

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

1. En la lesión medular no es cierto:
 - a. El síndrome central o centromedular clínicamente se presenta como una lesión medular incompleta con mayor debilidad en miembros superiores que en los inferiores.
 - b. El síndrome de Brown-Sequard ocasiona una pérdida ipsilateral del dolor, temperatura y función motora al nivel y debajo del nivel de la lesión, y una pérdida contralateral de la propicepción y vibración.
 - c. El síndrome de cauda equina o cola de caballo produce una parálisis flácida y arreflexia de las raíces afectas.
 - d. El síndrome de cono medular se puede manifestar como un patrón mixto de neurona motora superior e inferior.

2. En la vejiga neurógena de origen medular, indicar la verdadera:
 - a. El centro nervioso simpático se encuentra en los segmentos medulares S2-S4.
 - b. Las fibras motoras del sistema nervioso simpático inervan el cuerpo del detrusor estimulando receptores muscarínicos.
 - c. El centro nervioso parasimpático, situado en las astas anteriores de los segmentos S2-S4 se llama núcleo de Onuf.
 - d. El centro pontino de la micción es responsable de la actividad sinérgica de las vías simpática, parasimpática y somática

3. ¿Cuál de los siguientes dermatomas tiene el punto clave en el ombligo?:
 - a. T9
 - b. T10
 - c. T11
 - d. T12

4. En la espina bífida no es cierto que:
 - a. Los defectos del tubo neural se producen durante el desarrollo embrionario, alrededor del tercer mes de gestación.
 - b. La etiología es desconocida, aunque se considera que existe un componente genético y otro ambiental.
 - c. Se suele asociar a hidrocefalia y a una malformación de Arnold Chiari tipo II.
 - d. La administración de ácido fólico desde antes de la concepción y durante el primer trimestre de embarazo se ha demostrado que es efectivo en la prevención de los defectos del tubo neural.

5. El trastorno por el cual una persona es incapaz de planificar o realizar tareas o movimientos sin problemas de fuerza, coordinación ni problemas de comprensión del lenguaje se llama:
 - a. Agnosia
 - b. Apraxia
 - c. Afasia
 - d. Ataxia

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

6. Respecto a la clínica del ictus no es cierto:
 - a. En la afectación de la arteria cerebelosa anteroinferior puede haber un síndrome de Horner, ataxia apendicular, parálisis de la mirada y déficit sensitivo contralateral.
 - b. En el síndrome de la arteria cerebral posterior la afectación más importante es la visual sin afectación motora.
 - c. El síndrome de la arteria coroidea anterior cursa con hemiparesia, hemianestesia y hemianopsia.
 - 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.

7. Entre las escalas que se utilizan en el ictus se encuentra:
 - a. La Escala de ASIA
 - b. La Escala de Constant
 - c. La Escala EDSS (Expanded Disability Status Scale)
 - d. La Escala de Rankin

8. En el traumatismo craneoencefálico (TCE) no es cierto:
 - a. En la hemorragia epidural se produce una ruptura de las venas comunicantes entre la corteza cerebral y la duramadre.
 - b. Se debe sospechar una hemorragia epidural cuando el paciente, tras un periodo de tiempo de lucidez, inicia un cuadro brusco de pérdida de conciencia.
 - c. En la hemorragia subdural, la lesión se produce en zonas de contragolpe, más frecuentemente en la zona parietal.
 - d. La contusión hemorrágica en el TAC se presenta como una mezcla de imágenes hipo e hiperdensas intracerebrales.

9. En las escalas utilizadas en el TCE:
 - a. 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.
 - b. La Disability Rating Scale es una escala que valora la conciencia, capacidad cognitiva y el déficit motor.
 - c. El Test de Galveston valora la orientación y la amnesia.
 - d. No existe relación entre la duración de la amnesia post-traumática y las secuelas del TCE.

10. En el tratamiento neurofarmacológico del TCE no es cierto:
 - a. Los alfa-bloqueantes se han utilizado de forma eficaz en el control de las conductas agresivas.
 - b. El ácido valproico es uno de los fármacos de elección para todas las formas de epilepsia generalizada primaria.
 - c. Los psicoestimulantes mejoran los síntomas de hipersomnia, disminución del nivel de conciencia, apatía, inatención, impulsividad, hiperactividad y narcolepsia.
 - d. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son eficaces en la mejoría de la incontinencia emocional tras un TCE.

