1. Entre las competencias de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, señale la respuesta FALSA:

A) Promoción de la salud, prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento del estado de enfermedad.
B) Establecimiento de prioridades en el logro de objetivos de funcionalidad, ergonómicos y de reintegración.
C) Utilización de medios físicos, no ionizantes, ocupacionales, del lenguaje y comunicación y cognición, evitando los tratamientos farmacológicos.
D) Prevención y tratamiento de disfunciones secundarias a problemas congénitos y adquiridos, agudos y crónicos.

2. De entre conceptos que se utilizan en la Clasificación Internacional de Deficiencia, discapacidad y Minusvalía CIDDH de la OMS, señale el FALSO:

A) Funciones corporales: son las funciones fisiológicas o psicológicas, de los sistemas corporales.
B) Actividad: es la capacidad potencial de la persona en la ejecución de una tarea, en un entorno uniforme.
C) Restricción en la participación: son los problemas que un individuo puede experimentar en la realización de las actividades.
D) Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo (órganos, extremidades y sus componentes).

3. Respecto a los diferentes grados de Incapacidad Laboral Permanente en España, señale la VERDADERA:

A) La Incapacidad Permanente Absoluta inhabilita al trabajador para realizar cualquier actividad laboral.
B) La Incapacidad Permanente Total inhabilita al paciente para realizar las tareas fundamentales de cualquier actividad laboral.
C) La Incapacidad Permanente Parcial inhabilita al paciente para realizar ninguna actividad de su trabajo habitual, pero permite realizar otras actividades.
D) La Incapacidad Permanente, independientemente del grado solo hace referencia al trabajo habitual del individuo.

4. Entre los diferentes análisis que se pueden llevar a cabo para valorar la eficiencia, señale la FALSA:

A) Análisis de minimización de costes: comparando los costes de dos procedimientos con resultados iguales, para poder elegir el más económico.
B) Análisis coste-eficacia: se comparan dos o más alternativas, pero las alternativas se producen en condiciones ideales de actuación.
C) Análisis coste-utilidad: se comparan dos o más alternativas en relación a sus costes y los resultados que producen expresados en términos de utilidad o calidad de vida, según la percepción del paciente.
D) Análisis coste-beneficio: se miden los costes y los resultados (cuantificados ambos en unidades monetarias), lo que nos permite realizar comparaciones para poder valorar el beneficio en calidad de vida que tendrá el paciente.

5. Entre las escalas de valoración, señale la FALSA:

A) La escala de Tinetti permite valorar la marcha y el equilibrio para determinar riesgo de caída.
B) El cuestionario de Constant Murley se usa para valorar la funcionalidad del miembro superior.
C) La Escala WOMAC permite evaluar funcionalidad tanto de cadera como de rodilla.
D) El cuestionario de incapacidad de Oswestry se utilizar en la valoración de la columna lumbar.

6. En la valoración de los distintos planos de movilidad, señale la FALSA:

A) Sagital divide el cuerpo en superior e inferior.
B) Coronal divide el cuerpo en ventral y dorsal.
C) Transversal divide el cuerpo en craneal y caudal.
D) Rotacional no hace referencia a posición anatómica.

7. En el análisis de la marcha podemos diferenciar las siguientes fases. Señale la VERDADERA:

A) La fase de contacto inicial se produce cuando la planta del pie contacta con el suelo.
B) El ciclo de marcha se extiende desde el apoyo de talón de un pie hasta el apoyo de talón del pie contralateral.
C) Durante la fase de balanceo en centro de gravedad se sitúa constantemente en la vertical de la tibia de la pierna en carga.
D) Durante la fase media de carga el centro de gravedad se desplaza desde detrás de la rodilla del miembro apoyado hasta delante de la misma.

8. Entre los objetivos que se deben tener a la hora de prescribir una silla de ruedas, NO encontramos:

A) Evitar el desarrollo de deformidades.
B) Aumentar la influencia de los reflejos primitivos.
C) Minimizar el riesgo de formación de úlceras por decúbito.
D) Facilitar el desarrollo neuromotor normal.

