

Cuestionario de la prueba de acceso al título de médico especialista - 2002

L.-P. RODRÍGUEZ, I. MARÍA SAÑUDO, R. BELMONTE, J. RIOJA, C. RODRÍGUEZ-MAFFIOTE, M. FLÓREZ, F. MADRAZO y M.^a PAZ PORTILLO

Composición del Tribunal nombrado por la Comisión Mixta de la Secretaría de Estado de Educación, Universidades, Investigación y Desarrollo y la Subsecretaría de Sanidad y Consumo (BOE: 291 del 05.12.2001).

Resumen.—La normativa aprobada según el Real Decreto 1497/1999 y la Resolución de 14.05.01 promovida por la propuesta del Congreso de los Diputados el 07.10.97 ha derivado en un procedimiento excepcional de acceso al Título de médico especialista de Rehabilitación. Al objeto de darlo a conocer a los especialistas de la Sociedad Científica de Rehabilitación y Medicina Física, se efectúa la publicación del cuestionario de las preguntas teóricas formuladas por el Tribunal nombrado para el procedimiento extraordinario, y que ha sido elaborado según las directrices de los Reales Decretos referidos.

Palabras clave: *Educación médica continuada. Examen. Test. Ejercicio. Medicina física y rehabilitación.*

EXCEPTION PROCEDURE OF ACCESS TO MEDICAL TITLE OF SPECIALIST

Summary.—The guideline approved in RD 1497/1999 and the Resolution of 14.05.01 promoted by the proposal of the Congress of Deputies on 07.10.97 have come from an exceptional entry procedure for the medical title of Specialist in Rehabilitation. With the aim of providing knowledge to specialists belonging to the Scientific Society for Rehabilitation and Physical Medicine, the paper containing the theory questions posed by the Tribunal named for this extraordinary procedure, and which was produced according to the directions of the above mentioned RD is hereby published.

Key words: *Continuing medical education. Exercise. Test. Exam. Physical medicine and rehabilitation.*

El Real Decreto (RD) 1497/1999, de 24 de septiembre, regula en su introducción: «El acceso al título de Médico Especialista en España fue posible, hasta el año 1984 por diversas vías. En dicho año, y a través del RD 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista, se adoptó con carácter

general como sistema único para la formación y posterior obtención de dicho título el sistema de residencia en instituciones y centros sanitarios acreditados para impartir la correspondiente formación.

Con el citado RD se anticipaba la plena vigencia en España de las normas europeas que, de acuerdo con el artículo 47.3 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, coordinan la formación de especialistas médicos, en un momento en el que se encontraba ya en marcha el proceso de adhesión a la Comunidades Europeas que culminaría el 1 de enero de 1986.

Desde entonces, el sistema de residencia se ha desarrollado y consolidado en España, lo que ha contribuido, de manera decisiva, el alto nivel científico y profesional de nuestros médicos especialistas y, en consecuencia, a la elevada calidad de la asistencia que presta nuestro sistema sanitario».

«La necesidad que en esa época (la década de los años setenta) existía de médicos especialistas en nuestro sistema sanitario, hizo que licenciados en Medicina accedieran a distintos hospitales, centros sanitarios y unidades docentes, iniciando una formación médica especializada no oficial, pero que bajo la supervisión de los correspondientes jefes de las unidades podría haber resultado equiparable, en determinados casos, a la establecida para cada especialidad.»

«El Congreso de los Diputados, en proposición no de ley aprobada el 7 de octubre de 1997, como el Senado, en moción aprobada el 8 de abril de 1997, instaron al Gobierno para que, de modo excepcional, manteniendo y consolidando el sistema de residencia como la única vía ordinaria de acceso al título de Médico Especialista, articulara las medidas reglamentarias que resultaran procedentes para que el colectivo de médicos antes indicado pudiera obtener dicho título, manteniendo los criterios de calidad formativos alcanzados por el sistema de formación médica especializada, regulados en el RD 127/1984.»

La resolución de 14 de mayo de 2001, de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo establece los criterios comunes sobre formato, contenido, garantías y calificación aplicables a los procedimientos de evaluación curricular y desarrollo de las pruebas, a las que se refiere el artículo 3 del RD 1497/1999, de 24 de septiembre.

El cuestionario que ha elaborado la comisión, que fue contestado por 34 candidatos de los 41 que solicitaron la Especialidad de Rehabilitación, ha sido el siguiente:

1. ¿Cuál de estas respuestas se ajusta a la definición de corriente alterna?

1. Es una corriente eléctrica en la que varía la frecuencia durante el tiempo de acción.
2. Es una corriente eléctrica en la que alterna el tiempo de acción y de reposo.
3. Es una corriente eléctrica en la que varía la intensidad en función del tiempo.
4. Es una corriente eléctrica en la que varía periódicamente la forma del impulso.
5. Es una corriente eléctrica ininterrumpida en la que cambia continuamente la polaridad.

2. ¿Qué efectos fisiológicos fundamentales tienen las corrientes variables?

1. Térmico superficial y relajante.
2. Térmico profundo y estimulante.
3. Excitomotor y analgésico.
4. Bioestimulante y trófico.
5. Estimulante periférico y sedativo central.

3. ¿Qué frecuencias se utilizan, habitualmente, en electroterapia analgésica?