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

11. ¿Qué combinación respecto al tipo de termoterapia, profundidad de acción (penetrancia) y forma de propagación del calor no es correcta?:
- Parafina-superficial-conducción
 - Ultrasonidos-profunda-conversión
 - Onda corta-profunda-radiación
 - Hot pack-superficial-conducción
12. La diatermia no está indicada en:
- Polineuropatías
 - Mialgias
 - Espasmos esofágicos
 - Tromboflebitis
13. Respecto al ejercicio terapéutico, no está recomendado:
- El ejercicio físico en rango aeróbico en la hipertensión.
 - Programa de marcha progresiva en vasculopatía periférica.
 - Combinación de ejercicio aeróbico y resistido en la Diabetes Mellitus II.
 - Ejercicio aeróbico y resistido diario de sesiones de 60 minutos en Esclerosis Múltiple.
14. En el paciente quemado el posicionamiento es fundamental. Señale lo no recomendado:
- El tratamiento postural trata de contrarrestar las fuerzas contráctiles sin comprometer la función.
 - Se evitarán las posturas que provoquen dolor.
 - En el decúbito lateral se hará a 30-40°, ya permite una mejor distribución de las presiones.
 - Las posturas deben alternarse cada 4 horas.
15. Entre las secuelas de las quemaduras no se encuentran:
- Alergias
 - Osificaciones heterotópicas
 - Alteraciones psíquicas
 - Laxitud ligamentosa
16. Dentro del desarrollo psicomotor del niño no corresponde:
- Recién nacido: actitud en flexión, manos cerradas, puede fijar la mirada.
 - 12 meses: camina agarrado, realiza pinza, da sus juguetes, 1-3 palabras.
 - 3 meses: eleva cabeza sobre plano, inicio sostén cefálico, sigue mirada, gritos de placer.
 - 6 meses: sedestación sin apoyo, reptar o gatear, toma y suelta objetos, conoce su nombre, extraña a desconocidos.
17. Respecto a la prematuridad es cierto:
- Está disminuyendo en los países desarrollados.
 - Se relaciona con la mayor comorbilidad crónica paterna.
 - En los recién nacido con edad gestacional entre las 22-25 semanas, el patrón de morbilidad grave neonatal no se ha afectado en los últimos años.
 - La supervivencia de los recién nacido con edad gestacional entre 22-25 semanas no se ha incrementado en los últimos años.

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

18. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en la parálisis cerebral (PC)?
- Es la causa más frecuente de discapacidad motora en edad pediátrica.
 - La PC Puede ser el resultado de la interacción de múltiples factores y la causa última no siempre se identifica.
 - Dentro de los factores perinatales se han identificado la hipoglucemia mantenida y la hiperbilirrubinemia.
 - Dentro de las formas clínicas las diplejías son las más frecuentes (40-45%).
19. Dentro de las deformidades de la parálisis cerebral no se encuentra:
- Escoliosis
 - Hombro en abducción y rotación externa
 - Displasia de cadera
 - Pie equino
20. En la exploración radiológica de la escoliosis no es cierto:
- En un primer momento se debe solicitar una radiografía AP y lateral de todo el raquis en bipedestación o sedestación.
 - Los grados de la escoliosis se valoran por el método de *Cobb*.
 - Variaciones en la curva inferiores a 5° no tienen significado clínico.
 - El test de *Risser* para la maduración ósea consta de 6 estadios.
21. En la tortícolis congénita todo es cierto menos:
- El niño adopta una postura característica del cuello y cabeza: inclinación lateral, traslación anterior y rotación de la barbilla hacia el lado afecto.
 - Están involucrados los escalenos, fibras del trapecio y paravertebrales cervicales.
 - La exploración debe realizarse como norma en decúbito supino en menores de tres meses y en sedestación pasados los tres meses.
 - El objetivo del tratamiento es recuperar/mejorar la elasticidad y flexibilidad del lado contracturado o tenso y trabajar los músculos del lado sano, recuperando el balance articular.
22. Los siguientes corsés son útiles para la cifosis excepto:
- Corsé de Milwaukee
 - Corsé de Boston
 - Corsé de Swain
 - Corsé de Chêneau
23. La parálisis braquial neonatal (PBN) se ha relacionado con los siguientes factores de riesgo excepto:
- Distocia de hombros
 - Hermano con PBN
 - Parto vaginal prolongado
 - Uso de oxitocina
24. Durante el proceso de envejecimiento se produce:
- Un aumento en el peso del cerebro.
 - Un aumento en la intensidad de los reflejos osteotendinosos.
 - Una pérdida de la capacidad para enfrentarse a temperaturas extremas.
 - Una disminución del tejido adiposo