9. A la hora de evaluar la adecuación de la sedestación de un paciente en la silla de ruedas, NO es cierto:

A) La cadera debe mantener un ángulo mayor de 110º para una sedestación correcta.
B) La rodilla y el tobillo deben posicionarse en 90º.
C) La posición de la pelvis debe ser simétrica y es clave para lograr la sedestación correcta.
D) Se debe proporcionar el mínimo apoyo necesario, para estimular el control activo de tronco.

10. Entre las características de los diferentes modos de marcha con productos de apoyo ES FALSO:

A) Los andadores son los productos de apoyo para la marcha que más alteran el ciclo normal de la misma
B) La marcha pendular puede ser bilateral o unilateral en función de si se permite el apoyo en uno o ambos miembros inferiores respectivamente
C) El patrón de marcha alternante puede ser en dos, tres o cuatro tiempos, pero siempre con dos bastones o muletas
D) En la marcha con un bastón, esta puede ser en dos o tres tiempos, pero el producto de apoyo se utiliza en ambos casos en la mano contralateral al miembro afectado.

11. Entre las técnicas intervencionistas que suelen utilizarse en el tratamiento del hombro doloroso del paciente hemipléjico NO encontramos:

A) Infiltración corticoidea subacromial.
B) Infiltración con toxina botulínica.
C) Bloqueo del nervio supraescapular.
D) Infiltración subacromial con plasma rico en plaquetas.

12. En la exploración ecográfica de la cara dorsal de la muñeca se deben diferenciar una serie de compartimentos. Señale la FALSA:

A) El primer compartimento contiene los tendones de los músculos abductor corto y extensor largo del primer dedo
B) El tubérculo de Lister separa el segundo del tercer compartimento
C) El cuarto compartimento contiene los tendones de los músculos extensores largos de los dedos
D) El sexto compartimento contiene el tendón del músculo extensor cubital del carpo

13. En referencia a los bloqueos nerviosos periféricos, señale la FALSA:

A) La realización de técnicas guiadas se asocia mejores resultados y menor tasa de complicaciones.
B) Todo bloqueo nervioso conlleva un riesgo de lesión del nervio que aparece en un 10% de las técnicas.
C) Las técnicas de bloqueo nervioso pueden utilizarse tanto para tratamiento de dolor como de espasticidad.
D) El uso de agentes neurolíticos como el fenol puede producir efectos secundarios como dolor neuropático.

14. Respecto a los niveles de amputación del miembro superior, señale la VERDADERA:

A) En la articulación a nivel del carpo, si no se conserva el primer radio es más fácil colocar una prótesis que permita realizar pinza.
B) La articulacion transradial no permite la realización de movimientos de pronosupinación.
C) La articulación transhumeral debe ser al menos 5-6 cm por debajo del acromion para conservar la forma del hombro y tener espacio para colocación de sensores en prótesis mioeléctricas.
D) La desarticulación de hombro debe asociarse a resección de cabeza humeral para favorecer la estética de la cintura escapular.

15. Entre los objetivos propios de un tratamiento de terapia ocupacional en un paciente que ha sufrido una amputación de miembro superior, NO SE CONTEMPLA:

A) Cambio de dominancia en caso necesario.
B) Enseñanza de cuidados y mantenimiento de la prótesis.
C) Entrenamiento en la colocación de la prótesis.
D) Control postural y del equilibrio.

16. Respecto a los componentes de una prótesis de miembro superior, señale la FALSA:

A) El encaje debe adaptarse perfectamente al muñón, pero en su diseño hay que tener en cuenta si se va a confeccionar una prótesis mecánica que permita reproducir y transferir los movimientos a través de cables y arneses, o de una mioeléctrica que deba permitir la contracción muscular para activación de los electrodos.

B) El sistema de suspensión de una prótesis de miembro superior puede ser interna mediante correajes o arneses que además de sujetar la prótesis sirven como sistema de control muscular; y externos que se conforman como un encaje moldeado perfectamente al muñón.