1. Frecuencias entre 1 y 10 Hz.
2. Frecuencias entre 10 y 30 Hz.
3. Frecuencias entre 30 y 60 Hz.
4. Frecuencias entre 90 y 130 Hz.
5. Frecuencias entre 2.000 y 4.000 Hz.

4. ¿Cuál es el riesgo más importante que corremos al hacer estimulación neuromuscular?

1. La atrofia muscular.
2. La rotura muscular.
3. Alterar su excitabilidad.

4. Disminuir la vascularización local.

5. Ninguna de ellas.

5. ¿Cuál de estas definiciones se ajusta al concepto de corriente de alta frecuencia?

1. Es una corriente alterna cuya frecuencia es superior a 100.000 Hz.
2. Es una corriente galvánica cuya frecuencia es superior a 100.000 Hz.
3. Es una corriente unidireccional exponencial cuya frecuencia es superior a 1.000.000 de Hz.
4. Cualquier forma de corriente cuya frecuencia sea superior a 1.000.000 de Hz.
5. Cualquier forma de corriente cuya frecuencia sea superior a 50.000 Hz.

6. ¿Cuál de estos efectos fisiológicos corresponde a las corrientes de alta frecuencia?

1. Efecto excitomotor.
2. Efecto estimulante de la secreción de endorfinas.
3. Efecto térmico superficial.
4. Efecto térmico profundo.
5. Ninguno de ellos.

7. ¿En cuál de estos procesos se utilizan los Campos Electromagnéticos Pulsantes?

1. Atrofias musculares.
2. Calentamiento de tejidos profundos.
3. Calentamiento de tejidos superficiales.
4. Seudoartrosis y retardos de consolidación.
5. Conjuntivitis.

8. ¿En qué caso se utiliza la frecuencia ultrasónica de 3 MHz?

1. En procesos situados superficialmente (a menos de 1 cm).
2. En procesos situados a más de 3 cm de profundidad.
3. En procesos situados a más de 6 cm de profundidad.
4. En procesos situados a más de 9 cm de profundidad.
5. En ninguno de ellos.

9. ¿Cuál de estas definiciones se ajusta a la de sonoforesis?
 1. Es la capacidad que tienen los ultrasonidos para disociar las proteínas plasmáticas.
 2. Es la capacidad que tienen los ultrasonidos para facilitar la penetración de sustancias químicas a través de la piel.
 3. Es la capacidad que tienen los ultrasonidos para bloquear el paso de ciertas sustancias a través de la piel.
 4. Es la capacidad que tienen los ultrasonidos para congregar ciertos componentes orgánicos en zona expuesta al haz ultrasónico.
 5. Ninguna de ellas.
10. Todas las situaciones son contraindicaciones de la utilización de los ultrasonidos, EXCEPTO:
 1. Proximidad de un marcapasos.
 2. Proximidad de un ganglio estrellado.
 3. Proximidad de los ojos.
 4. Proximidad del útero grávido.
 5. Proximidad de órganos genitales.
11. Una de las siguientes proposiciones NO es una contraindicación en el tratamiento con frío local:
 1. Insuficiencia arterial periférica.
 2. Crioglobulinemia.
 3. Hemoglobinuria paroxística al frío.
 4. Inmadurez esquelética.
 5. Déficits sensitivos que impiden la sensación del dolor.
12. Una de las siguientes afirmaciones es FALSA con relación a los efectos fisiológicos del calor:
 1. Aumento de la conducción nerviosa.
 2. Disminución de la rigidez.
 3. Aumento de la circulación local.
 4. Aumento de actividad de la colagenasa.
 5. Disminución de la extensibilidad de los tendones.
13. ¿En cuál de los siguientes procesos NO se incluye la prescripción de Terapia Ocupacional dentro de un tratamiento rehabilitador?
 1. Hemiplejia.
 2. Amputación de miembro superior.
 3. Cervicobraquialgia.
 4. Parálisis cerebral.
 5. Artritis reumatoide.
14. La Terapia Ocupacional tiene como objetivo:
 1. Enseñar y adiestrar al paciente en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y en actividades laborales.
 2. Tratar secuelas de accidentes laborales y/o ocupacionales.
 3. Sólo se encarga del tratamiento de minusvalías en situación de trabajador en activo.
 4. Ayuda activamente al discapacitado a buscar un empleo adecuado.
 5. Realizar tratamientos a base de masajes y movilizaciones articulares en el lesionado de origen laboral.
15. En un paciente que acude a la consulta de Rehabilitación con una limitación en la flexión de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas por una patología articular, indicaría:
 1. Un vaso pesado.
 2. Un cuchillo oscilante.
 3. Cubiertos de mango engrosado.
 4. Cerco para plato.
 5. Todas son ciertas.
16. Para ajustar la altura del asiento de una silla de ruedas con respecto al suelo, se procede de la siguiente manera:
 1. A la medida tomada desde el reposapiés al asiento con la altura poplítea, se le sumarán 15 cm.
 2. A la medida tomada desde el reposapiés al asiento con la altura poplítea, se le sumarán 10 cm.
 3. A la medida tomada desde el reposapiés al asiento con la altura poplítea, se le sumarán 5 cm.
 4. A la medida tomada desde el suelo al asiento con la altura poplítea, se le sumarán 15 cm.
 5. A la medida tomada desde el suelo al asiento con la altura poplítea, se le sumarán 10 cm.