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

25. Respecto a la clínica de las demencias no es característica:
- La amnesia
 - La apraxia
 - Alteración de la conducta
 - Pérdida de visión
26. Respecto a los efectos de las ondas de choque es falso:
- El efecto inicial de las ondas de choque es la hiperemia.
 - Por el efecto mecánico se producen microfracturas trabeculares en el hueso.
 - Se produce edema intersticial en los tejidos y microhematomas.
 - Se forman radicales libres que se combinan con ácidos grasos de las membranas celulares y pueden dañar las células.
27. Son contraindicación de las ondas de choque todas menos:
- Trastornos de coagulación
 - Embarazo
 - Marcapasos
 - Osteoporosis
28. Entre las indicaciones de las ondas de choque no se encuentra:
- Hallux valgus
 - Úlcera diabética
 - Disfunción eréctil
 - Espasticidad
29. Dentro de los objetivos de la rehabilitación en el paciente oncológico en fase terminal no se encuentra:
- Mantener o mejorar la movilidad articular.
 - Mejorar la tolerancia al esfuerzo incrementando la carga de trabajo independientemente del dolor.
 - Evitar complicaciones respiratorias.
 - Adiestrar al cuidador.
30. Las manipulaciones vertebrales están indicadas en:
- Enfermedades inflamatorias en fase aguda
 - Trastorno intervertebral menor
 - Enfermedades infecciosas
 - Traumatismos
31. Son indicaciones de un programa de rehabilitación cardiaca basado en entrenamiento físico excepto:
- Angina de pecho estable
 - Cirugía de by-pass aorto-coronario
 - Cirugía de reparación o sustitución valvular
 - Aneurisma disecante de aorta

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

32. Los principales factores de riesgo cardiovascular son:
- HTA, dislipemia, diabetes, obesidad y tabaquismo
 - Dislipemia , HTA, obesidad, tabaquismo y alcoholismo
 - Dislipemia, HTA, obesidad, tabaquismo, alcoholismo y drogas
 - Dislipemia, HTA, obesidad y diabetes
33. En el programa de rehabilitación cardiaca, señalar la falsa:
- En la prescripción del entrenamiento físico debe especificarse el tipo, intensidad, duración y frecuencia de las sesiones.
 - Cada sesión incluye un calentamiento de 5-10 min, un periodo de entrenamiento 25-40 min y un periodo de enfriamiento de 5min.
 - La periodicidad de las sesiones es de 1 sesión por semana.
 - Para el calentamiento se utilizan ejercicios isotónicos e isométricos con repeticiones e intensidad progresiva sin provocar fatiga.
34. Con respecto al VPPB (Vértigo Posicional Paroxístico Benigno):
- La causa es raramente idiopática.
 - La betahistina resuelve la mayoría de los casos en 48-72h.
 - se precisa Radiografía simple de columna cervical para descartar origen.
 - el tratamiento de elección es la maniobra de reposición de partículas.
35. El Mareo Postural Perceptual Persistente:
- Es un mareo crónico funcional.
 - El tratamiento incluye ISRS.
 - Se trata con rehabilitación vestibular y terapia cognitiva conductual.
 - Todas son ciertas.
36. En las ortesis de cadera, rodilla, tobillo y pie (HKAFO) señalar la falsa:
- Se indican en pacientes con lesiones medulares o enfermedades neuromusculares.
 - Deben ser robustas y pesadas.
 - El objetivo es la marcha en trayectos cortos.
 - Aparte del beneficio motor, ayuda al paciente en la esfera psicológica.
37. Las ortesis dinámicas se deben indicar para:
- Descargar la presión o transmisión de fuerzas sobre un segmento articular.
 - Mantener una articulación en una posición determinada.
 - Corregir activamente deformidades.
 - Limitar un arco de movimiento articular.