C) Los sistemas de control pueden ser mecánicos utilizando la energía de la musculatura del paciente, eléctricas mediante la utilización de electrodos adaptados a la pared interna del encaje o híbridos que combinan ambos.

D) Los dispositivos terminales pueden ser pasivos, activos con diferentes formas y funcionalidades, o incluso biónicas con motores individuales para cada dedo.

17. Entre las medidas que se pueden incluir en los cuidados preprotésicos encaminados a la reducción del edema del muñón, señale la FALSA:

A) El vendaje del muñón se realiza en espiga evitando dejar ventanas y pliegues.

B) Se pueden utilizar vainas de silicona con compresión decreciente.

C) Los vendajes rígidos de escayola o material práctico son muy utilizados por su simplicidad en el manejo frente a los vendajes elásticos.

D) Los sistemas neumáticos inflables permiten al paciente controlar la presión mejorando la tolerancia y agilizando la cicatrización y conformación inmediata del muñón.

18. Cuál de los siguientes músculos NO forma parte del diafragma pélvico:

A) Músculo constrictor de la vulva.

B) Musculo puborrectal

C) Músculo coccígeo.

D) Músculo elevador del ano.

19. Entre los cuestionarios validados al español que se pueden utilizar en el diagnóstico de la incontinencia NO se encuentra:

A) King´s health questionnaire.

B) International consultation on incontinence (shot form).

C) Diario miccional.

D) Clasificación de Green.

20. En el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, señale la opción INCORRECTA:

A) El entrenamiento del suelo pélvico puede realizarse mediante conos o bolas vaginales, pero la evidencia de este tratamiento es limitada si bien se sugiere que es beneficioso frente a no hacer nada.

B) El biofeedback es una técnica que permite hacer consciente y voluntaria la función muscular inconsciente habitual, siendo un complemento al ejercicio que ha demostrado ser más efectivo en el entrenamiento del suelo pélvico que si se hace sin él.

C) La reeducación vesical mediante entrenamientos de retención aumentado gradualmente el intervalo entre micciones tiene un grado de recomendación A.

D) La estimulación del nervio tibial posterior logra una forma retrógrada de estimulación del plexo sacro relacionada con el control visceral y muscular del suelo pélvico produciendo inhibición de las contracciones de detrusor.

21. Entre los linfedemas primarios, señale la VERDADERA:

A) La enfermedad de Milroy afecta principalmente a miembros inferiores teniendo una evolución progresiva y continua tras el nacimiento.
B) El síndrome linfedema colestasis se caracteriza por colestasis de repetición e hipoplasia linfática de afectación predominante en miembros superiores.
C) La enfermedad de Meige es autosómica dominante y aparece inmediatamente después del nacimiento, estabilizándose durante largo tiempo.
D) El linfedema precoz aparece alrededor de la pubertad, suele ser unilateral y afecta típicamente a mujeres.

22. Respecto a la clasificación clínica del linfedema, señale la FALSA:

A) La Sociedad Internacional de Linfología clasifica en 4 estadios según 3 criterios: la firmeza de la piel, el efecto de la elevación del miembro afecto y la circometría.
B) El estadio 0 es subclínico, con edema no evidente, pero si percibido por el paciente.
C) El estadio 1 presenta edema que no desaparece por completo con la elevación de la extremidad, y deja fóvea.
D) El estadio 3 se caracteriza por cambios tróficos cutáneos y elefantiasis.

23. Entre las escalas de valoración de la disnea unidimensionales que se utilizan en los programas de rehabilitación respiratoria, señale la FALSA:

A) Índice de disnea modificada del Medical Research Council.
B) Escala de Borg.
C) Diagrama de coste de oxígeno.
D) Índice de disnea basal.

