera:.

- a. Genética.
- b. Ser de raza negra.
- c. Posición postnatal.
- d. Bajo peso al nacer.

85. Si exploramos un niño con sospecha de luxación congénita de cadera:

- a. Al realizar la maniobra de Barlow notaremos como la cadera estaba luxada y se reduce.
- b. La asimetría de pliegues tiene escaso valor diagnóstico.
- c. La prueba de Ortolani puede ser explorada hasta 1 mes después del nacimiento.
- d. En los recién nacidos la prueba más útil es la limitación de la abducción de caderas.

86. En el tratamiento de la luxación congénita de cadera es falso:

- a. El arnés de Pavlik se podría usar hasta los 9 meses.
- b. Un niño con la cadera luxada tratado al nacimiento tendrá que llevar el arnés a tiempo completo 3 meses.
- c. Si un niño tiene la cadera luxada y se le coloca un arnés de Pavlik correctamente la cadera se suele reducir en 1-3 semanas.
- d. La necrosis avascular de la cabeza femoral es la complicación más frecuente y más seria.

87.B En la enfermedad de Perthes, según la clasificación de Catterall, si existe afectación del 50% de la cabeza y fractura subcondral, se considera:

- a. Grupo I.
- b. Grupo II.
- c. Grupo III.
- d. Grupo IV.

88. Según el grado de deslizamiento de la epifisiolisis femoral proximal, si hay desplazamiento menor de 1/3 de la anchura de la metáfisis del cuello femoral, se considera:

- a. Grado I.
- b. Grado II.
- c. Grado III.
- d. Grado IV.

89. En la clasificación de Garden de fracturas intracapsulares de cadera se considera Tipo II:

- a. Fractura completa con desplazamiento parcial.
- b. Fractura no desplazada, incompleta o impactada.
- c. Completa con desplazamiento total.
- d. Fractura completa no desplazada.

90. En la clasificación de Delbet de las fracturas de la extremidad proximal del fémur en niños, se considera Tipo I:

- a. Fractura transepifisaria.
- b. Fractura transcervicales.
- c. Fractura cervicotrocantéreas.
- d. Fractura intertrocantéreas.

91. En el tratamiento de las fracturas de acetábulo se conoce como abordaje de Kocher-Langenbachal:

- a. Abordaje ileofemoral.
- b. Abordaje ileoinguinal.
- c. Abordaje pararectal.
- d. Abordaje posterolateral.

92. En el estudio radiológico de la cadera, las imágenes radiolucentes subcondrales (signo de la uñada o de la media luna), son patognomónicos de:

- a. Artrosis de cadera.
- b. Tuberculosis de cadera.
- c. Necrosis avascular de cadera.
- d. Ninguna de las anteriores.

93. La compresión de unos de estos nervios produce dolor a nivel de musculatura aductora, cual es:

- a. Nervio femorocutáneo.
- b. Nervio obturador.
- c. Nervio pudendo.
- d. Nervio ciático.

94. En cuanto al polietileno de alta densidad altamente entrecruzado, es cierto que:

- a. Se obtiene tras irradiación a altas dosis.
- b. Se introdujo a partir del año 2005.
- c. La irradiación se produce en ambientes con oxígeno.
- d. la fusión del polietileno (remelting), elimina los radicales libres y mejora a las propiedades mecánicas.

95. ¿Cuál se considera el valor normal del ángulo Q de la rodilla?.

- a. 10-20°.
- b. 20-30°.
- c. 0-5°.
- d. 30-40°.

96. Se llama lesión de Pellegrini-Stieda a la:

- a. Lesión de ligamento cruzado anterior de la rodilla.
- b. Rotura del tendón supraespinoso del hombro.
- c. Rotura del ligamento lateral externo del tobillo.
- d. Calcificación en inserción femoral del ligamento colateral medial de la rodilla.

97. Dentro de los abordajes quirúrgicos de la rodilla se conoce como abordaje de Trickey al:

- a. Abordaje transversal lateral.
- b. Abordaje anteromedial oblicuo.
- c. Abordaje anterolateral.
- d. Abordaje posterior.

98. Según la clasificación de Levenf y Pais de la luxación y subluxación congénita de rodilla, cuando no existe contacto entre tibia y fémur, se considera:

- a. Grado I.
- b. Grado II.
- c. Grado III.
- d. Ninguno de los anteriores.

99. En el tratamiento no protésico de la artropatía degenerativa de rodilla no se incluye:

- a. Viscosuplementación (ácido hialurónico).
- b. Abrasiones, perforaciones y microfractura.
- c. Condoplastia.
- d. Todas las anteriores se incluyen.

100. En la inestabilidad como complicación de una prótesis de rodilla, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. Puede ser coronal o sagital.
- b. Suele cursar con dolor y sensación de fallo.
- c. El desequilibrio ligamentoso no se considera actualmente causa de inestabilidad.
- d. La colocación de un implante de tamaño inadecuado puede producirlo.

101. Según la clasificación de Tscherne para las fracturas diafisarias de tibia. El tipo C2 se corresponde a:

- a. Contaminación profunda, contusión local de piel y músculos, configuración de la fractura de gravedad moderada (fracturas bifocales).
- b. Fractura de trazo simple, con poca o ninguna lesión de partes blandas.
- c. Gran contusión o aplastamiento de piel o destrucción muscular. Fracturas graves, conminutas.
- d. Fractura abierta.

102. Respecto a la biomecánica de pie y tobillo, es cierto.

- a. En la flexión dorsal de tobillo se produce una rotación interna del astrágalo.
- b. La eversión del retropié se realiza principalmente en la articulación tibioastragalina.
- c. Pérdidas de hasta 5 mm en la congruencia articular en la articulación tibioastragalina no influyen significativamente en la superficie de contacto.
- d. La cúpula astragalina es más ancha en su parte posterior.

103. En el abordaje postero medial de tobillo y retropié, es falso:

- a. Se emplea para sintetizar las fracturas de maléolo posterior.
- b. Existe riesgo de lesión del nervio tibial posterior.
- c. Existe riesgo para el flexor hallucislongus.
- d. Existe riesgo de lesión nervio Sural.

104.Cuál de los siguientes nervios puede ser lesionado en el abordaje anterior de tobillo.

- a. Peroneo superficial.
- b. Peroneo profundo.
- c. Sural.
- d. Tibial posterior.

105. En pie plano valgo flexible, el test de Rose consiste en:

- a. Hacer caminar al paciente de puntillas y comprobar la corrección del valgo de talón.
- b. Corregir el valgo de talón con un alza y comprobar la corrección del arco plantar.
- c. Comprobar la recuperación del arco plantar al elevar el primer dedo.
- d. Ninguna de las anteriores.

106. Respecto a la coalición tarsal es cierto:

- a. Se da en la misma proporción en hombres y mujeres.
- b. No suele ser bilateral.
- c. La más frecuente es la astrágalo-calcánea.
- d. Es causa de pie plano.

107. Respecto al metatarso varo congénito es falso:

- a. No se corrige espontáneamente.
- b. Corrige con manipulaciones.
- c. El tratamiento es con yesos seriados o cirugía.
- d. Consiste en subluxación interna de las articulaciones tarsometatarsianas con deformidad en aducción e inversión de los cinco metatarsianos.

108. En un paciente con hallux valgus con ángulo metatarso falángico de 45° y un ángulo intermetatarsiano de 14° y antecedentes de artritis reumatoide, cuál de estas técnicas de las siguientes, es la más apropiada para su tratamiento quirúrgico:

- a. Osteotomía tipo Chevron.
- b. Osteotomía de Akin.
- c. Artrodesis metatarso falángica.
- d. Osteotomía proximal aislada.

109. En el pie cavo no es cierto:

- a. La prueba del bloque de Coleman nos ayuda a valorar la rigidez del retropié.
- b. El electroneurograma es una prueba útil en su diagnóstico.
- c. El pie cavo congénito es frecuente.
- d. Se suele asociar a varo de retropié.

110. Respecto a la Braquimetatarsia es cierto:

- a. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para alteraciones funcionales importantes que no respondan a tratamiento conservador.
- b. Se afecta con más frecuencia el primer metatarsiano.
- c. El tratamiento mediante callodiastasis no es eficaz.
- d. Ninguna de las anteriores es correcta.

111. El procedimiento de Jones en el contexto de un pie cavo está indicado en:

- a. Pie cavo leve y flexible.
- b. Pie cavo con primer dedo en garra.
- c. Pie cavo con rigidez de retropié.
- d. Pie cavo con retropié flexible.

112. El signo de Hawkins en las fracturas del astrágalo:

- a. Suele aparecer a las 2 semanas en la radiografía.
- b. Se observa un aumento de densidad en el cuerpo del astrágalo comparado con el hueso de alrededor.
- c. Es una hipertrofia subcondral.
- d. Indica que el cuerpo del astrágalo es viable.

113. El aumento del dolor en tobillo al mover activamente el primer dedo del pie es característico en la fractura:

- a. De la cabeza del astrágalo.
- b. Fractura de la apófisis posterior del astrágalo.
- c. Del cuello del astrágalo.
- d. Fractura de la apófisis lateral del astrágalo.

114. La vía de abordaje de elección para una tenorrafia abierta de una rotura del tendón de Aquiles es.

- a. Paratendinosa medial.
- b. Paratendinosa lateral.
- c. Posterior central.
- d. Transversa.