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

38. Según la Organización Mundial de la Salud, se definen (señale la falsa):
- Deficiencia; anomalía de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, incluidas las psicológicas
 - Discapacidad: consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Como incapacita la enfermedad en la vida del paciente.
 - Incapacidad: incapacidad para desarrollar la actividad laboral de forma permanente como consecuencia de la deficiencia.
 - Minusvalía: desventaja que experimenta en individuo como consecuencia de la discapacidad en su interacción y adaptación al entorno. Define los problemas que genera la discapacidad en la relación con los demás y con la sociedad.
39. Entre los distintos tipos de marcha que se realizan utilizando productos de apoyo encontramos:
- Marcha pendular que se lleva a cabo con muletas sin apoyar los miembros inferiores.
 - Marcha alternante o en dos tiempos, en que se adelantan simultáneamente el miembro inferior y el sistema de apoyo ipsilateral.
 - Marcha en tres tiempos en que se avanzan simultáneamente un miembro superior con el sistema de apoyo y el miembro inferior contralateral.
 - Marcha en cuatro tiempos en que se avanzan rítmicamente un miembro superior con el sistema de apoyo, después el inferior contralateral, posteriormente el superior contrario y finalmente el otro miembro inferior.
40. Entre los artefactos que pueden surgir en el estudio ecográfico de los tejidos musculoesqueléticos y que pueden inducir a una interpretación errónea de las imágenes, no encontramos:
- Refuerzo acústico posterior
 - Sombra acústica anterior
 - Cola de cometa
 - Anisotropía
41. Pueden ser efectos secundarios de los corticoides utilizados en técnicas de intervencionismo musculoesquelético:
- Sinovitis reactivas
 - Hiperpigmentación cutánea
 - Hipoglucemias sintomáticas
 - Hipersomnia
42. Entre los síntomas y signos negativos del síndrome de motoneurona superior encontramos:
- Hiperreflexia
 - Clonus
 - Fasciculaciones
 - Sincinesias

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

43. Entre los músculos implicados en el patrón espástico de aducción de caderas no encontramos:
- Gastrocnemio
 - Recto interno
 - Iliopsoas
 - Pectíneo
44. Entre las distintas soluciones protésicas de miembro superior no encontramos:
- Prótesis mioeléctricas con terminales móviles controladas por contracción muscular voluntaria.
 - Prótesis pasivas estéticas que no aportan funcionalidad.
 - Prótesis cinemáticas que emplean la señal eléctrica generada por la contracción muscular para movilizar el terminal de manera mecánica.
 - Prótesis híbridas que combinan varios sistemas.
45. Entre los tipos de encaje para amputación transtibial no se encuentra:
- PTB
 - KBM
 - PTS
 - ISNY
46. La escala modificada de Oxford para valoración del tono muscular del suelo pélvico (señale la falsa):
- Se puntúa como 2 cuando se objetivan movimientos temblorosos de la musculatura, una contracción muy débil.
 - Se puntúa como 3, cuando se objetiva una contracción moderada, sostenida con oposición débil, con ligera elevación de la pared vaginal posterior.
 - Se puntúa como 4 la contracción sostenida en que los dedos del examinador son apretados y se produce la elevación de la pared posterior de la vagina, contra resistencia moderada.
 - Se puntúa como 5 la contracción fuerte, la sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared vaginal posterior contra resistencia máxima.
47. La Enfermedad de Milroy se considera como:
- Linfedema precoz
 - Linfedema secundario
 - Linfedema congénito
 - Linfedema tardío
48. Paciente con linfedema secundario a linfadenectomía tras cirugía oncológica mamaria pT3N1M0 que a la exploración presenta edema que no mejora con la elevación de la extremidad y no deja fóvea a la compresión. En el estadiaje del linfedema, lo clasificaríamos como:
- Estadio I
 - Estadio IIa
 - Estadio IIb
 - Estadio III