24. Cuál de las siguientes es una técnica de control respiratorio, que se pueden utilizar en los programas de rehabilitación respiratoria:

A) La ventilación dirigida, que tiene como objetivo corregir movimientos paradójicos y asinergias ventilatorias, instaurar ventilación abdominodiafragmática y adquirir automatismos ventilatorios.
B) Las técnicas de relajación muscular progresiva que buscan reducir el coste energético.
C) Las técnicas de espiración forzada con el objetivo de movilización y expulsión de secreciones.
D) El ejercicio a débito inspiratorio controlado con la idea de reducir la obstrucción bronquial y la resistencia de la vía aérea.

25. Entre los diferentes entrenamientos de miembros inferiores en los programas de rehabilitación respiratoria, señale la FALSA:

A) El entrenamiento de fuerza ha demostrado mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes.
B) El entrenamiento de resistencia parce ser igual de efectivo tanto si se aplica de modo continuo como interválico según una revisión de la Cochrane.
C) El entrenamiento de musculatura respiratoria se basa en la utilización de dispositivos de tipo umbral y en la determinación de las presiones inspiratoria y espiratoria máximas.
D) El ejercicio interválico permite periodos de alta intensidad que no son posibles con ejercicios en modo continuo.

26. Si nos remiten a consulta un paciente con Esclerosis Múltiple y una puntuación EDSS de 7,0 en relación con la situación clínica que nos debemos esperar encontrar, señale la VERDADERA:

A) El paciente es ambulante sin ayuda, autosuficiente la mayor parte del día.
B) Es capaz de caminar 100 metros sin ayuda ni descanso.
C) Es incapaz de caminar más de 5 metros aún con ayuda.
D) Esencialmente relegado a la cama.

27. Si un paciente diagnosticado de enfermedad de Parkinson es clasificado en un estadio 2.0 de Hoehn y Yahr, señale lo VERDADERO:

A) Presenta afectación unilateral y axial.
B) Presenta afectación bilateral sin afectación del equilibrio.
C) Presenta afectación bilateral leve a moderada con cierta inestabilidad postural.
D) Presenta incapacidad grave, aunque es capaz de caminar o permanecer de pie sin ayuda.

28. De las siguientes enfermedades musculares, señale cual NO es de herencia autosómica dominante:

A) Distrofia miotónica de Steinert.
B) Distrofia facioescapulohumeral.
C) Distrofia oculofaringea.
D) Distrofia de Becker.

29. En el tratamiento del dolor neuropático, señale la FALSA:

A) Los parches de lidocaína al 5% se consideran de primera línea en el tratamiento del dolor neuropático.
B) En caso de requerir opioides mayores es preferible recurrir a fármacos de acción dual como el tapentadol.
C) Se consideran de primera línea frente al dolor neuropático los antidepresivos y anticonvulsivantes.
D) Los tratamientos existentes tienen una efectividad parcial que se considera aceptable si logra una reducción del dolor del 50%.

30. En el diagnóstico del síndrome miofascial, señale la VERDADERA:

A) El diagnóstico requiere de pruebas complementarias (ecografía) que muestren la existencia de los puntos gatillo, que se objetivan como zonas hipoecoicas en el músculo, con descenso de flujo sanguíneo en el doppler.
B) El síndrome miofascial es un cuadro sensitivo que no requiere de la exploración de la fuerza muscular ni de la movilidad del segmento corporal afecto.
C) La piel sobre el punto gatillo estará especialmente flexible, con las maniobras de pinza rodante, sin resistencia al deslizamiento.
D) Cada músculo afecto tiene un patrón característico de irradiación que debe ser reconocido por el paciente en la exploración.

31. Entre las banderas rojas de alarma del dolor de columna, señale la FALSA:

A) Cambios degenerativos articulares en la radiografía.
B) Incontinencia urinaria.
C) Dolor de predominio nocturno, asociando fiebre.
D) Antecedentes de pérdida de peso reciente, anorexia.

32. Entre las maniobras de exploración del hombro, señale la FALSA:

A) La maniobra de Yocum sirve para explorar el tendón de la porción larga del bíceps.
B) La maniobra de Jobe sirve para explorar en tendón del supraespinoso.
C) La maniobra de Patte sirve para explorar el tendón del infraespinoso.
D) Maniobra de Gerber sirve para explorar el tendón del subescapular.