115. La torsión tibial interna en niños:

- a. Suele ser adquirida.
- b. Si la causa es una contractura iliotibial el tratamiento consiste en ejercicios diarios de distensión.
- c. Si la causa es la anteversión femoral hay que corregirla quirúrgicamente.
- d. Normalmente se corrige sola a los 7-8 años de edad.

116. La fractura de Cozen es una:

- a. Fractura metafisaria proximal de tibia.
- b. Fractura metafisaria distal de tibia.
- c. Fractura metafisaria distal de fémur.
- d. Fractura de la espina tibial anterior.

117. El mecanismo principal de nutrición del núcleo pulposo del disco intervertebral es:

- a. Por la vascularización periférica del anillo fibroso.
- b. Por la vascularización del núcleo pulposo.
- c. Gracias a los cambios de presión hidrostática que permiten que el núcleo absorba y expulse agua.
- d. Por medio de la vascularización que llega por la placa terminal.

118. Respecto a la movilidad de la columna vertebral es cierto:

- a. La columna lumbar es el segmento con mayor movilidad de la columna vertebral.
- b. Las apófisis articulares según su orientación ejercen función de tope limitando el movimiento.
- c. Durante la sedestación el disco intervertebral sufre fuerzas de distracción.
- d. El segmento con menor movilidad del raquis es desde T7 a L1.

119. En cuanto a las malformaciones congénitas del raquis no se considera defecto de segmentación a:

- a. Barra lateral.
- b. Bloque vertebral.
- c. Hemivértebra.
- d. Barra posterior.

120. En el estudio de la escoliosis son criterios de realizar RMN todos excepto:

- a. Patrones de curvatura atípicos (curva torácica izquierda, curvas angulares cortas...).
- b. Pacientes menores de 10 años con curva escoliótica entre 10 y 15°.
- c. Exploración neurológica anormal, dolor inusual.
- d. Reflejos umbilicales asimétricos.

121. La escoliosis tipo 3 de la clasificación de Lenke consiste en:

- a. Doble curva mayor.
- b. Curva principal torácica.
- c. Doble curva torácica.
- d. Curva toracolumbar/lumbar.

122. Son criterios de cirugía en la escoliosis idiopática del adolescente:

- a. Curva torácica de más de 50°.
- b. Curva lumbar de más de 30°.
- c. Desequilibrio del tronco evidente con curvas menores de 30°.
- d. A y B son ciertas.

123. El shock medular se caracteriza por:

- a. Parálisis espástica y arrefléxica.
- b. El shock medular se suele resolver a las 2 semanas.
- c. Parálisis flácida arrefléxica.
- d. Se considera resuelto cuando desaparece el reflejo bulbocavernoso.

124. Respecto a la clasificación “ThoracolumbarInjuryClassification and SeverityScale” (TLICS) de las fracturas toracolumbares es falso:

- a. Valora morfología de la fractura.
- b. Valora el estado del complejo ligamentario posterior.
- c. Si tiene un valor menor de 4 es indicación de cirugía.
- d. Valora la situación neurológica.

125. Una pérdida de reflejo rotuliano indica una lesión de la raíz:

- a. L3.
- b. L4.
- c. L5.
- d. S1.

126. Una radiculopatía de C6 se caracteriza por:

- a. Clínica en cara lateral del brazo déficit motor en deltoides pérdida de reflejo bicipital.
- b. Clínica en cara radial del antebrazo, pérdida de fuerza en dedos pulgar e índice Bíceps, extensores de la muñeca y pérdida de reflejo supinador largo.
- c. Clínica en dedo medio pérdida de fuerza en tríceps, flexores de la muñeca y pérdida reflejo tríceps.
- d. Clínica en dedos anular y meñique y pérdida de fuerza en flexores de los dedos.

127. La mielopatía cervical no se caracteriza por:

- a. Entumecimiento típicamente de distribución dermatómica.
- b. Períodos de estabilidad interrumpidos por fases de progresión escalonada de aparición impredecible.
- c. Sensación generalizada de torpeza de los brazos y manos; el paciente relata que se le caen las cosas.
- d. Inestabilidad de la marcha.

128. Ante una lesión lítica en cuerpo vertebral de C5, cuál de las siguientes patologías es menos probable:

- a. Hemangioma.
- b. Condrosarcoma.
- c. Osteoma osteoide.
- d. Metastasis.

129. Ante una lumbalgia aguda, no es una señal de alarma:

- a. Dolor mecánico que no mejora con los analgésicos habituales.
- b. Pérdida de peso inexplicable mayor de 10 Kg en 6 meses.
- c. Historia de drogadicción intravenosa.
- d. Pérdida de fuerza progresiva.

130. Respecto a la estenosis de canal lumbar es cierto:

- a. Las infiltraciones epidurales con corticoides suelen ser efectivas consiguiendo evitar la cirugía.
- b. Está demostrada la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de la estenosis de canal.
- c. Los pacientes tratados con medidas conservadoras a largo plazo.
- d. Los pacientes tratados quirúrgicamente presentan mejoría inicial que se va desvaneciendo con el paso del tiempo.

131. Una espondilolistesis ístmica de L5-S1 con un desplazamiento del 50% según la clasificación de Meyerding sería un grado:

- a. I.
- b. II.
- c. III.
- d. IV.

132. Que es falso acerca de la corona mortis:

- a. Se trata de variante anatómica vascular que discurre por la cara posterior de la rama iliopubiana.
- b. Está presente en menos del 30% de los pacientes.
- c. Es una anastomosis arterio-venosa entre arteria y/o vena obturatriz con los ramos epigástricos.
- d. Si su rotura pasa inadvertida puede producir la muerte.

133. La proyección oblicua obturatriz en las fracturas de acetábulo, es especialmente útil en la valoración de:

- a. La columna posterior y la pared anterior.
- b. La lamina cuadrilátera.
- c. La columna anterior y la pared posterior.
- d. Pala iliaca.

134. En la colocación de los tornillos iliosacros, para valorar el margen de seguridad ósea en sentido anteroposterior a nivel de sacro, cuál de las siguientes proyecciones es la más indicada:

- a. Proyección de pelvis mayor (inlet).
- b. Proyección de pelvis menor (outlet).
- c. Anteroposterior de pelvis.
- d. Proyecciones oblicuas de Judet.

135. Se entiende por acoso por razón de sexo:

- a. La situación en que se produce un comportamiento relacionado con el sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de la persona y crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante y ofensivo.
- b. La situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal, o físico de índole sexual, con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante y ofensivo.
- c. La situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.
- d. La situación que invisibiliza el femenino o lo sitúa en un plano secundario respecto al masculino.

136. Según el artículo 2 de la Constitución Española:

- a. Los poderes públicos se fundamentan en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas.
- b. El Estado se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas.
- c. La Constitución se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas.
- d. Los derechos y las libertades se fundamentan en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas.

137. Según el artículo 9 de la Constitución Española, ¿a quién corresponde promover las condiciones para que la libertad e igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas?

- a. Al Rey.
- b. A los partidos políticos.
- c. A los poderes públicos.
- d. A los sindicatos y a los partidos políticos.

138. Según la Constitución Española, la ley limitará el uso de la informática para garantizar:

- a. Las comunicaciones postales, telefónicas y telegráficas.
- b. El honor, la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.
- c. La expresión y difusión libre de los pensamientos.
- d. Comunicar y recibir libremente información.

139. “Sanidad y salud pública, en lo relativo a la organización, funcionamiento interno, coordinación y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma. Participación en la planificación y coordinación general de la sanidad. Promoción de la salud y de la investigación biomédica”, es:

- a. Una competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- b. Una competencia exclusiva del Estado.
- c. Una competencia de desarrollo normativo y ejecución de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- d. Una competencia de ejecución de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

140. Indique cuál es la respuesta correcta:

- a. La Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de la Asamblea, del Presidente, de la Junta de Extremadura y del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura.
- b. La Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de la Asamblea, del Presidente y de la Junta de Extremadura.
- c. La Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de la Asamblea, del Presidente, de la Junta de Extremadura, del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura y del Personero del Común.
- d. La Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de la Asamblea, del Presidente, y del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura.

141. No es causa de pérdida de la condición de personal estatutario fijo:

- a. Cuando se supriman las funciones que en su día motivaron su nombramiento.
- b. La jubilación.
- c. La pérdida de la nacionalidad española.
- d. La sanción disciplinaria de separación del servicio, cuando adquiera el carácter de firme.

142. Según el artículo 8 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal estatutario de los servicios de salud, es personal estatutario fijo:

- a. El que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.
- b. El que, por razones de necesidad, urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, obtiene el correspondiente nombramiento.
- c. Cuando se tengan que prestar servicios determinados de naturaleza temporal.
- d. a y b son ciertas.

143. Según el artículo 4 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal estatutario de los servicios de salud, son principios y criterios de ordenación del régimen estatutario:

- a. Igualdad y mérito en el acceso a la condición de personal estatutario.
- b. Capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario.
- c. A y b son ciertas.
- d. A y b son falsas.

144. La Ley 7/2011 de 23 de marzo de salud pública de Extremadura se inspira en el siguiente principio:

- a. La capacidad de estudio, intervención, seguimiento y coordinación frente a un evento de potencial riesgo para la salud de la población.
- b. La equidad, la atención a la diversidad y superación de las desigualdades territoriales, sociales, culturales y de género en salud.
- c. A y b son ciertas.
- d. A y b son falsas.