17. Durante la contracción isométrica de un músculo monoarticular:

1. El ángulo articular puede variar.
2. La longitud del vientre muscular puede variar.
3. La longitud del tendón puede variar.
4. La longitud del conjunto músculo-tendón no varía.
5. La fuerza desarrollada es constante.

18. La abducción del hombro es iniciada por la acción de los músculos:

1. Deltoides y esternocleidomastoideo.
2. Trapecio y deltoides.
3. Deltoides y supraespinoso simultáneamente.
4. Sólo el supraespinoso.
5. Sólo el deltoides.

19. Durante el ciclo de la marcha normal, ¿cuándo realizan los isquiotibiales su máxima actividad?:

1. Justo después de la fase de apoyo del talón.
2. Justo después del despegue de los dedos.
3. A mitad de la fase de apoyo.
4. Al final de la fase de balanceo.
5. Los isquiotibiales permanecen inactivos durante la marcha normal.

Anulada

20. Una sinergia de los músculos de la muñeca y los músculos de los dedos, se realiza entre:

1. Flexión de la muñeca y flexión de los dedos.
2. Flexión de la muñeca y extensión de los dedos.
3. Extensión de la muñeca y extensión de los dedos.
4. Extensión de la muñeca y flexión de los dedos.
5. No existen sinergias entre estos músculos.

21. ¿Cuál de las siguientes podría representar una contraindicación a la utilización de los estiramientos en las limitaciones de la amplitud articular?:

1. Una lesión cartilaginosa.
2. Una incongruencia articular.
3. Una enfermedad ósea degenerativa severa.
4. Un engrosamiento sinovial.
5. Todos los casos anteriores.

22. El test de Schöberg valora:

1. Flexión de la columna cervical.
2. Flexión de la columna dorsal.
3. Flexión de la columna dorsolumbar.
4. Flexión de la columna lumbar.
5. Flexión de toda la columna vertebral.

23. ¿Qué escala de Actividades de la Vida Diaria utilizada en Rehabilitación, valora la capacidad cognitiva del individuo?:

1. Barthel.
2. Kenny.
3. LOTCA.
4. Jacobs.
5. Katz.

24. Uno de los siguientes parámetros NO es valorado en la escala de Constant:

1. Dolor.
2. Actividades de la vida diaria.
3. Rango de movilidad.
4. Fuerza muscular.
5. Control de esfínteres.

25. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes en relación al índice de Barthel es INCORRECTA?:

1. Permite establecer comparaciones entre servicios.
2. Tiene valor predictivo.
3. Permite apreciar la evolución de las funciones cognitivas.
4. Evalúa 10 actividades de la vida diaria.
5. Su validez ha sido bien estudiada.

26. La Medida de la Independencia Funcional (MIF) en los traumatismos craneoencefálicos presenta una insuficiencia en uno de los siguientes puntos:

1. Neuropsicológico.
2. Cuidado personal.
3. Control esfinteriano.
4. Movilidad.
5. Locomoción.

27. Todos los siguientes medios son utilizados en la evaluación del dolor, EXCEPTO:
1. La medida del dolor a la presión.
 2. La escala analógica del dolor.
 3. Potenciales evocados somato-sensoriales.
 4. Escala verbal/cuestionario.
 5. Dibujos del dolor.
28. ¿Cuál de las siguientes escalas sirve para valorar la funcionalidad global del paciente?
1. WOMAC.
 2. Barthel.
 3. Lequesne.
 4. Levine.
 5. Gargan.
29. En Rehabilitación, la minusvalía representa:
1. La exteriorización del problema.
 2. La objetivación del problema.
 3. La socialización del problema.
 4. La interiorización del problema.
 5. Ninguna es correcta.
30. La férula de Starck o en teja está indicada para las afecciones traumáticas distales de los dedos II al V de la mano, y más concretamente para:
1. El arrancamiento del tendón flexor profundo.
 2. Inestabilidad de la articulación interfalángica distal.
 3. Fracturas de falange distal.
 4. Tras la extirpación ungueal.
 5. El arrancamiento del tendón extensor 1~.
31. La limitación de la movilidad es la incapacidad más común tras la fractura-luxación del codo. Aunque el rango de movimiento normal es de 0 a 140 grados, el sector más utilizado en las actividades cotidianas es:
1. 30° a 100°
 2. 60° a 120°
 3. 0° a 60°
 4. 30° a 90°
 5. 0° a 120°
32. En la osteosíntesis con cerclaje alámbrico y agujas de Kirschner de una fractura de rótula, señale la respuesta correcta:
1. Precisa de una inmovilización prolongada para su consolidación correcta.
 2. Precisa diferir la carga durante un mes para evitar la pseudoartrosis.
 3. Permite una carga precoz, porque la rótula no transmite peso.
 4. Precisa retirar el material de osteosíntesis antes de iniciar el tratamiento rehabilitador.
 5. No precisan rehabilitación.
33. Una de las siguientes complicaciones se observa en la fractura de Colles:
1. Consolidación en posición viciosa de los huesos
 2. Neuropatía por compresión.
 3. Distrofia de Sudeck.
 4. Retracción de la aponeurosis palmar.
 5. Síndrome hombro-mano.
34. La lesión neurológica más frecuente en la fractura diafisaria del húmero es la del nervio:
1. Axilar.
 2. Cubital.
 3. Mediano.
 4. Musculocutáneo.
 5. Radial.
35. La lesión denominada «pulgar del esquiador» es:
1. Esguince de los ligamentos del lado cubital de la metacarpofalángica del pulgar de la mano.
 2. Fractura del trapecio.
 3. Fractura del primer metacarpiano.
 4. Esguince de los ligamentos palmares de la articulación trapeciometacarpiana.
 5. Fractura de la primera falange.