33. Señale la VERDADERA sobre el tendón más frecuentemente implicado en la patología de la epicondilitis lateral:

A) Extensor cubital del carpo.
B) Extensor común de los dedos.
C) Extensor radial corto del carpo.
D) Extensor radial largo del carpo.

34. Respecto al síndrome de pinzamiento femoroacetabular, señale la VERDADERA:

A) El pinzamiento femoroacetabular aparece con más frecuenca en la zona posteroinferior de la articulación
B) El pinzamiento tipo “pincer” aparece por alteración de la esfericidad de la cabeza femoral con una gibosidad en la unión de cuello y cabeza
C) El pinzamiento tipo “cam” aparece por sobrecrecimiento del borde superior del acetábulo, con lesión del cartílago
D) El pinzamiento mixto que combina características de los dos anteriores es el más frecuente de los tres tipos

35. En la lesión medular NO es cierto:

A) El síndrome anterior se suelen comprometer los tractos corticoespinal y espinotalámico.
B) El síndrome central o centromedular se ve con más frecuencia en personas que presentan una espondilosis cervical subyacente y sufren una lesión por hiperextensión.
C) El síndrome de cono medular se ha relacionado históricamente con lesiones punzocortantes donde hay una hemisección de la médula espinal en su forma más pura.
D) En el síndrome de cauda equina o cola de caballo nos encontramos habitualmente con una vejiga e intestino arrefléxicos.

36. En la lesión medular se consideran músculos clave de la exploración motora los siguientes EXCEPTO:

A) Extensores de codo (tríceps braquial)
B) Flexor de los dedos (flexor superficial de los dedos)
C) Flexores de cadera (iliopsoas)
D) Flexores plantares del tobillo (sóleo y gemelos)

37. En la vejiga neurógena, indicar la VERDADERA:

A) Las lesiones por encima del centro pontino de Barrington ocasionan vejigas hiperactivas con disinergia vésico-esfinteriana.
B) El centro del Sistema Nervioso del Parasimpático se comunica con la vejiga a través del nervio pélvico.
C) El centro del Sistema Nervioso Simpático se comunica con el esfínter externo a través del nervio hipogástrico.
D) En vejigas hiperactivas de origen medular, el *tapping* o golpeteo suprapúbico es un método seguro para vaciar la vejiga.

38. En la exploración sacra de un paciente con lesión medular, la contracción anal voluntaria (CAV), NO es cierto:

A) Está inervado por los componentes somáticos motores del n. Pudendo.
B) Depende de las raíces S2-S4.
C) Si aparece tras una maniobra de Valsalva no se considera presente.
D) Si la CAV está presente, se clasifica en la escala de deficiencia de la ASIA como B.

39. Respecto a la sexualidad y fertilidad en el lesionado medular, NO es cierto:

A) En la mujer suele haber un trastorno en la lubricación vaginal.
B) En el hombre con lesión medular cervical completa se suele afectar la erección de origen psicógena.
C) En la mujer en edad fértil se suele producir una amenorrea permanente.
D) En el hombre, la calidad seminal suele ser de mala.

40. En la espina bífida NO es cierto que:

A) No se ha observado un componente genético en la aparición de defectos del tubo neural.
B) La etiología es desconocida, aunque se considera que existe un componente nutricional y ambiental.
C) Mujeres con obesidad o diabetes mal controlada tiene más riesgo de tener un bebé con espina bífida.
D) La administración de ácido fólico desde antes de la concepción y durante el primer trimestre de embarazo se ha demostrado que puede reducir el riesgo de los defectos del tubo neural.

41. En los ictus NO es cierto que:

A) Los ictus hemorrágicos representan aproximadamente el 80-85% de todos los ictus.
B) El accidente isquémico transitorio suele ser benigno y tener una duración inferior a 24 horas.
C) Las hemorragias subaracnoideas se suelen asociar a malformaciones arteriovenosas o aneurismas cerebrales.
D) En los jóvenes un factor de riesgo en auge para una hemorragia cerebral es el consumo de drogas excitantes.