145. Según los Estatutos del organismo autónomo servicio extremeño de salud a quién corresponde el desarrollo de las políticas de uso racional del medicamento:

- a. A la Dirección General de Presupuestos y Tesorería.
- b. A la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- c. A la Dirección General de Salud Pública.
- d. A la Secretaría General.

146. Según los Estatutos del organismo autónomo servicio extremeño de salud a quién corresponde el control sanitario de los establecimientos públicos:

- a. A la Dirección General de Presupuestos y Tesorería.
- b. A la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- c. A la Dirección General de Salud Pública.
- d. A la Secretaría General.

147. Quién ostenta la representación legal del Servicio Extremeño de Salud:

- a. El Consejo General.
- b. El Consejo de Dirección.
- c. El Presidente.
- d. El Director Gerente.

148. Según el artículo 43 de la Constitución Española compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de:

- a. Medidas preventivas.
- b. De las prestaciones.
- c. Servicios necesarios.
- d. Todas son ciertas.

149. No corresponde a la Asamblea de Extremadura:

- a. Suscribir convenios de colaboración con el Estado y acuerdos de cooperación con otras Comunidades Autónomas, sin perjuicio de su delegación en otras autoridades.
- b. Ejercer las iniciativas de reforma de la Constitución y del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma.
- c. El ejercicio de la potestad legislativa de la Comunidad Autónoma.
- d. Aprobar los Presupuestos de la Comunidad Autónoma.

150. Según el artículo 57 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, las Áreas de Salud de las Comunidades Autónomas contarán, como mínimo, con los siguientes órganos. Señala la falsa:

- a. De participación: El Consejo de Salud de Área.
- b. De dirección: El Consejo de Dirección de Área.
- c. De representación. La Comisión de representantes locales y sindicales.
- d. De gestión: El Gerente de Área.

Preguntas adicionales.

151. Según la clasificación de AO/Weber de las fracturas de tobillo una fractura de Maissonneuve se clasifica como.

- a. Tipo A1.
- b. Tipo B2.
- c. Tipo C1.
- d. Tipo C3.

152.Cuál de los siguientes no es un criterio menor de Gurd para el diagnóstico de embolia grasa:

- a. Taquicardia.
- b. Presencia de grasa en la orina, anuria u oliguria.
- c. Aumento de la VSG.
- d. Petequias axilares.

153. El portal de Neviasser en la artroscopia de hombro:

- a. Atraviesa el músculo deltoides.
- b. Atraviesa el músculo trapecio.
- c. Es un portal realizado 2 cm lateral y 2 cm distal al portal estandar posterior de visión.
- d. Se realiza entre los músculos infraespinoso y redondo menor.

154. El pie zambo consiste en una deformidad.

- a. Equino varo de retropié, abducción y supinación de antepié.
- b. Equino varo de retropié, aducción y supinación de antepié.
- c. Equino valgo de retropié, aducción y pronación de antepié.
- d. Equino varo de retropié, aducción y pronación de antepié.

155. En la clasificación de Johnson y Strom modificada por Meyerson para pie plano adquirido del adulto. Una tenosinovitis del tibial posterior con tendinosis moderada, tendón elongado o roto, deformidad del tarso posterior reductible y más del 30% de la cabeza de astrágalo descubierta en la radiografía dorso-plantar del pie en carga se clasificaría como un estadio:

- a. IIa.
- b. IIb.
- c. IIc.
- d. III.

156. En el perfil rotacional de Staheli no se incluye el siguiente parámetro:

- a. Evaluación del borde lateral del pie.
- b. Torsión femoral.
- c. Posición de las rótulas respecto al eje central.
- d. Ángulo muslo-pie.

157. Respecto a la cifosis congénita el tipo I se define por:

- a. Está producida por un defecto de formación.
- b. Está producida por un defecto de segmentación.
- c. Está producida por una luxación congénita vertebral.
- d. Es de origen mixto.

158. Las fracturas tipo 2 de la clasificación de Anderson y D'Alonzo de las fracturas del axis, son:

- a. Fracturas por avulsión de la punta de la apófisis odontoides.
- b. Fracturas que abarcan el cuerpo vertebral de la C2.
- c. Fracturas de la base de la apófisis odontoides.
- d. Fracturas bilaterales del istmo vertebral.

159. Acerca de la artroplastia total de disco intervertebral es cierto:

- a. La artroplastia total está indicada y aprobada para más de un disco.
- b. Está demostrado que reduce la degeneración de los discos adyacentes.
- c. La artroplastia total de un disco equivale a la artrodesis lumbar en cuanto a resultados a largo plazo.
- d. La artroplastia total de un disco lumbar no sirve para preservar la movilidad de la zona intervenida.

160. Según la clasificación de Young-Burgess de las fracturas de la pelvis. En una compresión anteroposterior tipo II, tendríamos:

- a. Ensanchamiento anterior de la sínfisis menor a 25 mm, dislocación sacroilíaca incompleta.
- b. Separación total de las estructuras ligamentosas posteriores con inestabilidad craneocaudal y de rotación.
- c. Fracturas horizontales de las ramas con impactación en el sacro.
- d. Ensanchamiento anterior de la sínfisis mayor de 25 mm, distensión de los ligamentos sacroilíaco anterior, sacroespinoso y sacrotuberoso.

161. La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:

- a. Superación de las pruebas de selección, nombramiento conferido por el órgano competente e incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.
- b. Superación de las pruebas de selección, incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria y nombramiento conferido por el órgano competente.
- c. Superación de las pruebas de selección, incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria, nombramiento conferido por el órgano competente, y mantener debidamente actualizados sus conocimientos.
- d. Ninguna es correcta.

162. Según el artículo 43 de la Constitución Española:

- a. Se reconoce el deber a la protección de la salud.
- b. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- c. Se reconoce el derecho y el deber de protección de la salud.
- d. La salud no es un derecho.

Prueba selectiva para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la Categoría de Facultativo/a Especialista de Área de Cirugía Ortopédica y Traumatología, en las Instituciones Sanitarias del Servicio Extremeño de Salud.

VERSIÓN 2.

1. Se entiende por acoso por razón de sexo:

- a. La situación en que se produce un comportamiento relacionado con el sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de la persona y crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante y ofensivo.
- b. La situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal, o físico de índole sexual, con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante y ofensivo.
- c. La situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.
- d. La situación que invisibiliza el femenino o lo sitúa en un plano secundario respecto al masculino.

2. Según el artículo 2 de la Constitución Española:

- a. Los poderes públicos se fundamentan en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas.
- b. El Estado se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas.
- c. La Constitución se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas.
- d. Los derechos y las libertades se fundamentan en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas.

3. Según el artículo 9 de la Constitución Española, ¿a quién corresponde promover las condiciones para que la libertad e igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas?

- a. Al Rey.
- b. A los partidos políticos.
- c. A los poderes públicos.
- d. A los sindicatos y a los partidos políticos.

4. Según la Constitución Española, la ley limitará el uso de la informática para garantizar:

- a. Las comunicaciones postales, telefónicas y telegráficas.
- b. El honor, la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.
- c. La expresión y difusión libre de los pensamientos.
- d. Comunicar y recibir libremente información.

5. “Sanidad y salud pública, en lo relativo a la organización, funcionamiento interno, coordinación y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma. Participación en la planificación y coordinación general de la sanidad. Promoción de la salud y de la investigación biomédica”, es:

- a. Una competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- b. Una competencia exclusiva del Estado.
- c. Una competencia de desarrollo normativo y ejecución de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- d. Una competencia de ejecución de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

6. Indique cuál es la respuesta correcta:

- a. La Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de la Asamblea, del Presidente, de la Junta de Extremadura y del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura.
- b. La Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de la Asamblea, del Presidente y de la Junta de Extremadura.
- c. La Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de la Asamblea, del Presidente, de la Junta de Extremadura, del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura y del Personero del Común.
- d. La Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de la Asamblea, del Presidente, y del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura.

7. No es causa de pérdida de la condición de personal estatutario fijo:

- a. Cuando se supriman las funciones que en su día motivaron su nombramiento.
- b. La jubilación.
- c. La pérdida de la nacionalidad española.
- d. La sanción disciplinaria de separación del servicio, cuando adquiera el carácter de firme.

- 8. Según el artículo 8 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal estatutario de los servicios de salud, es personal estatutario fijo:**
- El que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.
 - El que, por razones de necesidad, urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, obtiene el correspondiente nombramiento.
 - Cuando se tengan que prestar servicios determinados de naturaleza temporal.
 - a y b son ciertas.
- 9. Según el artículo 4 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal estatutario de los servicios de salud, son principios y criterios de ordenación del régimen estatutario:**
- Igualdad y mérito en el acceso a la condición de personal estatutario.
 - Capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario.
 - A y b son ciertas.
 - A y b son falsas.
- 10. La Ley 7/2011 de 23 de marzo de salud pública de Extremadura se inspira en el siguiente principio:**
- La capacidad de estudio, intervención, seguimiento y coordinación frente a un evento de potencial riesgo para la salud de la población.
 - La equidad, la atención a la diversidad y superación de las desigualdades territoriales, sociales, culturales y de género en salud.
 - A y b son ciertas.
 - A y b son falsas.
- 11. Según los Estatutos del organismo autónomo servicio extremeño de salud a quién corresponde el desarrollo de las políticas de uso racional del medicamento:**
- A la Dirección General de Presupuestos y Tesorería.
 - A la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
 - A la Dirección General de Salud Pública.
 - A la Secretaría General.