36. En relación con el uso de muletas en un cuadro de patología de la cadera, señale la respuesta correcta:
1. Cuando se utilizan dos muletas, es preferible la marcha con tres puntos de apoyo.
 2. Cuando se usa una sola muleta, se debe colocar en la mano opuesta al miembro inferior afectado.
 3. En el momento de comenzar la marcha el antebrazo debe formar un ángulo de 50° con la empuñadura de la muleta.
 4. El peso máximo que puede aplicarse sobre la muleta es aproximadamente el 50% del peso corporal.
 5. No pueden utilizarse si existe una lesión del músculo glúteo mediano.
37. El entrenamiento muscular contra máxima resistencia, después de una sutura del tendón de Aquiles, puede comenzar:
1. Inmediatamente después de la intervención quirúrgica.
 2. Después de una semana.
 3. Después de un mes.
 4. Después de tres meses.
 5. Después de un año.
38. Una prótesis:
1. Es un dispositivo que sólo sirve para reemplazar una función perdida.
 2. Es un dispositivo para suplir una deformidad desde un punto de vista cosmético.
 3. Es un dispositivo que sustituye la ausencia de una extremidad o de un órgano.
 4. Es siempre funcional.
 5. Nunca es funcional.
39. En relación a los meniscos de la rodilla, ¿cuál de los siguientes postulados es correcto?
1. Son fijos e inmóviles.
 2. Responden desplazándose en la misma dirección que el movimiento de los cóndilos femorales.
 3. Responden desplazándose en dirección opuesta al movimiento de los cóndilos femorales.
 4. Principalmente realizan movimientos laterales.
 5. Las respuestas 3 y 4 se producen simultáneamente.
40. En un paciente afecto de Artritis Reumatoide, se deben pautar ejercicios de amplitud articular para:
1. Reducir la inflamación.
 2. Prevenir contracturas.
 3. Aumentar la fuerza muscular.
 4. Reducir el débito sanguíneo de la sinovial.
 5. Disminuir el dolor.
41. Un programa de protección articular en un paciente con artritis incluye todos los elementos siguientes EXCEPTO uno, señálelo:
1. Evitar períodos prolongados en la misma posición.
 2. Enseñar ejercicios para mantener la movilidad normal y la fuerza.
 3. Reposo absoluto.
 4. Descargar la articulación cuando es muy dolorosa.
 5. Utilizar equipo adaptado y férula cuando sea necesario.
42. El pie plano se asocia a una desviación interna de las siguientes estructuras:
1. Calcáneo.
 2. Cuboide y primera cuña.
 3. Primera cuña.
 4. Cuboides.
 5. Escafoides y cabeza del astrágalo.
43. Una dismetría producida por ALARGAMIENTO de uno de los miembros puede ser debida a:
1. Un traumatismo en el cartílago de conjunción.
 2. Una poliomielitis.
 3. Una fractura con acabalgamiento de fragmentos.
 4. Una malformación vascular.
 5. La enfermedad de Legg-Perthes-Calvé.
44. En relación con el pie plano laxo infantil, señale la respuesta correcta:
1. Es una afección infrecuente de la patología del pie infantil.

2. Necesita tratamiento ortésico desde los primeros meses de vida.
 3. No necesita tratamiento ortésico nunca.
 4. No debe tratarse antes de los dos o tres años.
 5. Precisa siempre tratamiento quirúrgico.
45. El arnés de Paulik se utiliza para.
1. La suspensión de la prótesis de desarticulación de cadera.
 2. La escoliosis congénita en el lactante.
 3. La suspensión en la marcha en paralelas de grandes discapacitados.
 4. La enfermedad luxante de la cadera del recién nacido.
 5. La cifosis del adolescente.
46. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones gastrointestinales con la utilización de antiinflamatorios no esteroideos?
1. Historia ulcerosa previa.
 2. Utilización conjunta de esteroides.
 3. Utilización conjunta de anticoagulantes orales.
 4. Enfermedad concomitante grave.
 5. Enfermedad asmática.
47. En el síndrome subacromial el manguito rotador se ve comprometido entre qué estructuras:
1. Bursa subdeltoidea y acromion.
 2. El tendón calcificado del bíceps y la cabeza humeral.
 3. Los ligamentos acromio-claviculares y la tuberosidad menor del húmero.
 4. La porción distal de la clavícula y la apófisis coracoides.
 5. El arco coracoacromial y las tuberosidades del húmero.
48. La complicación más frecuente de la utilización repetida de inyecciones con corticoides en la tendinitis es:
1. Infección.
 2. Efecto sistémico por absorción de esteroides.
 3. Dañar el tendón con la aguja.
 4. Ruptura del tendón.
 5. Reagudización de los síntomas al desaparecer el efecto antiinflamatorio.
49. Una mujer de 70 años realiza un programa de ejercicios aeróbico. ¿Qué puede esperar de ese programa?
1. Aumentar la fuerza muscular.
 2. Aumentar el porcentaje de grasa corporal.
 3. Disminuir las varices.
 4. Disminuir la densidad ósea.
 5. Aumentar la frecuencia cardíaca de reposo.
50. Además del dolor generalizado y de múltiples puntos dolorosos, el síntoma más frecuente en la fibromialgia es:
1. Rigidez matutina.
 2. Parestesias en los miembros superiores.
 3. Fatiga.
 4. Cefalea de tipo Migraña.
 5. Síndrome del Intestino Irritable.
51. En un paciente con ciática y afectación de la raíz L5 por hernia discal a nivel del disco L4-L5 ¿qué hallazgo de la exploración no deberíamos esperar?
1. Debilidad del extensor propio del dedo gordo.
 2. Disminución del reflejo del tendón de Aquiles.
 3. Disminución de la sensibilidad en la parte lateral de la pierna y dorso del pie.
 4. La elevación de la pierna extendida del mismo lado reproduce el dolor.
 5. La fuerza muscular de los peroneos es normal.
52. Todos los músculos siguientes son estabilizadores de la columna lumbar EXCEPTO uno, señálelo:
1. Dorsal ancho.
 2. Cuadrado lumbar.
 3. Músculos abdominales.
 4. Redondo menor.
 5. Iliopsoas.