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

49. Si en la asistencia a un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, este se encuentra intubado, debemos tener en cuenta que la indicación de tratamiento de rehabilitación respiratoria:
- Existe evidencia científica de su beneficio.
 - Se ha demostrado su utilidad en la mejora de la evolución del paciente.
 - Siempre está contraindicada especialmente en periodo peri-extubación.
 - Puede generar complicaciones como atelectasias o hipertensión intracraneal.
50. Paciente de 60 años de edad, fumador importante, diagnosticado de EPOC tipo enfisema que consulta para valoración de programa de rehabilitación respiratoria. En la evaluación funcional nos refiere que cuando camina necesita pararse a los 100 metros por la sensación de disnea. ¿Cómo clasificarías su situación funcional según la escala modificada del Medical Research Council?:
- Grado 1
 - Grado 2
 - Grado 3
 - Grado 4
51. Entre los síntomas que deben vigilarse por su posible aparición en la evolución de un paciente con Esclerosis Múltiple, señale la falsa:
- La disfagia es un síntoma raro y no aparece como primer síntoma de la enfermedad.
 - La alteración de la marcha es un trastorno frecuente existiendo un tratamiento específico para ella como es la fampiridina, eficaz en el 40% de los casos.
 - A nivel urológico puede producirse tanto hiperreflexia del detrusor como hiperreflexia esfinteriana, siendo importante diferenciarlos por los diferentes tratamientos a utilizar en cada caso (anticolinérgicos para el detrusor, alfa bloqueantes para el esfínter).
 - La fatiga es uno de los síntomas más frecuentes en estos pacientes, siendo considerado como uno de los elementos más invalidantes de la enfermedad.
52. Entre las diferentes opciones de tratamiento que podemos utilizar en pacientes con enfermedad de Parkinson para mejorar la funcionalidad, señale la que no se utiliza:
- Estrategias de estímulos o pistas para mejorar la marcha, utilizando estímulos multisensoriales (auditivos, visuales, táctiles o cognitivos) para permitir la paciente iniciar y mantener la marcha de manera adecuada.
 - Estrategias cognitivas de movimientos para mejorar las transferencias, transformando movimientos complejos en series de submovimientos que tiene que ser ejecutados en el orden fijado, reorganizando el movimiento de forma que se pueda realizar la actividad.
 - Estrategias que incluyan coordinación motora, técnicas de relajación y respiración, desarrollo de procedimientos con adición de indicaciones visuales o auditivas por parte de terapia ocupacional para mejorar la realización de actividades de la vida diaria.
 - Estrategias de restricción de movimiento del hemicuerpo menos afecto para estimular la utilización de del lado más parético, intentando la integración y coordinación de ambos miembros superiores.

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

53. Entre las enfermedades de la unión neuromuscular aquellas que se producen por una afectación de la conducción a nivel presináptico no incluyen:

- a. Botulismo
- b. Síndrome de Eaton Lambert
- c. Hipermagnesemia
- d. Miastenia Gravis autoinmune

54. Paciente que, tras traumatismo en brazo por caída accidental en bicicleta, presenta a la exploración una pérdida de fuerza a la extensión de codo y déficit de función motora de extensores de antebrazo, con actitud de mano caída. En la radiografía no se observa lesión ósea. Los reflejos osteotendinosos del miembro superior están abolidos salvo el reflejo bicipital. El diagnóstico de sospecha será:

- a. Lesión del nervio radial a nivel axilar.
- b. Lesión del nervio radial a nivel del canal de torsión.
- c. Lesión del nervio radial a nivel de túnel del supinador.
- d. Radiculopatía C7 postraumática.

55. Paciente que tras sufrir fractura en miembro inferior que requiere tratamiento con yeso hasta rodilla presenta tras la retirada de este, clínica de lesión del nervio ciático poplíteo externo. A la exploración podemos encontrar:

- a. Debilidad a la flexión plantar.
- b. Debilidad a la extensión de dedos.
- c. Alteración de la sensibilidad en planta del pie.
- d. Debilidad a la inversión de tobillo.

56. Paciente de 40 años sin antecedentes de interés que sufre accidente de bicicleta con traumatismo sobre hombro y cara. A la exploración presenta hombro caído, brazo en actitud de rotación interna, extensión de codo, conservando la funcionalidad de la mano. La sospecha clínica debe ser:

- a. Afectación del tronco inferior del plexo braquial.
- b. Afectación del tronco medio del plexo braquial.
- c. Afectación del tronco superior del plexo braquial.
- d. Lesión del nervio radial en el canal de torsión.