12. Según los Estatutos del organismo autónomo servicio extremeño de salud a quién corresponde el control sanitario de los establecimientos públicos:

- a. A la Dirección General de Presupuestos y Tesorería.
- b. A la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- c. A la Dirección General de Salud Pública.
- d. A la Secretaría General.

13. Quién ostenta la representación legal del Servicio Extremeño de Salud:

- a. El Consejo General.
- b. El Consejo de Dirección.
- c. El Presidente.
- d. El Director Gerente.

14. Según el artículo 43 de la Constitución Española compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de:

- a. Medidas preventivas.
- b. De las prestaciones.
- c. Servicios necesarios.
- d. Todas son ciertas.

15. No corresponde a la Asamblea de Extremadura:

- a. Suscribir convenios de colaboración con el Estado y acuerdos de cooperación con otras Comunidades Autónomas, sin perjuicio de su delegación en otras autoridades.
- b. Ejercer las iniciativas de reforma de la Constitución y del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma.
- c. El ejercicio de la potestad legislativa de la Comunidad Autónoma.
- d. Aprobar los Presupuestos de la Comunidad Autónoma.

16. Según el artículo 57 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, las Áreas de Salud de las Comunidades Autónomas contarán, como mínimo, con los siguientes órganos. Señala la falsa:

- a. De participación: El Consejo de Salud de Área.
- b. De dirección: El Consejo de Dirección de Área.
- c. De representación. La Comisión de representantes locales y sindicales.
- d. De gestión: El Gerente de Área.

17. Cuál de las siguientes características no es propia del dolor neuropático:

- a. Signos de disfunción vasomotora: cianosis, eritema, frío, sequedad o sudoración.
- b. Hipersensibilidad de la zona.
- c. No suele responder a los analgésicos habituales.
- d. Existe relación temporal y causal con la lesión.

18. Las escalas multidimensionales de dolor (como el cuestionario McGill) son:

- a. Escalas que valoran el dolor en diferentes momentos (reposo, movimiento, etc).
- b. Escalas que valoran el dolor y el componente afectivo del mismo.
- c. Escalas que son independientes de la valoración subjetiva del paciente.
- d. Escalas que valoran el dolor cuando no existe posibilidad de comunicación con el paciente.

19. Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación al dolor del miembro fantasma:

- a. Aparece dolor en un miembro previamente amputado.
- b. El paciente sufre alteraciones en la percepción del tamaño y postura del miembro.
- c. El dolor es de origen neuropático.
- d. Todas son ciertas.

20. El tiempo que debe pasar para que consideremos como infectada una herida en la mano sin la administración de tratamiento antibiótico es:

- a. Más de 6 horas.
- b. Más de 12 horas.
- c. Más de 18 horas.
- d. Más de 24 horas.

21. Los queloides son más frecuentes en:

- a. Pacientes mayores.
- b. Sexo masculino.
- c. Raza negra.
- d. Miembros inferiores.

22. El tratamiento de las heridas infectadas puede incluir todo esto excepto:

- a. Friedrich de la herida y sutura.
- b. Cierre por segunda intención.
- c. Desbridamiento quirúrgico.
- d. Sutura secundaria.

23. La alteración cardiológica más frecuente en el síndrome de aplastamiento es:

- a. Embolia pulmonar.
- b. Infarto de miocardio.
- c. Arritmia cardíaca.
- d. Hipertensión pulmonar.

24. El síndrome por aplastamiento puede caracterizarse por todo lo siguiente excepto:

- a. Aumento de la creatina quinasa (CPK) en sangre.
- b. Hipopotasemia.
- c. Shock hipovolémico.
- d. Insuficiencia renal aguda.

25. En las infecciones por mordedura humana el germen más frecuentemente aislado es:

- a. Staphylococcus Epidermidis.
- b. Eikenella Corrodens.
- c. Corynebacterium.
- d. Streptococcus Viridans.

26. La osteomielitis aguda hematógena:

- a. Suele afectar a la metáfisis de los huesos largos.
- b. Es más frecuente en adultos.
- c. El agente patógeno más frecuente en todos los grupos de edad es S. Epidermidis.
- d. El tratamiento de elección siempre es quirúrgico.

27. En la valoración inicial del estado clínico de un paciente politraumatizado, qué variable no se tiene en cuenta en el Trauma Score Revisado (“RTS: revised trauma score”):

- a. Escala de Glasgow.
- b. Frecuencia cardíaca.
- c. Presión arterial sistólica.
- d. Frecuencia respiratoria.

28. En el control de daños de un paciente politraumatizado clasificado como límite (“borderline”):

- a. Se recomienda el tratamiento precoz y definitivo de las fracturas.
- b. Se recomienda restringir la duración de la cirugía a un tiempo inferior de 2 horas.
- c. Se recomienda restringir la duración de la cirugía a un tiempo inferior de 6 horas.
- d. Ninguna de las anteriores es correcta.

29. El primer signo para detectar toxicidad de un anestésico local por inyección IV es:

- a. Sabor metálico en boca.
- b. Sudoración.
- c. Taquicardia.
- d. Hipertensión.

30. Si un paciente se clasifica como de riesgo anestésico ASA 6, quiere decir:

- a. Paciente moribundo, que probablemente no sobrevivirá 24 horas.
- b. Paciente con enfermedad sistémica grave que limita la actividad.
- c. Paciente con muerte encefálica, para extracción de órganos.
- d. Paciente con enfermedad incapacitante que supone una amenaza constante para la vida.

31. En el tratamiento del síndrome del túnel carpiano que es falso:

- a. Es aconsejable la movilización inmediata en el postoperatorio.
- b. La causa más frecuente de recurrencias es la liberación incompleta del ligamento anular del carpo.
- c. El abordaje corto palmar es el más utilizado.
- d. Se aconseja realizar neurectomía de forma rutinaria.

32. En el síndrome de Compresión del nervio cubital en el canal de Guyón es falso:

- a. Hay un entumecimiento en el 4º y 5º dedos.
- b. Aparece debilidad de los dos últimos lumbricales.
- c. Existe un déficit sensitivo de la cara cubital palmar de la mano.
- d. Puede haber debilidad del aductor del pulgar.

33. En relación a las lesiones de los nervios periféricos, es cierto:

- a. Si hay una sección completa de un nervio podemos flexionar el miembro para realizar una sutura terminoterminal y así evitar la colocación de injertos nerviosos.
- b. La orientación adecuada de los vasos superficiales nos facilita la correcta neurorrafiaepineural.
- c. Es útil emplear tubos conductores en defectos de 3-5 cm.
- d. Cuanto más proximal es la lesión, mejores resultados tras una neurorrafia.

34. En las contusiones musculares, es cierto que:

- a. La miositosisificante es una complicación característica de las contusiones musculares.
- b. En las contusiones musculares el tratamiento crioterápico es eficaz las primeras semanas.
- c. En las contusiones musculares es aconsejable el tratamiento con corticoides para disminuir la inflamación.
- d. Suele ser producida por agentes penetrantes.

35. Si un paciente presenta un síndrome compartimental es falso que:

- a. La presión sistólica se toma como referencia para decidir si realizar fasciectomía.
- b. A partir de las 4 horas de isquemia se producen cambios irreversibles en el musculo esquelético.
- c. Es característico que la movilización pasiva de los músculos produzca dolor.
- d. Si la presión intracompartimental es superior a 40 mmHg realizaremos una fasciectomía.

36. Sobre el mielomeningocele es falso:

- a. Es favorecido por el déficit de ácido fólico.
- b. Es más frecuente la afectación a nivel torácico.
- c. Hay un cierre incompleto de los arcos vertebrales.
- d. Existe déficit neurológico.

37. Dentro de las posibilidades terapéuticas de la parálisis cerebral infantil no es cierto que:

- a. Un objetivo es debilitar la musculatura dominante.
- b. El empleo de toxina botulínica a veces está indicado y su efecto dura años.
- c. Las férulas correctoras son útiles para tratar las contracturas.
- d. La rizotomía dorsal selectiva se usa para disminuir la espasticidad.

38. El sarcomasinovial:

- a. Predomina en extremidades inferiores.
- b. Se caracteriza por dolor cada vez más intenso y masa tumoral palpable.
- c. La combinación de tratamiento quirúrgico y radioterapia ofrece resultados esperanzadores.
- d. Todas son correctas.

39. En el tratamiento de las tendinopatias crónicas es falso:

- a. El uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos no está demostrado que cambien la historia natural del cuadro.
- b. Las infiltraciones de corticoides dentro del propio tendón están indicadas en contadas ocasiones.
- c. En periodos de reagudización pueden ser útiles las infiltraciones de corticoides en los tejidos blandos próximos al tendón.
- d. Las ondas de choque pueden ser eficaces en algunos casos.

40. En relación al tejido óseo:

- a. Los osteocitos producen colágeno, fosfatasa alcalina y osteocalcina.
- b. En las epífisis de los huesos largo se encuentra la arteria nutricia.
- c. En un enclavado intramedular fresado la fuente principal de vascularización será el plexo muscular.
- d. Los diferentes sistemas de vascularización del hueso no están conectados unos con otros.

