

Cuestionario de examen de la fase de oposición correspondiente a la categoría de **FACULTATIVO/A ESPECIALISTA DE ÁREA, ESPECIALIDAD CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA** según la RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 2024, de la Dirección Gerencia, por la que se convoca proceso selectivo para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en la categoría de Facultativo Especialista de Área, especialidad Cirugía Ortopédica y Traumatología en las instituciones sanitarias del Servicio Extremeño de Salud

Fecha del ejercicio: 8 de noviembre de 2025

Turno libre

El ejercicio consiste en:

- **152 preguntas (de las cuales 16 versarán sobre el programa de materias comunes).**
- Más 12 preguntas adicionales de reserva (de las cuales 2 versarán sobre el programa de materias comunes).
- **Tiempo: 180 minutos.**
- Cada pregunta plantea cuatro respuestas alternativas de las que SÓLO UNA es la correcta.
- Por cada TRES respuestas erróneas se restará UNA respuesta válida.

1. En la exploración de la fuerza del cuádriceps de un paciente, éste presenta elevación de la pierna contra gravedad y contra resistencia mínima. ¿Cómo tipificaría la evaluación del paciente?

- a) 3
- b) 3+
- c) 4-
- d) 4+

2. En relación a la técnica de Masquelet:

- a) Debe realizarse en un único acto quirúrgico.
- b) No se debe realizar sin retirada de osteosíntesis medulares previas.
- c) La membrana reactiva a cuerpo extraño no se debe retirar.
- d) El injerto óseo se debe añadir al cemento de manera adyuvante.

3. En relación a los sustitutos óseos, la osteoinducción hace referencia a:

- a) Capacidad del sustituto óseo para proporcionar una estructura física para el crecimiento óseo.
- b) Capacidad del sustituto óseo para la transformación celular.
- c) Capacidad de formación activa de hueso por células vivas.
- d) Modulación de la cascada natural de la reparación ósea.

4. En la cementación de tercera generación indique cuál es la afirmación CORRECTA:

- a) PMMA de baja viscosidad y presurización con pistola.
- b) PMMA de alta viscosidad y presurización con pistola.
- c) PMMA de baja viscosidad con centrifugación en vacío.
- d) PMMA de alta viscosidad con centrifugación en vacío.

5. La artrocentesis de un paciente obtiene un líquido de aspecto opaco y amarillo, de baja viscosidad, con 46.500 leucocitos (82% de PMN). De manera clásica aceptaremos que se trata de un líquido:

- a) Inflamatorio.
- b) Infeccioso.
- c) Mecánico.
- d) Normal.

6. Sobre la osteomielitis indique cuál es la afirmación CORRECTA:

- a) La infección hematógena del hueso es más frecuente en niños y adolescentes.
- b) En niños y adolescentes es normal en la localización metafisaria la afectación articular.
- c) El cartílago fisario en los lactantes es una barrera para su propagación a la articulación.
- d) En los adultos la localización habitual son los huesos largos.

7. Respecto al absceso de Brodie indique qué afirmación es FALSA:

- a) Se localiza con mayor frecuencia en la zona diafisaria de los huesos largos.
- b) Afecta fundamentalmente a niños y adolescentes.
- c) Se trata de un proceso infeccioso.
- d) El osteoma osteoide se incluye en el diagnóstico diferencial.

8. La característica que define la neuroapraxia es:

- a) Falta de continuidad axonal, pero con capacidad para recuperación.
- b) Continuidad axonal pero lesión de los tubos endoneurales.
- c) Produce degeneración walleriana.
- d) Existe continuidad axonal.

9. Ante un síndrome compartimental de la pierna, qué incisión o incisiones le permitirían abordar todas las fasciotomías:

- a) Incisión lateral para los compartimentos posteriores e interna para el compartimento anterior.
- b) Incisión lateral para los compartimentos anterior y peroneo e interna para los compartimentos posteriores.
- c) Incisión dorsal para los compartimentos posteriores y peroneo e interna para el compartimento anterior.
- d) Se requerirán incisiones independientes para cada compartimento.

10. Tras un traumatismo en la muñeca, un niño presenta en su radiografía el signo de “Thurs-tan Holland”. ¿Cómo clasificaría la lesión?

- a) Epifisiolisis tipo III.
- b) Epifisiolisis tipo IV.
- c) Epifisiolisis tipo II.
- d) No se trata de una epifisiolisis.

11. Tras un traumatismo de alta energía: caída desde altura, un paciente presenta en su radiografía una fractura de la apófisis transversa de L5. Esta lesión debe hacernos sospechar:

- a) Fractura por flexión distracción de la columna.
- b) Disociación espinopélvica.
- c) Lesión visceral oculta.
- d) Fractura de la pars interarticularis.

12. Una escoliosis que presenta criterios de estructuralidad en las zonas torácica proximal, torácica principal y toracolumbar-lumbar, según la clasificación de Lenke es una curva tipo:

- a) Tipo 1.
- b) Tipo 2.
- c) Tipo 3.
- d) Tipo 4.

13. Un paciente presenta radiculalgia cervical con irradiación por cara dorsal de brazo y antebrazo, disminución del reflejo tricipital y pérdida de fuerza para la flexión de la muñeca y la extensión de los dedos. La raíz nerviosa más probablemente comprometida será:

- a) C6.
- b) C7.
- c) C8.
- d) C5.

14. Sobre las fracturas vertebrales tipo A2 de la AO, indique la afirmación CORRECTA:

- a) Asocian lesión ligamentosa.
- b) Su indicación quirúrgica depende del grado de cifosis.
- c) Tienden a la pseudoartrosis por la interposición de material discal.
- d) Si se instrumentan es aconsejable hacer cifoplastia asociada.