42. Respecto a la clínica del ictus NO es cierta:

A) En el síndrome de la arteria basilar es característico un trastorno del nivel de conciencia que puede llegar al coma
B) El síndrome de la arteria cerebral posterior cursa con hemianopsia homónima contralateral que se puede acompañar de alucinaciones visuales.
C) En el síndrome de la arteria cerebral media se produce un déficit motor homolateral a la lesión, hipoestesia y alteración del lenguaje si afecta al hemisferio dominante.
D) En el síndrome de la arteria cerebral anterior el déficit motor tiene un predominio crural con hipoestesia y puede haber desviación oculocefálica y signos de liberación frontal.

43. Entre las escalas que se utilizan en el ictus NO se encuentra:

A) La Escala de NIHSS (National Institute of Health National Stroke Scale).
B) La Escala de Barthel.
C) La Escala EDSS (Expanded Disability Status Scale).
D) La Escala de Rankin.

44. En el traumatismo craneoencefálico NO es cierto:

A) En la hemorragia epidural se produce una ruptura de la arteria meníngea media que irriga a la duramadre.
B) En la hemorragia subdural se produce una ruptura de las venas comunicantes entre corteza cerebral y duramadre.
C) Se debe sospechar una hemorragia subdural cuando el paciente, tras un periodo de tiempo de lucidez, inicia un cuadro brusco de pérdida de conciencia.
D) La lesión axonal difusa se produce como consecuencia de movimientos de rotación y aceleración/desaceleración que da lugar a lesiones por cizallamiento.

45. Entre las alteraciones sistémicas e intracraneales que agravan o producen nuevas lesiones cerebrales tras un TCE agudo NO se encuentra:

A) Hipotermia.
B) Hipotensión arterial.
C) Hiponatremia.
D) Diabetes insípida.

46. En las escalas utilizadas en el TCE señalar la FALSA:

A) Tanto la amnesia postraumática (APT) como el grado de coma de la Escala de Glasgow, permiten hacer una clasificación de la gravedad de la lesión y establecer una aproximación pronóstica.
B) La Escala de Resultados de Glasgow es la escala más utilizada debido a la importante relación que existe entre su puntuación inicial y el pronóstico final.
C) La amnesia post-traumática es el periodo comprendido desde el momento de la lesión hasta el momento que el paciente comienza a recordar los acontecimientos actuales de forma continua.
D) Se considera un TCE grave cuando el Glasgow está por debajo de 10.

47. ¿Son indicaciones la estimulación eléctrica muscular todas MENOS?

A) Parálisis nerviosa periférica.
B) Profilaxis de trombosis.
C) Traumatismos.
D) Lumbalgia.

48. La diatermia está INDICADA en:

A) Forúnculos.
B) Tumores malignos.
C) Tromboflebitis.
D) Zonas de isquemia.

49. Forman parte de las actividades de la vida diaria todas MENOS:

A) Uso del baño.
B) Las transferencias.
C) Control miccional.
D) Movilidad en la comunidad.

50. Respecto a la electroterapia indicar la CORRECTA:

A) Las corrientes de media frecuencia se encuentran entre los 800-60.000 Hz.
B) La galvanoterapia está indicada en la hiperhidrosis.
C) El TENS utiliza corrientes de alta frecuencia.
D) El ácido acético no tiene utilidad en la iontoforesis.

51. Respecto al paciente quemado, señalar la INCORRECTA:
A) Las quemaduras térmicas son las más frecuentes.
B) La gravedad de la quemadura depende principalmente de su superficie y profundidad.
C) Para calcular la profundidad de la quemadura existen 5 grados.
D) Para calcular la extensión de la quemadura la regla del 9 es la más utilizada.