41. De estos factores que influyen en el proceso de regeneración ósea cual no es cierto:

- a. Los estrógenos.
- b. Complejo vitamínico B.
- c. El ejercicio físico.
- d. Los AINEs.

42. Las indicaciones de fijación interna preventiva de una fractura patológica son:

- a. La existencia de una lesión osteolítica igual o superior a 2,5 cm de diámetro.
- b. La existencia de dos lesiones en el mismo hueso largo.
- c. Lesiones con pérdida del 50% o más de la cortical de un hueso largo.
- d. a y c son correctas.

43. En las fracturas por estrés:

- a. Son fracturas que se producen sobre un hueso patológico sometido a esfuerzos repetidos.
- b. El dolor aparece habitualmente durante la actividad física.
- c. Hay que realizar RMN para poder diagnosticarlas.
- d. Es muy probable que precisen tratamiento quirúrgico.

44. En la clasificación de Gustilo y Andersen de las fracturas abiertas, el Tipo IIIC corresponde a:

- a. Se acompaña de lesión vascular que precisa reparación independientemente del tamaño de la herida.
- b. Se acompaña de lesión vascular que no precisa reparación con herida de 1-10 cm.
- c. No se acompaña de lesión vascular.
- d. Se acompaña con lesión neurológica con herida de 1-10 cm.

45. En el absceso de Brodie, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- a. Radiológicamente puede confundirse con tumores.
- b. Su localización más frecuente es en fémur.
- c. El 50% de los casos son producidos por E. Coli.
- d. Ninguno de los anteriores es cierto.

46. A partir de que tiempo de evolución una osteomielitis aguda llega a considerarse crónica:

- a. A partir de 4 semanas de evolución.
- b. A partir de 6 semanas de evolución.
- c. A partir de 12 semanas de evolución.
- d. A partir de 10 semanas de evolución.

47. ¿Cuál de las siguientes alteraciones puede causar osteopatía endocrina?

- a. Hiperparatiroidismo primario.
- b. Hipoparatiroidismo.
- c. Exceso de cortisol.
- d. Todas las anteriores.

48. ¿Cuál de las siguientes alteraciones no se relaciona con la osteodistrofia renal (enfermedad renal crónica-trastorno mineral y óseo)?

- a. Alteraciones en el calcio y fósforo.
- b. Hipoparatiroidismo.
- c. Déficit de vitamina D.
- d. Alteraciones óseas.

49. Según la clasificación de Rubin de las displasias óseas, el Síndrome de Marfan es:

- a. Una displasia epifisaria.
- b. Una displasia metafisaria.
- c. Una displasia fisaria, por exceso de cartílago hipertrófico.
- d. Una displasia fisaria, por exceso de cartílago proliferativo.

50. Respecto a la enfermedad de Gaucher, ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?

- a. Se produce por déficit de glucocerebrosidasa.
- b. Presenta herencia autosómica dominante.
- c. Cursa con fracturas patológicas.
- d. Puede producir cifosis torácica importante.

51. La imagen radiológica característica del osteoma osteoide es:

- a. Nido en lesión oval.
- b. Vértebra plana.
- c. Vértebra en marco.
- d. Pompas de jabón excéntricas.

52. ¿Cuál de las siguientes lesiones no se maligniza?

- a. Fibroma no osificante..
- b. Encondroma solitario.
- c. Exóstosis solitaria.
- d. Displasia fibrosa.

53. La Sínfisis púbica es un ejemplo de articulación de tipo:

- a. Sinartrosis.
- b. Sincondrosis.
- c. Anfiartrosis.
- d. Diartrosis.

54. Un líquido articular con viscosidad alta, ph 7,3, 1563 leuco/microlitro, 28% de polimorfonucleares y 2,9 gr/dl de proteínas, es de características:

- a. Normal.
- b. Mecánico.
- c. Inflamatorio.
- d. Séptico.

55. Ante una artritis séptica comunitaria por cocos gram + y en ausencia de alergias médicas, el tratamiento más correcto sería:

- a. Cefazolina+gentamicina.
- b. Ceftazidima.
- c. Vancomicina.
- d. Ceztacidima+ciprofloxacino.

56. Son causa de artritis piógena todas, excepto:

- a. StafilococoAureus.
- b. Estreptococo Beta hemolítico.
- c. Borrelia.
- d. ProteusMirabilis.

57. En la gonartrosis el grado 3 de Ahlbäck se define como:

- a. Pinzamiento articular menor del 50%.
- b. Pinzamiento articular completo.
- c. Pinzamiento articular completo con erosión ósea de hasta 5 milímetros.
- d. Pinzamiento articular entre el 50% y el 100%.

58. En la artritis reumatoide (AR) no es cierto.

- a. Los anticuerpos contra péptidos citrulinados cíclicos son muy específicos de AR.
- b. Existen formas de presentación intermitentes.
- c. El factor reumatoideo puede ser negativo.
- d. Ser Hombre, menor de 40 años es un factor de mal pronóstico.

59. En la osteocondritis disecante es falso:

- a. Las epífisis cerradas es signo de buen pronóstico.
- b. Es más frecuente en varones.
- c. La articulación que se afecta con más frecuencia es la rodilla.
- d. Es más frecuente entre los 15 y 25 años.

60. La principal causa de artropatía neuropática en miembros superiores es:

- a. Diabetes.
- b. Alcoholismo.
- c. Siringomielia.
- d. Artropatía tabética.

61. Respecto a los rayos x es falso:

- a. Son radiaciones electromagnéticas de baja energía.
- b. Su efecto biológico de tipo estocástico se debe al azar.
- c. Pueden ser absorbidos o dispersados al incidir sobre la materia.
- d. Tienen efecto ionizante sobre algunos gases.

62. Respecto a la Resonancia Magnética Nuclear es cierto:

- a. Se basa en la alineación de los electrones cuando se someten a un campo magnético.
- b. En la secuencia T1 el hueso medular se ve hipointenso.
- c. En la secuencia T2 los tejidos ricos en agua se ven hiperintensos.
- d. Solo existen dos tipos de secuencias T1 y T2.

63. Respecto a las amputaciones en países desarrollados, es cierto:

- a. La causa más frecuente de amputación son los tumores.
- b. En el adulto joven la causa más frecuente de amputación son los traumatismos.
- c. Se indica en la misma proporción en hombres y mujeres.
- d. En niños la principal causa de amputación son los tumores malignos.

64. La falta de unión focal del labrum antero-superior a la glenoides localizada en la zona comprendida entre la 1 y las 3 de la glena recibe el nombre de:

- a. Complejo Buford.
- b. Foramen sublabral.
- c. Hendidura sublabral.
- d. SLAP tipo III.

65. Cuál de las siguientes estructuras se considera más importante en la estabilidad del hombro:

- a. Ligamento gleno-humeral inferior.
- b. Ligamento coraco-humeral.
- c. Ligamento gleno-humeral medio.
- d. Ligamento gleno-humeral superior.

66. En la osteonecrosis traumática de la cabeza humeral no es cierto que:

- a. Su causa más común es el uso de corticoides sistémicos.
- b. Puede asociarse con la enfermedad de Caisson.
- c. El signo de la media luna (fractura subcondral) en la radiología se corresponde con un estadio II de la clasificación de Cruess.
- d. La cabeza humeral es el 2º lugar más frecuente de osteonecrosis traumática.

67. La luxación glenohumeral anterior más frecuente es:

- a. Subcoracoidea.
- b. Subglenoidea.
- c. Subclavicular.
- d. Intratorácica.

68. En la exploración de la inestabilidad glenohumeral el “Jerk test” se utiliza para evaluar:

- a. Inestabilidad anterior.
- b. Hiperlaxitud inferior.
- c. Intervalo rotador.
- d. Inestabilidad posterior.

69. En la inestabilidad del hombro, la lesión no desplazada del labrum con manguito perióístico glenoideo medial normal se denomina:

- a. Lesión de Bankart.
- b. Lesión de Perthes.
- c. Lesión ALPSA.
- d. Lesión HAGL.

70. El hematoma de Hennequin:

- a. Suele aparecer a las 48 horas.
- b. Es característico de las fracturas de la extremidad proximal del húmero.
- c. Aparece en la cara interna del brazo y cara lateral del tórax.
- d. Todas son correctas.

71. La tortícolis congénita más frecuente es:

- a. Tortícolis postural.
- b. Tortícolis muscular congénita.
- c. Síndrome de Klippel-Feil.
- d. Desplazamiento rotatorio atlo-axoideo.

72. La ausencia total o parcial del músculo pectoral mayor con alteraciones ipsilaterales en la mano son características en:

- a. Síndrome de Jeune.
- b. Deformidad de Sprengel.
- c. Síndrome de Poland.
- d. Enfermedad de Pierre Marie.

73. La malformación congénita de hombro más frecuente es:

- a. Disostosis cleidocraneal.
- b. Deformidad de Sprengel.
- c. Síndrome de Poland.
- d. Pseudoartrosis congénita de clavícula.

74. El nervio supraescapular es una rama del plexo braquial que sale del mismo, a nivel del:

- a. Tronco primario medio.
- b. Tronco primario superior.
- c. Tronco secundario medial.
- d. Tronco secundario superior.

75. En la parálisis braquial obstétrica la de deformidad del hombro más frecuente es:

- a. Rotación interna y aducción.
- b. Rotación externa y abducción.
- c. Contractura en abducción pura.
- d. Parálisis flácida total del hombro.