57. Respecto a la polirradiculopatía inflamatoria aguda (señale la falsa):

- a. La forma desmielinizante tiene peor pronóstico de recuperación completa.
- b. Hasta en un 70% de los casos esta precedido por un cuadro infeccioso.
- c. La clínica suele ser simétrica y con pérdida progresiva de reflejos osteotendinosos de distal a proximal.
- d. El tratamiento específico se realiza con inmunoglobulinas intravenosas y/o plasmaféresis.

58. A la hora de establecer las características de un cuadro de dolor, cuál de las siguientes divisiones de mismo no es correcta:

- a. Dolor crónico (más de 10 días) o agudo (menos de 10 días).
- b. Dolor localizado, irradiado (por el trayecto de un nervio) o referido (en regiones a distancia).
- c. Nociceptivo (por estimulación de terminaciones nerviosas) o neuropático (por disfunción del sistema nervioso).
- d. Continuo (más de 12 horas al día) o irruptivo (exacerbaciones súbitas y transitorias)

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

59. Entre las escalas de valoración del dolor neuropático encontramos todas las siguientes excepto:

- a) Test de Lattinen
- b) Cuestionario DN4
- c) LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs)
- d) PainDETECT

60. Entre los fármacos opioides cual no se considera agonista puro:

- a. Morfina
- b. Fentanilo
- c. Tapentadol
- d. Buprenorfina

61. En lo referente al diagnóstico del síndrome miofascial:

- a. Tough (2007) definió cuatro criterios imprescindibles para su diagnóstico: palpación de nódulo doloroso en una banda tensa muscular, dolor reconocido por el paciente, patrón de dolor irradiado por un dermatoma, respuesta de contracción y relajación muscular rápida.
- b. Las bandas tensas en el seno de los músculos se palpan por digitopresión con una fuerza de al menos 4 kg (que se blanquee el lecho ungueal al apretar).
- c. La piel sobre los puntos gatillo aparece indurada con resistencia a las maniobras de deslizamiento como pinza rodante.
- d. Son diagnósticas las pruebas de imagen como la ecografía donde se observan nódulos hiperecoicos en el seno del músculo con aumento de flujo sanguíneo en dicha zona con power-doppler.

62. Entre las denominadas “banderas rojas” que debemos observar cómo signos de alarma ante una patología dolorosa de columna no encontramos:

- a. Pérdida importante de peso.
- b. Afectación del control de esfínteres.
- c. Antecedentes de consumo de drogas.
- d. Afectación sensitiva que no sigue un dermatoma concreto.

63. En la clasificación de las lesiones por aceleración/desaceleración de columna cervical (latigazo cervical), la aparición de signos neurológicos según la Wiplash Associated Disorder es indicativo de una lesión:

- a. Grado 0
- b. Grado 1
- c. Grado 2
- d. Grado 3

64. En la exploración de un paciente con lumbalgia con irradiación por cara posterior del muslo, si realizamos un movimiento de flexión de la cadera con la rodilla extendida, y se produce una flexión de la rodilla involuntaria, cuál de las siguientes maniobras estaremos realizando:

- a. Signo de Lassegue
- b. Signo de Lassegue invertido
- c. Signo de Kernig
- d. Signo de Babinsky

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

65. Paciente de 55 años, mujer, que, tras un periodo de dolor en hombro, mecánico, con el movimiento, acompañado de dolor nocturno, nota una mejoría en la clínica dolorosa en reposo y en la cama, acompañada de una pérdida progresiva de movilidad de la articulación que se prolonga por más de tres meses. Indique cuál de los siguientes tratamientos no estaría indicado para favorecer la resolución del cuadro:

- a. Infiltración intraarticular de corticoides
- b. Hidrodilatación de la cápsula articular
- c. Artrolysis artroscópica
- d. Ejercicios de potenciación de cadena cinética abierta

66. En el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador se pueden establecer 5 fases que pueden solaparse, entre las que no se incluye una de las siguientes:

- a. Control del dolor y reducción de la inflamación.
- b. Restauración de la movilidad normal tanto escapulotorácica como glenohumeral.
- c. Ejercicios de potenciación en rotación interna por encima de 90° de abducción.
- d. Ejercicios de reeducación propioceptiva.