53. Chequeo de un corsé de Milwaukee: ¿cuál de las siguientes características es ERRÓNEA ?
1. La cesta pélvica no se apoya en las crestas ilíacas.
 2. El borde anterior de la cesta está 2,5 cm por encima de la sínfisis púbica.
 3. El borde lateral pasa 1 cm por encima del trocánter.
 4. La barra anterior está perpendicular al suelo y centrada sobre el corsé.
 5. Las espinas ilíacas antero-superiores y postero-superiores quedan libres y sin molestias.
54. El corsé Lyones puede provocar todas las complicaciones siguientes EXCEPTO una, señálela:
1. Verticalización de las costillas del lado de la convexidad.
 2. Pectus carinatum.
 3. Dilatación aguda del estómago.
 4. Disminución de la capacidad vital.
 5. Escaras.
55. En una Escoliosis de valor angular igual a 20°, estructurada, lumbar, con rotación en L3 de 5°, el masaje terapéutico ¿puede corregir la deformidad?
1. Siempre.
 2. Depende del masajista.
 3. Depende de la técnica.
 4. Nunca.
 5. Unido a la Cinesiterapia.
56. Señale, de las patologías propuestas, cuál es la de máximo riesgo de producir una paraparesia:
1. Espondilitis Anquilopoyética.
 2. Espondilitis Infecciosa.
 3. Espondilolistesis.
 4. Hipercifosis congénita.
 5. Osteoporosis.
57. En una Escoliosis Idiopática, el máximo riesgo de que aumente la curva aparece:
1. A los tres años de edad.
 2. A los ocho años de edad.
 3. En la premenarquia inmediata.
 4. En la postmenarquia.
 5. En el adulto.
58. En una Escoliosis Infantil torácica, el corsé indicado va a ser:
1. Boston.
 2. Charleston.
 3. Milwaukee.
 4. Swain.
 5. Faja Camp.
59. En un joven-adolescente, con dolor dorsal de ritmo mixto y con irregularidad y acunamiento radiológico en dos o más vértebras hay que pensar en:
1. Escoliosis.
 2. Espondilitis Infecciosa.
 3. Espondilolistesis.
 4. Enfermedad de Scheuerman.
 5. Artrosis.
60. En una niña de 11 años que padece una Escoliosis con un valor angular de 40°, el tratamiento más adecuado sería:
1. Natación.
 2. Ejercicios.
 3. Masajes.
 4. Corsé Ortopédico.
 5. Vigilancia.
61. En las Escoliosis Idiopáticas, la consulta inicial, suele ser por:
1. Fiebre.
 2. Dolor.
 3. Proceso respiratorio.
 4. La madre al ver a la niña desnuda.
 5. Resonancia nuclear magnética.
62. En relación a la manipulación vertebral, utilizada en Rehabilitación como medida terapéutica, señale la respuesta correcta:
1. Se puede utilizar en cualquier dolor vertebral.

2. Es ideal en los procesos traumáticos.
 3. Es ideal en las Espondilitis.
 4. Precisa un minucioso diagnóstico.
 5. Facilita la corrección de las deformidades.
63. La frecuencia del dolor de espalda de origen degenerativo, en la práctica diaria de una consulta de Rehabilitación es:
1. 11,5%
 2. 4%
 3. 2,6%
 4. 81%
 5. 22,5%
64. Un dolor lumbar súbito, con rigidez sin antecedentes patológicos, puede deberse a:
1. Neoplasia.
 2. Osteoporosis.
 3. Lumbago.
 4. Espondilitis infecciosa.
 5. Cualquiera de las anteriores.
65. Un anciano con dolor lumbar, con radiología que muestra condensación osteoblástica en un solo cuerpo vertebral, el diagnóstico más probable es:
1. Cáncer de próstata.
 2. Osteoesclerosis.
 3. Fluorosis.
 4. Intoxicación por metal.
 5. Artrosis.
66. En una anciana con un solo acúñamiento vertebral dorsal, sin antecedentes relevantes, el diagnóstico más probable es:
1. Metástasis de un primitivo silente.
 2. Osteoporosis.
 3. Espondilitis Anquilopoyética.
 4. Enfermedad de Scheuerman.
 5. Fiebre de Malta.
67. En un paciente sin afectación del estado general, analítica normal, con pérdida de fuerza en un solo miembro inferior y limitación dolorosa de la movilidad de la columna, el diagnóstico más probable es:
1. Espondilitis.
 2. Hernia discal.
 3. Fibromialgia.
 4. Cáncer metastásico.
 5. Osteoporosis.
68. Un adulto joven se despierta con lumbalgia asiduamente en la segunda mitad de la noche y empieza el día con rigidez de más de media hora. El diagnóstico a considerar es:
1. Artrosis lumbar.
 2. Espondilitis anquilosante.
 3. Enfermedad de Paget.
 4. Espondilitis brucelar.
 5. Espondilitis séptica.
69. Señale la respuesta FALSA sobre el linfedema:
1. El tratamiento se basa en la terapia física compleja.
 2. No existe un tratamiento curativo.
 3. El masaje de drenaje linfático debe ser profundo y enérgico.
 4. La benzopironas pueden tener un efecto beneficioso sobre la circulación linfática.
 5. La etiología más frecuente en los países desarrollados es el vaciamiento ganglionar.
70. En una paciente afecta de linfedema en la extremidad superior, que presenta un cuadro agudo de linfangitis en el miembro linfematoso, la conducta terapéutica debe ser:
1. Benzopironas.
 2. Reposo de la extremidad en posición favorable al drenaje y antibiótico.
 3. Masaje de drenaje linfático manual y antiinflamatorios.
 4. Antibiótico y presoterapia secuencial multi-compartimental.