52. Las quemaduras en niños se suelen encontrar ENTRE:
A) Los 0-4 años.
B) Los 5-8 años.
C) Los 9-12 años.
D) Los 13-16 años.

53. Dentro del desarrollo del niño son signos de alarma todos MENOS:
A) Movimientos involuntarios.
B) Presencia de reflejos anormales.
C) Marcha de puntillas.
D) Ausencia de juego simbólico o de imitación.

54. ¿Qué factores NO se relacionan con la etiología de la parálisis cerebral?
A) Enfermedades autoinmunes en la madre.
B) Gestación múltiple.
C) Prematuridad.
D) Consumo de sustancias tóxicas en el padre.

55. En la plagiocefalia todo es cierto MENOS:
A) El incremento de su incidencia en los años 90 está en relación con la colocación del niño en decúbito supino.
B) Se caracteriza por un aplanamiento y alopecia de la región occipital afectada.
C) Se suele asociar frecuentemente a la tortícolis muscular congénita.
D) No se asocia a asimetría facial.

56. La displasia del desarrollo de cadera (DDC) es CIERTO que:
A) Se suele producir en los dos primeros meses de vida.
B) Se deben estudiar clínicamente todos los neonatos de forma periódica durante el primer año de vida.
C) En la exploración, la maniobra de Barlow reduce la cadera.
D) Una maniobra de Galeazzi positiva es diagnóstica de DDC.

57. Durante el proceso de envejecimiento a nivel cardiovascular NO se produce:
A) Hipertensión.
B) Hipotensión ortostática.
C) Poca tolerancia al esfuerzo.
D) Tendencia a la taquicardia.

58. La Escala de Barthel NO sirve para evaluar:
A) La alimentación.
B) La transferencia cama/sillón.
C) La respiración.
D) Subir y bajar escaleras.

59. Son contraindicación de las ondas de choque todas MENOS:
A) Implante mecánico cercano
B) Infección local
C) Osteocondritis disecante
D) Polineuropatías

60. La Sociedad Española de Reumatología DEFINE osteoporosis como:
A) Presencia de T score en densitometría de columna lumbar, cuello femoral y total de cadera menor o igual a -1.
B) Fractura femoral por fragilidad, independientemente del valor de la densitometría en mujer postmenopáusica y en varones mayores de 50 años.
C) Fractura vertebral por fragilidad de vertebra, húmero proximal o pelvis en mujeres postmenopaúsicas y en varones de más de 50 años independientemente de la densitometría.
D) Fractura en paciente con enfermedad neurológica u oncológica asociada independientemente de la etiología.

61. Se RECOMIENDA realizar densitometría ósea en uno de los siguientes casos:
A) Presencia de un factor de riesgo de fractura mayor.
B) FRAX para fractura principal de menos del 5%.
C) Pacientes en tratamiento con inhibidores de la aromatasa o antiandrógenos.
D) Pacientes con antecedentes familiares de fractura por fragilidad.

62. Durante el acto de la deglución podemos diferenciar 4 fases. Señala la FALSA:
A) Fase oral
B) Fase faríngea
C) Fase esofágica
D) Fase gástrica

63. ¿CUÁL de los siguientes tipos de afasia se caracteriza por un déficit en evocación conservando comprensión y fluencia?
A) Afasia de Broca.
B) Afasia de Wernicke.
C) Afasia nominal.
D) Afasia motora.

64. ¿Cuál de las siguientes NO es una patología funcional del habla?
A) Dislalia.
B) Disfemia.
C) Retraso simple del habla.
D) Disglosia.

65. Son indicaciones de un programa de rehabilitación cardiaca basado en entrenamiento físico EXCEPTO:
A) Valvulopatía intervenida.
B) Arteriopatía periférica.
C) Niños con cardiopatías congénitas.
D) Hipertrofia del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

66. NO es un factor de riesgo cardiovascular:
A) Herencia.
B) Sexo masculino.
C) Edad.
D) Raza caucásica.

67. En el programa de rehabilitación cardiaca (PRC), señalar la FALSA:
A) Comparada con otros tratamientos post infarto, el PRC es más costo-efectiva que la terapia trombolítica, la cirugía del by-pass coronario y que las Estatinas.
B) Los costes por reingreso disminuyen en los pacientes que realizan PRC.
C) Los pacientes en PRC disminuyen el peso.
D) En la prescripción del entrenamiento físico debe especificarse el tipo, intensidad, duración y frecuencia de las sesiones.