67. Paciente que acude con dolor de cintura escapular y sensación de debilidad en los hombros. A la exploración se observa descenso del hombro con desplazamiento lateral del ángulo inferior de la escapula que se acentúa cuando el paciente hace un movimiento de retroimpulsión de hombros contra resistencia. La sospecha clínica debe ser de:

- a. Lesión del nervio dorsal de la escapula con debilidad de romboides.
- b. Lesión del nervio accesorio espinal con debilidad de trapecio.
- c. Lesión del nervio torácico largo con debilidad del serrato anterior.
- d. Lesión del nervio supraespinoso con debilidad del supraescapular.

68.Cuál de los siguientes es el tendón principalmente afectado en los cuadros de epicondilitis lateral:

- a. Extensor carpi radialis brevis
- b. Extensor carpi radialis longus
- c. Extensor digitorum communis
- d. Extensor hallucis longus

69. Señale lo falso en referente a la tenosinovitis de De Quervain:

- a. Es más frecuente en mujeres jóvenes.
- b. Afecta a los tendones abductor pollicis longus y extensor pollicis brevis.
- c. Las maniobras de Finkelstein y Eichhoff son dolorosas.
- d. El tratamiento conservador es superior al tratamiento con infiltraciones.

70. En el diagnóstico diferencial entre afectación de articulación sacroilíaca y dolor de la articulación de cadera, la maniobra caracterizada porque con el paciente en posición supina se realiza una flexión y abducción de una cadera, apoyando el pie sobre la rodilla contralateral, manteniendo la pierna contraria en extensión y posteriormente se realiza presión sobre la rodilla flexionada y la cresta iliaca contralateral, comprobándose la aparición de dolor se denomina:

- a. Test de Graenslen
- b. Test de Faber
- c. Test de Gillet
- d. Test de Yeoman

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TEST

71. En el diagnóstico diferencial de la osteopatía de pubis debemos tener en consideración todos los siguientes cuadros excepto:

- a. Tendinopatía de músculos aductores
- b. Hernias ocultas por deporte
- c. Tendinopatía del músculo recto abdominal
- d. Tendinopatía de músculo pubococcigeo

72. Señale cuál de las siguientes medidas no se recomienda en el tratamiento rehabilitador de una lesión del ligamento colateral medial de la rodilla:

- a. Reposo absoluto con descarga de la articulación durante 4 semanas.
- b. Ejercicios isométricos de cuádriceps y electroestimulación desde las 24-48 horas tras la lesión.
- c. Ejercicios para mantener y recupera rango de movilidad desde las primeras 24 horas.
- d. Retorno a la actividad deportiva entre 8 y 12 semanas para las lesiones grado II y III.

73. Respecto al síndrome de cintilla iliotibial (señale la falsa):

- a. Es una lesión por sobrecarga resultado del pinzamiento entre la cintilla iliotibial y el cóndilo femoral externo.
- b. El momento máximo de fricción entre la cintilla y el cóndilo femoral se produce cuando la porción anterior de la cintilla pasa sobre el cóndilo, entre los 40 y 60° de flexión de la rodilla.
- c. Es la principal causa de dolor lateral de rodilla en corredores.
- d. La clínica aparece durante la actividad deportiva pero no ocasiona limitaciones en las actividades de la vida diaria.

74. En el tratamiento de la fascitis plantar:

- a. Se deben evitar los estiramientos de tríceps sural, centrándolos solo en la fascia y musculatura plantar.
- b. Las inyecciones de corticoides deben realizarse por debajo de la grasa plantar para evitar el riesgo de atrofia de la misma.
- c. EL tratamiento con ondas de choque extracorpóreas ha demostrado efectividad para las fascitis plantares si bien no está claro su mecanismo de acción.
- d. La cirugía debe ser considerada tratamiento de elección.

75. En la realización completa del test de volumen viscosidad para el diagnóstico de la disfagia, el orden de evaluación de las diferentes consistencias es:

- a. Néctar, agua, pudding
- b. Agua, pudding, néctar
- c. Néctar, pudding, agua
- d. Pudding, néctar, agua