5. Antiinflamatorios y uso continuado de prenda de presoterapia.
71. Uno de los siguientes objetivos NO puede alcanzarse con la rehabilitación respiratoria.
1. Facilitar la expulsión de secreciones del árbol bronquial.
 2. Mejorar la difusión de gases a través de la membrana alveolo-capilar.
 3. Reexpandir un segmento pulmonar colapsado.
 4. Mejorar la ventilación en zonas pulmonares hipoventiladas.
 5. Potenciar la cinética diafragmática y costal.
72. Una de las siguientes recomendaciones es FALSA, en relación a los objetivos del entrenamiento al esfuerzo en sujetos con insuficiencia cardíaca:
1. Disminuir la hiperadrenergia.
 2. Mejorar el test de la marcha de los seis minutos.
 3. Producir una regresión de la acinesia ventricular.
 4. Disminuir las resistencias periféricas.
 5. Aumentar el pico máximo de V02.
73. ¿Cuál de los siguientes es el factor de peor pronóstico funcional en la hemiplejia post-accidente vascular cerebral?
1. Heminegligencia.
 2. AVC hemorrágico.
 3. Dislalia.
 4. Espasticidad grado 1 de Ashworth.
 5. Babinski espontáneo.
74. Una de las afirmaciones siguientes con relación al hombro doloroso del hemipléjico es FALSA:
1. Aparece sobre todo en las primeras semanas tras el accidente cerebrovascular.
 2. Es más frecuente en las formas espásticas que en las flácidas.
 3. La forma más frecuente de aparición es la subluxación postero-inferior.
 4. El hombro doloroso es una complicación frecuente del hemipléjico.
5. La algodistrofia aparecerá en al menos un 10 a un 15% en pacientes hemipléjicos con hombro doloroso.
75. En relación a la espasticidad, señale la respuesta FALSA:
1. Se define como la disminución de la resistencia al estiramiento muscular pasivo.
 2. Se puede tratar con Lioresal intratecal en lesionados medulares.
 3. Se puede tratar con infiltraciones locales de toxina botulínica.
 4. Es un signo característico de lesión de motoneurona superior.
 5. En la hemiplejia, afecta más a los grupos musculares extensores en la extremidad inferior.
76. Una estudiante de 20 años se despierta en el suelo de su habitación con debilidad en la pierna derecha tras una fiesta en la que bebió bastante alcohol. Tres días después un examen clínico muestra una zona de hiperestesia en el dorso del pie derecho con debilidad de dorsiflexores del tobillo, eversores y extensor del primer dedo. El diagnóstico más probable es:
1. Neuropatía del ciático.
 2. Radiculopatía de L5.
 3. Neuropatía alcohólica.
 4. Neuropatía peroneal debido a la compresión a nivel de la cabeza peroneal.
 5. Plexopatía lumbosacra.
77. Señale la respuesta correcta en relación a las lesiones de nervio periférico.
1. La neurotmesis suele recuperarse en 6 meses.
 2. La axonotmesis tiene peor pronóstico que la neurotmesis.
 3. La degeneración walleriana obliga a tratamiento quirúrgico.
 4. La axonotmesis es típica de las heridas incisas.
 5. La neuropraxia se caracteriza por su reversibilidad.
78. En relación a la polirradiculoneuritis de Guillain Barré, señale la respuesta FALSA:
1. Puede afectar a niños o adultos de ambos sexos.