76. El signo de Wartenberg es característico de lesiones del nervio:

- a. Mediano.
- b. Interóseo posterior.
- c. Radial.
- d. Cubital.

77. En el tratamiento de las epicondilitis ha demostrado mayor efectividad:

- a. Modificación de las actividades de la vida diaria evitando movimientos que provoquen dolor.
- b. AINEs.
- c. Utilización de coderas específicas para epicondilitis.
- d. Inyección de concentrado de plaquetas autólogo.

78. Si abordamos el tratamiento quirúrgico de las fracturas supraintercondileas de húmero, es cierto:

- a. Según el tipo de fractura se podrán colocar una o dos placas.
- b. Utilizar placas de tercio de tubo está contraindicado.
- c. Se deben colocar todos los tornillos roscados a la placa.
- d. Nunca está indicado tratar estas fracturas mediante artroplastias.

79. En las luxaciones posteriores de codo, es cierto:

- La pérdida de pulso es una contraindicación para intentar la reducción cerrada.
- A pesar de que la reducción sea estable se recomienda una inmovilización de 3 semanas para la cicatrización ligamentosa.
- Si no se consigue reducción cerrada con maniobras habituales se aconseja probar con la hiperextensión del mismo.
- Si tras la reducción la articulación es inestable entre 60° y 130° de flexión se recomienda reconstrucción ligamentosa.

80. En relación a las vías de abordaje del codo, es cierto:

- Si en el futuro pensamos que se pueda necesitar una prótesis de codo haremos osteotomía del olecranon para preservar la musculatura.
- La vía bilaterotricipital es adecuada en fracturas articulares complejas.
- El abordaje de Kocher se realiza en el Extensor carpiulnaris y el extensor carpiradialis.
- En el abordaje anterolateral, el nervio que hay que proteger es el cutáneo antebraquial externo.

81. En las fracturas luxación de Monteggia:

- Si existe fractura de radio ya no se considera incluida en este tipo de fracturas.
- La causa más frecuente de no reducción del radio es interposición de partes blandas.
- El nervio que se afecta con más frecuencia es el interóseo posterior.
- El tratamiento de elección es osteosíntesis con placa en el cúbito y reducción abierta de la cabeza radial.

82. Si tratamos una fractura diafisaria de cúbito y radio en un niño:

- Una angulación de 10° será tolerable en cualquier edad.
- Podremos tolerar alteraciones rotacionales de 10° en niños <8 años.
- Si el contacto de los fragmentos es <25% nunca es tolerable.
- Nunca estará indicado utilizar placas en niños <16 años.

83. Si diagnosticamos una fractura de radio distal:

- Sospecharemos una inestabilidad de la radiocubital distal si hay una fractura de la base de la apófisis estiloides del cúbito.
- El trazo intrarticular es criterio de inestabilidad.
- El tendón que con más frecuencia se rompe es el extensor largo del pulgar.
- Todas son ciertas.

84. Sobre las fracturas luxación de Galeazzi, es cierto que:

- Cuanto más proximal sea la fractura más posibilidades hay de inestabilidad radiocubital distal.
- Un signo de posible inestabilidad radiocubital distal es un acortamiento del radio superior a 5mm.
- Es menos frecuente que la fractura de Monteggia.
- Se suele tratar con reducción cerrada de la fractura y la luxación y mantener yeso en pronosupinación media 6 semanas siempre que la articulación radiocubital sea estable.

85. Consideraremos un criterio de inestabilidad que una fractura de escafoides:

- Que el trazo de fractura pase por el polo distal.
- Que se trate de una fractura completa del tercio medio.
- Que esté desplazada más de 1 mm.
- Ángulo intraescafoideo $> 15^\circ$.

86. En las inestabilidades escafolunares:

- La mejor prueba diagnóstica de estas lesiones es la artroscopia.
- La existencia de un semilunar en desviación dorsal en la radiografía lateral es diagnóstica de inestabilidad escafolunar.
- La existencia de un espacio mayor de 3mm es patognomónica de estas lesiones.
- En el grado I de Geissler existe un escalón entre el semilunar y el escafoides valorado desde la mediocarpiana.

87. Para el tratamiento de las lesiones del fibrocartílago triangular:

- Únicamente se pueden tratar de forma artroscópica.
- Las roturas tipo IB de Palmer no producen inestabilidad.
- El Darrach actualmente no tiene indicaciones.
- En las lesiones tipo II de Palmer o degenerativas está indicado el acortamiento cubital en la mayor parte de los casos.

88. En relación a la anatomía de la mano:

- El tendón extensor propio del índice se sitúa cubital en la articulación metacarpo falángica respecto al extensor común.
- La mitad radial de los músculos interóseos está inervada por el mediano y la cubital por la rama motora cubital.
- El abductor largo del pulgar se inserta en la base de la falange proximal.
- La fuerza de los extensores es mayor que la de los flexores.

89. Sobre las infecciones de la mano es falso:

- a. La infección más frecuente es la paroniquia.
- b. Si una paroniquia no cura hay que sospechar infección por hongos.
- c. La causa más frecuente de tenosinovitis aguda purulenta es la hematógena.
- d. Uno de los signos de Kanavel es el dolor a la extensión pasiva del dedo.

90. En las luxaciones interfalángicas proximales de la mano:

- a. Tardan varios meses en recuperarse.
- b. En las luxaciones dorsales no hay rotura de la placa volar.
- c. En la luxación volar rara vez se rompe el tendón central extensor.
- d. En la subluxación rotatoria el cóndilo atraviesa el tendón extensor central.

91. En las fracturas de Bennett:

- a. Se rompe un fragmento dorsal que queda unido al carpo por ligamentos.
- b. Hay una deformidad por tracción del musculo abductor del pulgar.
- c. La maniobra de reducción consiste en abducción, flexión y supinación del pulgar.
- d. Rara vez precisa tratamiento quirúrgico.

92. Sobre las lesiones del ligamento colateral cubital del pulgar, es cierto:

- a. Si la rotura es completa siempre hay lesión de Stener.
- b. El método diagnóstico más fiable es la RMN.
- c. Si hay más de 30° de inestabilidad radial en extensión y flexión de la metacarpofalángica es indicativo de rotura completa.
- d. Si la rotura es parcial no precisa inmovilización.

93. En relación a las lesiones de los tendones extensores en la interfalángica proximal de la mano:

- a. El tratamiento de la rotura del tendón central cerrada es quirúrgico en pacientes jóvenes y lesiones agudas casi siempre.
- b. Si el paciente extiende algunos grados no tendrá rotura de la porción central.
- c. La deformidad en Boutonnierees característico que aparezca a los 10-20 días.
- d. El diagnóstico es fácil y no suele pasar desapercibido.

94. En el abordaje anterior de la cadera (Smith-Petersen) la disección superficial se realiza entre los músculos:

- a. Sartorio y psoas ilíaco.
- b. Sartorio y tensor de la fascia lata.
- c. Recto femoral y vasto interno.
- d. Recto femoral y glúteo medio.

95. En la artroscopia de cadera la estructura con mayor riesgo de lesión es el nervio:

- a. Ciático.
- b. Femoral.
- c. Glúteo superior.
- d. Femorocutáneo.

96. La marcha patológica “en estepaje” se produce por debilidad de:

- a. Músculos dorsiflexores del pie.
- b. Músculos flexores plantares del pie.
- c. Músculo cuádriceps.
- d. Músculos abductores de la cadera.

97. Respecto a la coxa vara congénita es cierto:

- a. No se asocia al fémur corto congénito.
- b. La disóstosiscleidocraneal se asocia a coxa vara congénita bilateral.
- c. También se denomina coxa vara del desarrollo.
- d. Tiene una incidencia de 1/10.000 recién nacidos.

98. En el fémur corto congénito es cierto.

- a. No se asocia a coxa vara.
- b. La amputación no es uno de sus tratamientos.
- c. El déficit focal femoral proximal tiene una incidencia de 1/10.000.
- d. En déficit focal femoral proximal el tipo D de Aitken no existe ni acetábulo ni cadera.

99. En la fibrosis glútea es cierto.

- a. En los casos de afectación del glúteo mayor la clínica principal será la pérdida de extensión pasiva de la cadera.
- b. El tratamiento de elección es la extirpación del músculo glúteo mayor.
- c. En el electroneurograma nunca se objetiva patrones de tipo neuropático.
- d. Se trata mediante Z plastia.

100. No es factor de riesgo en la luxación congénita de la cadera:.

- a. Genética.
- b. Ser de raza negra.
- c. Posición postnatal.
- d. Bajo peso al nacer.

101. Si exploramos un niño con sospecha de luxación congénita de cadera:

- a. Al realizar la maniobra de Barlow notaremos como la cadera estaba luxada y se reduce.
- b. La asimetría de pliegues tiene escaso valor diagnóstico.
- c. La prueba de Ortolani puede ser explorada hasta 1 mes después del nacimiento.
- d. En los recién nacidos la prueba más útil es la limitación de la abducción de caderas.

102. En el tratamiento de la luxación congénita de cadera es falso:

- a. El arnés de Pavlik se podría usar hasta los 9 meses.
- b. Un niño con la cadera luxada tratado al nacimiento tendrá que llevar el arnés a tiempo completo 3 meses.
- c. Si un niño tiene la cadera luxada y se le coloca un arnés de Pavlik correctamente la cadera se suele reducir en 1-3 semanas.
- d. La necrosis avascular de la cabeza femoral es la complicación más frecuente y más seria.