68. Con respecto al VPPB (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno) es CORRECTA:
A) La causa es raramente idiopática.
B) La betahistina resuelve la mayoría de los casos en 48-72h.
C) Se precisa Radiografía simple de columna cervical para descartar origen.
D) El tratamiento de elección es la maniobra de reposición de partículas.

69. En las ortesis de cadera, rodilla, tobillo y pie (HKAFO) señalar la FALSA:
A) Se indican en pacientes con lesiones medulares o enfermedades neuromusculares.
B) Deben ser robustas y pesadas.
C) El objetivo es la marcha en trayectos cortos.
D) Aparte del beneficio motor, ayuda al paciente en la esfera psicológica.

70. Las ortesis dinámicas están INDICADAS para:
A) Descargar la presión o transmisión de fuerzas sobre un segmento articular.
B) Mantener una articulación en una posición determinada.
C) Corregir activamente deformidades.
D) Limitar un arco de movimiento articular.

<u>PREGUNTAS DE RESERVA</u>

71. Durante las fases del desarrollo del lenguaje habitualmente podemos encontrar
A) Entre 2º-4º mes nos encontramos con una fase de llanto sin emisión de sonidos identificables.
B) Entre 5º-6º mes aparece el balbuceo canónico y la protoconversación.
C) Entre 9º-10º mes se da una imitación de palabras emitidas por los adultos.
D) Entre 11º-12º mes se empiezan a producir frases.

72. Respecto a la artroplastia invertida de hombro, señale la falsa:

A) Está indicada en caso de rotura masiva de manguito dada su concepción que permite la elevación solo con deltoides.
B) Se consideran especialmente indicadas en pacientes jóvenes.
C) Tras la cirugía se mantiene una ortesis en abducción durante 3 semanas.
D) Durante la rehabilitación se puede iniciar antes la movilidad activa encaminada a recuperar el balance articular respecto a la artroplastia anatómica de hombro.

73. Respecto a la utilización de técnicas intervencionistas en el tratamiento del Síndrome de Dolor Regional complejo:

A) Han demostrado su eficacia en estudios de elevada calidad
B) Los bloqueos simpáticos deben considerarse como primera línea de tratamiento
C) El bloqueo del ganglio estrellado es útil para cualquier cuadro del síndrome de dolor regional complejo
D) El bloqueo nervioso periférico anestésico está indicado en las fases precoces para facilitar el control del dolor y la rehabilitación

74. Respecto al ejercicio físico y la osteoporosis (señale la falsa):

A) El ejercicio físico actúa tanto por el efecto de carga mecánica como por vías de producción hormonal, actuando sobre el equilibrio de formación y remodelado óseos.
B) En el proceso de mecanotransducción se actúa a través de las vías canónica (Wnt-PTH) como no canónica (Wnt-Calcio) produciéndose en ambos casos una transcripción génica que induce osteoformación.
C) El ejercicio en la infancia y la adolescencia mejora el pico de masa ósea de la mujer adulta joven.
D) En la tercera edad, el ejercicio va a incrementar la masa ósea a través del sistema Forkhead boxO, que actúa frente al estrés oxidativo.

75. Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico para reducir el riesgo de fractura osteoporótica en las siguientes situaciones (señale la falsa):

A) Fractura por fragilidad vertebral o de cadera en mayores de 50 años.
B) Otras fracturas por fragilidad en mayores de 50 años con T score menor de -1.
C) Pacientes con riesgo elevado de fractura de cadera según el FRAX con densitometría mayor o igual a 5%.
D) Varones en tratamiento de privación androgénica y T score menor o igual a -2,5.