2. La cinesiterapia se debe realizar evitando la fatiga.
 3. Cursa con debilidad muscular que puede progresar a parálisis.
 4. Cursa con hiperreflexia e hipertonía.
 5. Puede afectar a la musculatura respiratoria y a los pares craneales.
79. En relación al Síndrome de Guillain Barré (SGB), las proposiciones siguientes son ciertas, EXCEPTO una:
1. El SGB es una polirradiculoneuropatía simétrica adquirida que generalmente afecta al principio a los miembros inferiores.
 2. Se inicia generalmente con parestesias de falanges o de la punta de los dedos.
 3. El déficit muscular se va acentuando de día en día y de semana en semana.
 4. Los músculos de la cara y los músculos orofaríngeos se afectan con frecuencia.
 5. Los músculos extrínsecos del ojo y los esfínteres se afectan con frecuencia.
80. En la lesión neurológica por traumatismo craneo-encefálico, señale la respuesta FALSA:
1. Suele haber afectación difusa de la función cerebral.
 2. Entre los niños, los menores de dos años tienen mejor pronóstico.
 3. El test de Glasgow tiene valor pronóstico.
 4. Suele haber afectación cognitiva, de la personalidad o del comportamiento.
 5. Entre sus complicaciones están las calcificaciones para-articulares.
81. En relación al pronóstico de un paciente con traumatismo craneal. ¿Cuál de las siguientes proposiciones es INCORRECTA?:
1. La duración de la amnesia postraumática es un buen indicador pronóstico.
 2. El pronóstico es mejor en el niño en edad escolar y en el adulto que en el recién nacido o en adultos de más de 45 años.
 3. La ausencia del reflejo pupilar fotomotor uni o bilateral es un elemento de mal pronóstico.
 4. Las lesiones asociadas musculoesqueléticas graves son elementos de mal pronóstico.
 5. La imagen del escáner cerebral es un buen indicador pronóstico tras un traumatismo craneal grave.
82. Señale entre las siguientes la causa MENOS frecuente de discapacidad motora en la infancia:
1. Parálisis cerebral.
 2. Mielodisplasia.
 3. SDA congénito.
 4. Distrofia muscular.
 5. Traumatismo craneoencefálico.
83. En un niño con desarrollo normal, ¿cuál de los siguientes reflejos puede permanecer a los siete meses de edad?:
1. Tónico cervical asimétrico.
 2. Moro.
 3. Grasping palmar.
 4. Grasping plantar.
 5. Landau.
84. Señale la respuesta FALSA en relación a la parálisis cerebral infantil:
1. Siempre hay alteración motora.
 2. Se debe a una lesión progresiva en el sistema nervioso central en desarrollo.
 3. Puede presentarse con diferentes patrones de alteración neurológica.
 4. Puede presentarse con hipotonía o con espasticidad.
 5. Entre las técnicas de terapia física que se utilizan se encuentra el método Bobath.
85. La terapia de la locomoción refleja de Vöjta consiste en:
1. Desencadenar unos movimientos reflejos segmentarios.
 2. Poner resistencia a los movimientos que hace el paciente para escaparse de la postura de partida.
 3. Desencadenar unos patrones globales de locomoción, a los que se opone resistencia.

4. Provocar unos movimientos resistidos haciendo llorar al niño.
 5. Nada de lo anterior es cierto.
86. En relación al mielomeningocele señale la respuesta FALSA:
1. En los países desarrollados, su frecuencia ha disminuido en los últimos 10 años.
 2. Se acompaña de hidrocefalia en un 90% de los casos.
 3. Se debe controlar el riesgo de luxación de cadera.
 4. El control de esfínteres suele ser normal.
 5. Hay riesgo de enfermedad renal crónica.
87. Las estrategias diagnósticas de la rehabilitación infantil incluyen todos los apartados siguientes, EXCEPTO uno, señálelo:
1. Se apoyan en la identificación de trastornos madurativos.
 2. Se basan en la identificación de un trastorno motor.
 3. Se basan exclusivamente en la filiación de la enfermedad.
 4. Sirven de guía para evaluar los resultados del tratamiento.
 5. Valoran la tipografía y clasificación de la enfermedad y de la discapacidad.
88. El desarrollo infantil se estudia, desde Gesell, analizando los campos siguientes:
1. Conducta motriz, adaptativa, lenguaje y personal-social.
 2. Capacidad mental y reflejos primitivos.
 3. Análisis del movimiento y actividades de la vida diaria.
 4. Exámenes de laboratorio y neuroimagen.
 5. Test de inteligencia general y neuroimagen.
89. En relación con el Lioresal como medicamento para la espasticidad, ¿cuál de los siguientes postulados es correcto?
1. La toxicidad hepática limita su empleo.
 2. La primera acción la ejerce tanto sobre el músculo estriado como sobre el liso.
 3. Su acción se ejerce sobre el Sistema Nervioso Periférico.
 4. No está indicado en la espasticidad espinal.
 5. Es análogo al ácido gamma-aminobutírico (GABA).
90. Un paciente varón de 72 años sufre de dolor de ambos miembros inferiores al descender por una pendiente, y que desaparece al descansar de cinco a 10 minutos. El pulso pedio, es fácilmente palpable bilateralmente. El estudio electrodiagnóstico es normal. A través de una tomografía axial computarizada se confirma el diagnóstico de cambios degenerativos a nivel lumbar así como estrechamiento del canal medular. La recomendación inicial sería:
1. Colocar una ortesis toraco-lumbo-sacra.
 2. Practicar una laminectomía lumbar.
 3. Realizar ejercicios de extensión lumbar.
 4. Realizar ejercicios de flexión lumbar y retroversión pélvica.
 5. Pautar un programa de marcha estructurada.
91. El riesgo de que aparezca una disrreflexia autónoma en un lesionado medular aumenta cuando el nivel de la lesión es superior a:
1. C 5.
 2. C 6.
 3. T2.
 4. T6.
 5. T12.
92. ¿Hasta qué nivel vertebral se extiende la médula espinal (cono medular)?
1. T12-L1.
 2. L1-L2.
 3. L2-L3.
 4. L2-L4.
 5. L5-S1.
93. La «escápula alada» aparece en la debilidad de:
1. Trapecio (fibras medias).
 2. Romboides mayor.