103. BEn la enfermedad de Perthes, según la clasificación de Catterall, si existe afectación del 50% de la cabeza y fractura subcondral, se considera:

- a. Grupo I.
- b. Grupo II.
- c. Grupo III.
- d. Grupo IV.

104. Según el grado de deslizamiento de la epifisiolisis femoral proximal, si hay desplazamiento menor de 1/3 de la anchura de la metáfisis del cuello femoral, se considera:

- a. Grado I.
- b. Grado II.
- c. Grado III.
- d. Grado IV.

105. En la clasificación de Garden de fracturas intracapsulares de cadera se considera Tipo II:

- a. Fractura completa con desplazamiento parcial.
- b. Fractura no desplazada, incompleta o impactada.
- c. Completa con desplazamiento total.
- d. Fractura completa no desplazada.

106. En la clasificación de Delbet de las fracturas de la extremidad proximal del fémur en niños, se considera Tipo I:

- a. Fractura transepifisaria..
- b. Fractura transcervicales.
- c. Fractura cervicotrocantéreas.
- d. Fractura intertrocantéreas.

107. En el tratamiento de las fracturas de acetábulo se conoce como abordaje de Kocher-Langenbachal:

- a. Abordaje ileofemoral.
- b. Abordaje ileoinguinal.
- c. Abordaje pararectal.
- d. Abordaje posterolateral.

108. En el estudio radiológico de la cadera, las imágenes radiolucentsubcondrales (signo de la uñada o de la media luna), son patognomónicos de:

- a. Artrosis de cadera.
- b. Tuberculosis de cadera.
- c. Necrosis avascular de cadera.
- d. Ninguna de las anteriores.

109. La compresión de unos de estos nervios produce dolor a nivel de musculatura aductora, cual es:

- a. Nervio femorocutáneo.
- b. Nervio obturador.
- c. Nervio pudendo.
- d. Nervio ciático.

- 110. En cuanto al polietileno de alta densidad altamente entrecruzado, es cierto que:**
- Se obtiene tras irradiación a altas dosis.
 - Se introdujo a partir del año 2005.
 - La irradiación se produce en ambientes con oxígeno.
 - la fusión del polietileno (remelting), elimina los radicales libres y mejora a las propiedades mecánicas.
- 111. ¿Cuál se considera el valor normal del ángulo Q de la rodilla?**
- 10-20°.
 - 20-30°.
 - 0-5°.
 - 30-40°.
- 112. Se llama lesión de Pellegrini-Stieda a la:**
- Lesión de ligamento cruzado anterior de la rodilla.
 - Rotura del tendón supraespinoso del hombro.
 - Rotura del ligamento lateral externo del tobillo.
 - Calcificación en inserción femoral del ligamento colateral medial de la rodilla.
- 113. Dentro de los abordajes quirúrgicos de la rodilla se conoce como abordaje de Trickey al:**
- Abordaje transverso lateral.
 - Abordaje anteromedialoblicuo.
 - Abordaje anterolateral.
 - Abordaje posterior.
- 114. Según la clasificación de Levenf y Pais de la luxación y subluxación congénita de rodilla, cuando no existe contacto entre tibia y fémur, se considera:**
- Grado I.
 - Grado II.
 - Grado III.
 - Ninguno de los anteriores.

115. En el tratamiento no protésico de la artropatía degenerativa de rodilla no se incluye:

- a. Viscosuplementación (ácido hialurónico).
- b. Abrasiones, perforaciones y microfractura.
- c. Condroplastia..
- d. Todas las anteriores se incluyen.

116. En la inestabilidad como complicación de una prótesis de rodilla, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. Puede ser coronal o sagital.
- b. Suele cursar con dolor y sensación de fallo.
- c. El desequilibrio ligamentoso no se considera actualmente causa de inestabilidad.
- d. La colocación de un implante de tamaño inadecuado puede producirlo.

117. Según la clasificación de Tscherne para las fracturas diafisarias de tibia. El tipo C2 se corresponde a:

- a. Contaminación profunda, contusión local de piel y músculos, configuración de la fractura de gravedad moderada (fracturas bifocales).
- b. Fractura de trazo simple, con poca o ninguna lesión de partes blandas.
- c. Gran contusión o aplastamiento de piel o destrucción muscular. Fracturas graves, conminutas.
- d. Fractura abierta.

118. Respecto a la biomecánica de pie y tobillo, es cierto.

- a. En la flexión dorsal de tobillo se produce una rotación interna del astrágalo.
- b. La eversión del retropié se realiza principalmente en la articulación tibioastragalina.
- c. Pérdidas de hasta 5 mm en la congruencia articular en la articulación tibioastragalina no influyen significativamente en la superficie de contacto.
- d. La cúpula astragalina es más ancha en su parte posterior.

119. En el abordaje postero medial de tobillo y retropié, es falso:

- a. Se emplea para sintetizar las fracturas de maléolo posterior.
- b. Existe riesgo de lesión del nervio tibial posterior.
- c. Existe riesgo para el flexor hallucislongus.
- d. Existe riesgo de lesión nervio Sural.

120. Cuál de los siguientes nervios puede ser lesionado en el abordaje anterior de tobillo.

- a. Peroneo superficial.
- b. Peroneo profundo.
- c. Sural.
- d. Tibial posterior.

121. En pie plano valgo flexible, el test de Rose consiste en:

- a. Hacer caminar al paciente de puntillas y comprobar la corrección del valgo de talón.
- b. Corregir el valgo de talón con un alza y comprobar la corrección del arco plantar.
- c. Comprobar la recuperación del arco plantar al elevar el primer dedo.
- d. Ninguna de las anteriores.

122. Respecto a la coalición tarsal es cierto:

- a. Se da en la misma proporción en hombres y mujeres.
- b. No suele ser bilateral.
- c. La más frecuente es la astrágalo-calcánea.
- d. Es causa de pie plano.

123. Respecto al metatarso varo congénito es falso:

- a. No se corrige espontáneamente.
- b. Corrige con manipulaciones.
- c. El tratamiento es con yesos seriados o cirugía.
- d. Consiste en subluxación interna de las articulaciones tarsometatarsianas con deformidad en aducción e inversión de los cinco metatarsianos.

124. En un paciente con hallux valgus con ángulo metatarso falángico de 45° y un ángulo intermetatarsiano de 14° y antecedentes de artritis reumatoide, cuál de estas técnicas de las siguientes, es la más apropiada para su tratamiento quirúrgico:

- a. Osteotomía tipo Chevron.
- b. Osteotomía de Akin.
- c. Artrodesis metatarso falángica.
- d. Osteotomía proximal aislada.

125. En el pie cavo no es cierto:

- a. La prueba del bloque de Coleman nos ayuda a valorar la rigidez del retropié.
- b. El electroneurograma es una prueba útil en su diagnóstico.
- c. El pie cavo congénito es frecuente.
- d. Se suele asociar a varo de retropié.

126. Respecto a la Braquimetatarsia es cierto:

- a. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para alteraciones funcionales importantes que no respondan a tratamiento conservador.
- b. Se afecta con más frecuencia el primer metatarsiano.
- c. El tratamiento mediante callodiastasis no es eficaz.
- d. Ninguna de las anteriores es correcta.

127. El procedimiento de Jones en el contexto de un pie cavo está indicado en:

- a. Pie cavo leve y flexible.
- b. Pie cavo con primer dedo en garra.
- c. Pie cavo con rigidez de retropié.
- d. Pie cavo con retropié flexible.

128. El signo de Hawkins en las fracturas del astrágalo:

- a. Suele aparecer a las 2 semanas en la radiografía.
- b. Se observa un aumento de densidad en el cuerpo del astrágalo comparado con el hueso de alrededor.
- c. Es una hipertrofia subcondral.
- d. Indica que el cuerpo del astrágalo es viable.

129. El aumento del dolor en tobillo al mover activamente el primer dedo del pie es característico en la fractura:

- a. De la cabeza del astrágalo.
- b. Fractura de la apófisis posterior del astrágalo.
- c. Del cuello del astrágalo.
- d. Fractura de la apófisis lateral del astrágalo.

130. La vía de abordaje de elección para una tenorrafia abierta de una rotura del tendón de Aquiles es.

- a. Paratendinosa medial.
- b. Paratendinosa lateral.
- c. Posterior central.
- d. Transversa.

131. La torsión tibial interna en niños:

- a. Suele ser adquirida.
- b. Si la causa es una contractura iliotibial el tratamiento consiste en ejercicios diarios de distensión.
- c. Si la causa es la anteversión femoral hay que corregirla quirúrgicamente.
- d. Normalmente se corrige sola a los 7-8 años de edad.

132. La fractura de Cozen es una:

- a. Fractura metafisaria proximal de tibia.
- b. Fractura metafisaria distal de tibia.
- c. Fractura metafisaria distal de fémur.
- d. Fractura de la espina tibial anterior.

133. El mecanismo principal de nutrición del núcleo pulposo del disco intervertebral es:

- a. Por la vascularización periférica del anillo fibroso.
- b. Por la vascularización del núcleo pulposo.
- c. Gracias a los cambios de presión hidrostática que permiten que el núcleo absorba y expulse agua.
- d. Por medio de la vascularización que llega por la placa terminal.

134. Respecto a la movilidad de la columna vertebral es cierto:

- a. La columna lumbar es el segmento con mayor movilidad de la columna vertebral.
- b. Las apófisis articulares según su orientación ejercen función de tope limitando el movimiento.
- c. Durante la sedestación el disco intervertebral sufre fuerzas de distracción.
- d. El segmento con menor movilidad del raquis es desde T7 a L1.

135. En cuanto a las malformaciones congénitas del raquis no se considera defecto de segmentación a:

- a. Barra lateral.
- b. Bloque vertebral.
- c. Hemivértebra.
- d. Barra posterior.

136. En el estudio de la escoliosis son criterios de realizar RMN todos excepto:

- a. Patrones de curvatura atípicos (curva torácica izquierda, curvas angulares cortas...).
- b. Pacientes menores de 10 años con curva escoliótica entre 10 y 15°.
- c. Exploración neurológica anormal, dolor inusual.
- d. Reflejos umbilicales asimétricos.

137. La escoliosis tipo 3 de la clasificación de Lenke consiste en:

- a. Doble curva mayor.
- b. Curva principal torácica.
- c. Doble curva torácica.
- d. Curva toracolumbar/lumbar.

138. Son criterios de cirugía en la escoliosis idiopática del adolescente:

- a. Curva torácica de más de 50°.
- b. Curva lumbar de más de 30°.
- c. Desequilibrio del tronco evidente con curvas menores de 30°.
- d. A y B son ciertas.

139. El shock medular se caracteriza por:

- a. Parálisis espástica y arrefléxica.
- b. El shock medular se suele resolver a las 2 semanas.
- c. Parálisis flácida arrefléxica.
- d. Se considera resuelto cuando desaparece el reflejo bulbocavernoso.

140. Respecto a la clasificación “ThoracolumbarInjuryClassification and SeverityScale” (TLICS) de las fracturas toracolumbares es falso:

- a. Valora morfología de la fractura.
- b. Valora el estado del complejo ligamentario posterior.
- c. Si tiene un valor menor de 4 es indicación de cirugía.
- d. Valora la situación neurológica.

141. Una pérdida de reflejo rotuliano indica una lesión de la raíz:

- a. L3.
- b. L4.
- c. L5.
- d. S1.

142. Una radiculopatía de C6 se caracteriza por:

- a. Clínica en cara lateral del brazo déficit motor en deltoides pérdida de reflejo bicipital.
- b. Clínica en cara radial del antebrazo, pérdida de fuerza en dedos pulgar e índice Bíceps, extensores de la muñeca y pérdida de reflejo supinador largo.
- c. Clínica en dedo medio pérdida de fuerza en tríceps, flexores de la muñeca y pérdida reflejo tríceps.
- d. Clínica en dedos anular y meñique y pérdida de fuerza en flexores de los dedos.

143. La mielopatía cervical no se caracteriza por:

- a. Entumecimiento típicamente de distribución dermatómica.
- b. Periodos de estabilidad interrumpidos por fases de progresión escalonada de aparición impredecible.
- c. Sensación generalizada de torpeza de los brazos y manos; el paciente relata que se le caen las cosas.
- d. Inestabilidad de la marcha.

144. Ante una lesión lítica en cuerpo vertebral de C5, cuál de las siguientes patologías es menos probable:

- a. Hemangioma.
- b. Condrosarcoma.
- c. Osteoma osteoide.
- d. Metastasis.

145. Ante una lumbalgia aguda, no es una señal de alarma:

- a. Dolor mecánico que no mejora con los analgésicos habituales.
- b. Pérdida de peso inexplicable mayor de 10 Kg en 6 meses.
- c. Historia de drogadicción intravenosa.
- d. Pérdida de fuerza progresiva.

146. Respecto a la estenosis de canal lumbar es cierto:

- a. Las infiltraciones epidurales con corticoides suelen ser efectivas consiguiendo evitar la cirugía.
- b. Está demostrada la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de la estenosis de canal.
- c. Los pacientes tratados con medidas conservadoras a largo plazo.
- d. Los pacientes tratados quirúrgicamente presentan mejoría inicial que se va desvaneciendo con el paso del tiempo.

147. Una espondilolistesis ístmica de L5-S1 con un desplazamiento del 50% según la clasificación de Meyerding sería un grado:

- a. I.
- b. II.
- c. III.
- d. IV.

148. Que es falso acerca de la corona mortis:

- a. Se trata de variante anatómica vascular que discurre por la cara posterior de la rama iliopubiana.
- b. Está presente en menos del 30% de los pacientes.
- c. Es una anastomosis arterio-venosa entre arteria y/o vena obturatriz con los ramos epigástricos.
- d. Si su rotura pasa inadvertida puede producir la muerte.

149. La proyección oblicua obturatriz en las fracturas de acetábulo, es especialmente útil en la valoración de:

- a. La columna posterior y la pared anterior.
- b. La lamina cuadrilátera.
- c. La columna anterior y la pared posterior.
- d. Pala iliaca.

150. En la colocación de los tornillos iliosacos, para valorar el margen de seguridad ósea en sentido anteroposterior a nivel de sacro, cuál de las siguientes proyecciones es la más indicada:

- a. Proyección de pelvis mayor (inlet).
- b. Proyección de pelvis menor (outlet).
- c. Anteroposterior de pelvis.
- d. Proyecciones oblicuas de Judet.

Preguntas adicionales.

151. Según la clasificación de AO/Weber de las fracturas de tobillo una fractura de Maissonneuve se clasifica como.

- a. Tipo A1.
- b. Tipo B2.
- c. Tipo C1.
- d. Tipo C3.

152.Cuál de los siguientes no es un criterio menor de Gurd para el diagnóstico de embolia grasa:

- a. Taquicardia.
- b. Presencia de grasa en la orina, anuria u oliguria.
- c. Aumento de la VSG.
- d. Petequias axilares.

153. El portal de Neviasser en la artroscopia de hombro:

- a. Atraviesa el músculo deltoides.
- b. Atraviesa el músculo trapecio.
- c. Es un portal realizado 2 cm lateral y 2 cm distal al portal estandar posterior de visión.
- d. Se realiza entre los músculos infraespinoso y redondo menor.

154. El pie zambo consiste en una deformidad.

- a. Equino varo de retropié, abducción y supinación de antepié.
- b. Equino varo de retropié, aducción y supinación de antepié.
- c. Equino valgo de retropié, aducción y pronación de antepié.
- d. Equino varo de retropié, aducción y pronación de antepié.

155. En la clasificación de Johnson y Strom modificada por Meyerson para pie plano adquirido del adulto. Una tenosinovitis del tibial posterior con tendinosis moderada, tendón elongado o roto, deformidad del tarso posterior reductible y más del 30% de la cabeza de astrágalo descubierta en la radiografía dorso-plantar del pie en carga se clasificaría como un estadio:

- a. IIa.
- b. IIb.
- c. IIc.
- d. III.

156. En el perfil rotacional de Staheli no se incluye el siguiente parámetro:

- a. Evaluación del borde lateral del pie.
- b. Torsión femoral.
- c. Posición de las rótulas respecto al eje central.
- d. Ángulo muslo-pie.

157. Respecto a la cifosis congénita el tipo I se define por:

- a. Está producida por un defecto de formación.
- b. Está producida por un defecto de segmentación.
- c. Está producida por una luxación congénita vertebral.
- d. Es de origen mixto.

158. Las fracturas tipo 2 de la clasificación de Anderson y D'Alonzo de las fracturas del axis, son:

- a. Fracturas por avulsión de la punta de la apófisis odontoides.
- b. Fracturas que abarcan el cuerpo vertebral de la C2.
- c. Fracturas de la base de la apófisis odontoides.
- d. Fracturas bilaterales del istmo vertebral.

159. Acerca de la artroplastia total de disco intervertebral es cierto:

- a. La artroplastia total está indicada y aprobada para más de un disco.
- b. Está demostrado que reduce la degeneración de los discos adyacentes.
- c. La artroplastia total de un disco equivale a la artrodesis lumbar en cuanto a resultados a largo plazo.
- d. La artroplastia total de un disco lumbar no sirve para preservar la movilidad de la zona intervenida.

160. Según la clasificación de Young-Burgess de las fracturas de la pelvis. En una compresión anteroposterior tipo II, tendríamos:

- a. Ensanchamiento anterior de la sínfisis menor a 25 mm, dislocación sacroilíaca incompleta.
- b. Separación total de las estructuras ligamentosas posteriores con inestabilidad craneocaudal y de rotación.
- c. Fracturas horizontales de las ramas con impactación en el sacro.
- d. Ensanchamiento anterior de la sínfisis mayor de 25 mm, distensión de los ligamentos sacroilíaco anterior, sacroespinoso y sacrotuberoso.

161. La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:

- a. Superación de las pruebas de selección, nombramiento conferido por el órgano competente e incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.
- b. Superación de las pruebas de selección, incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria y nombramiento conferido por el órgano competente.
- c. Superación de las pruebas de selección, incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria, nombramiento conferido por el órgano competente, y mantener debidamente actualizados sus conocimientos.
- d. Ninguna es correcta.

162. Según el artículo 43 de la Constitución Española:

- a. Se reconoce el deber a la protección de la salud.
- b. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- c. Se reconoce el derecho y el deber de protección de la salud.
- d. La salud no es un derecho.