3. Romboides menor.
 4. Serrato mayor.
 5. Angular del omóplato.
94. ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo se asocia con mayor frecuencia a trombosis venosa profunda en un adulto con accidente vascular cerebral?
1. Sexo masculino.
 2. Exceso ponderal.
 3. Hábito tabáquico.
 4. Inmovilidad.
 5. Senilidad.
95. En la etiopatogenia de la parálisis cerebral infantil ¿cuál de los cinco factores de riesgo enumerados es el más importante?
1. Incompatibilidad Rh.
 2. Distocia social.
 3. Prematuridad.
 4. Consanguinidad de los padres.
 5. Diabetes gestacional.
96. La distrofia muscular de Duchenne se caracteriza por los siguientes criterios, EXCEPTO:
1. Las primeras manifestaciones clínicas aparecen hacia los tres a cinco años.
 2. Las primeras dificultades se manifiestan por torpeza, dificultad para caminar y caídas frecuentes.
 3. La debilidad muscular suele ser asimétrica.
 4. La debilidad afecta al principio a músculos de la cintura pélvica y más tarde a los de la cintura escapular.
 5. La muerte suele deberse a una insuficiencia respiratoria.
97. La causa más frecuente de amputaciones en la extremidad inferior es:
1. La tumoral.
 2. La traumática.
 3. La vascular.
 4. La infecciosa.
 5. La congénita.
98. En el encaje cuadrangular para un amputado transfemoral, el principal apoyo se encuentra:
1. En el extremo del muñón de amputación.
 2. En el triángulo de Scarpa.
 3. En el isquion.
 4. En los glúteos.
 5. En el periné.
99. La mayor ventaja de la amputación distal de antebrazo es:
1. La mejor estética de la prótesis.
 2. El mayor brazo de palanca.
 3. Poder usar el dispositivo terminal mioeléctrico.
 4. Conservar la pronosupinación.
 5. No precisar correa de suspensión.
100. La prótesis PTB tiene sus principales apoyos en:
1. El fondo de encaje y espina tibial.
 2. El cóndilo tibial interno.
 3. El hueco poplíteo y en los tendones flexores.
 4. La cabeza del peroné y extremo del peroné.
 5. El extremo distal de la tibia.
101. En una prótesis de muslo, si el encaje está muy retrasado con relación al eje de la rodilla:
1. La rodilla seguramente se doblará en la fase de apoyo.
 2. La rodilla será estable.
 3. El paciente no puede caminar.
 4. El paciente no lo notará.
 5. Está en la mejor posición.
102. ¿Cuál de estas definiciones corresponde a la de Láser?
1. Amplificación de la luz para estimular los sistemas de reparación.

	PREGUNTAS	RESPUESTAS
2. Emisión radioactiva amplificada por estimulación lumínica.		
3. Amplificación de la luz mediante la emisión estimulada de una radiación.	1	5
4. Emisión estimulada de la luz mediante la amplificación de una radiación.	2	3
5. Ninguna de ellas.	3	4
	4	2
	5	1
	6	4
103. ¿Cuál de estos efectos es el que corresponde a la radiación infrarroja?	7	4
	8	1
1. Efecto térmico superficial.	9	2
2. Efecto térmico profundo.	10	2
3. Efecto bioestimulante de la piel.	11	4
4. Efecto bactericida.	12	5
5. Ninguno de ellos.	13	3
	14	1
	15	3
104. La extensión de codo corresponde en su mayor proporción a un nivel neurológico de:	16	3
	17	4
	18	3
1. C4.	19	4
2. C5.	20	no válida
3. C6.	21	5
4. C7.	22	4
5. C8.	23	3
	24	5
	25	3
105. En el tratamiento rehabilitador de un flexo bilateral de caderas, las técnicas cinésiterápicas de estiramiento muscular:	26	1
	27	3
	28	2
1. Deberían realizarse simultáneamente sobre ambas caderas.	29	3
2. Deberían realizarse con el paciente en decúbito supino.	30	5
3. La duración del tratamiento no debería ser superior a 10 minutos diarios.	31	2
4. Están indicadas sólo en etiologías traumáticas.	32	3
5. Deberían realizarse de forma alterna en ambas caderas.	33	4
	34	5
	35	1
	36	2
	37	4
	38	3
	39	2
La Comisión anuló la pregunta 20 al considerar que el enunciado final que se aportó a los aspirantes tenía más de una contestación válida.	40	2
	41	3
Las respuestas que se dieron por válidas en el resto de las preguntas fueron las siguientes:	42	5
	43	4

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PREGUNTAS	RESPUESTAS
44	4	75	1
45	4	76	4
46	5	77	5
47	5	78	4
48	4	79	5
49	1	80	2
50	3	81	5
51	2	82	3
52	4	83	5
53	1	84	2
54	2	85	3
55	4	86	4
56	4	87	3
57	3	88	1
58	3	89	5
59	4	90	4
60	4	91	4
61	4	92	2
62	4	93	4
63	4	94	4
64	5	95	3
65	1	96	3
66	2	97	3
67	2	98	3
68	2	99	4
69	3	100	2
70	2	101	1
71	2	102	3
72	3	103	1
73	1	104	4
74	3	105	5