15. Indique la afirmación CORRECTA sobre las osteotomías de Smith-Petersen:

- a) Permite la corrección de hasta 30° por nivel.
- b) Requiere de la flexibilidad de la columna anterior.
- c) Técnicamente hay que respetar las facetas articulares.
- d) Su principal ventaja es su uso en un único nivel.

16. Ante una hernia discal lumbar foraminal del nivel L3-L4, con clínica positiva, indique qué afirmación es correcta:

- a) El dolor irradiará por la cara anterior del muslo.
- b) El dolor irradiará por la cara interna de la pierna.
- c) La prueba de Lasègue será probablemente positiva.
- d) La afectación de la fuerza se correspondería con el tibial anterior.

17. En relación a la fijación iliosacra con tornillos, indique qué afirmación es CORRECTA:

- a) En las fracturas de sacro en la zona B de Denis se recomienda la rosca parcial.
- b) En la disyunción sacroilíaca no se deben usar tornillos de rosca parcial.
- c) La visión Inlet permite la localización del tornillo en el plano anteroposterior.
- d) Sólo puede realizarse con seguridad con el paciente en decúbito supino.

18. ¿Cuál de los siguientes síntomas o signos no es propio de la mielopatía?

- a) Hiporreflexia.
- b) Clonus.
- c) Reflejo cutáneo plantar extensor.
- d) Alteración de la marcha.

19. Un paciente acude a la consulta refiriendo una clínica de claudicación a la marcha. Indique cuál de los siguientes datos clínicos nos hará pensar en una estenosis de canal:

- a) El paciente refiere que empeora cuando sube pendientes.
- b) El paciente refiere que empeora si hace bicicleta estática.
- c) El paciente refiere que empeora en bipedestación.
- d) El paciente mejora con la extensión del tronco.

20. En relación a la técnica TLIF (abordaje transforaminal), indique qué afirmación es FALSA:

- a) Se puede lesionar la raíz contralateral al lado del abordaje.
- b) No se recomienda en caso de reintervención.
- c) Se puede dañar la raíz superior al nivel intervenido.
- d) Se recomienda su uso en niveles lumbares superiores.

21. En relación a la escala MESS (mangled extremity severity score) indique qué enunciado es CIERTO:

- a) Una puntuación de 5 indicaría la amputación.
- b) La edad no se considera criterio en la evaluación.
- c) En la evaluación de la isquemia se evalúa el doble la isquemia superior a seis horas.
- d) No se tiene en consideración en la escala el estado hemodinámico del paciente.

22. En la artroscopia de hombro, el portal anterosuperior atraviesa:

- a) Medial a deltoides.
- b) Deltoides y subescapular.
- c) Deltoides y pasa por el intervalo rotador.
- d) Deltoides y bíceps braquial.

23. En el hombro, la lesión SLAP tipo III es:

- a) Rotura en asa de cubo del labrum superior sin afectación del bíceps.
- b) Desprendimiento del labrum superior en la zona de anclaje del bíceps.
- c) Rotura del labrum superior con rotura asociada del ligamento glenohumeral medio.
- d) Tenosinovitis de la porción larga del bíceps.

24. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de mal pronóstico en una lesión del plexo braquial?

- a) Afectación de todo el plexo.
- b) Síndrome de Horner presente.
- c) Parálisis de músculos paraescapulares.
- d) Afectación de la porción superior, ya que suele ser por avulsión.

25. ¿Cuál es la alteración que se asocia con mayor frecuencia a la Enfermedad de Sprengel?

- a) Síndrome de Klippel-Feil.
- b) Espina bífida.
- c) Pseudoartrosis de clavícula.
- d) Escoliosis.

26. Señale la respuesta INCORRECTA respecto a la definición de roturas irreparables del manguito rotador:

- a) Desprendimiento de 2 o más tendones completos.
- b) Retracción del tendón hasta el nivel glenoideo o más allá.
- c) Migración hacia arriba de la cabeza humeral.
- d) Infiltración grasa severa.

27. Respecto a las prótesis invertidas de hombro, cuál de los siguientes criterios que deben cumplir los pacientes es FALSO:

- a) Rotura irreparable del manguito de los rotadores.
- b) Integridad y funcionalidad del músculo deltoides y nervio axilar.
- c) Edad avanzada o baja demanda funcional, dado que no se recomienda en jóvenes activos.
- d) Integridad del supraespinoso como requisito indispensable para un buen resultado.

28. El tratamiento de una fractura de la diáfisis humeral debe ser quirúrgico en uno de estos supuestos, ¿en cuál?

- a) Fractura oblicua larga.
- b) Fractura conminuta.
- c) Fractura de Holstein-Lewis.
- d) Fractura ipsilateral de cúbito y radio.

29. Una mujer de 35 años ingresa de urgencias con una lesión en el codo que incluye: fractura de más del 50% de la coronoides, fractura conminuta de la cabeza radial y luxación de codo. ¿Cuál es el tratamiento más apropiado?

- a) Artroplastia de la cabeza radial, reducción abierta y osteosíntesis de la coronoides más reparación del ligamento colateral lateral.
- b) Osteosíntesis de la cabeza radial, reducción abierta y osteosíntesis de la coronoides.
- c) Resección de la cabeza radial y reparación del ligamento colateral lateral.
- d) Resección de la cabeza radial y reducción abierta y osteosíntesis de la coronoides.

30. En la artrosis de muñeca señale la respuesta CORRECTA:

- a) La fusión en "cuatro esquinas" se realiza en la muñeca SLAC/SNAC tipo I.
- b) La carpectomía proximal está contraindicada en las contracturas en flexión, como en las parálisis cerebrales o artrogriposis.
- c) La denervación de muñeca, parcial o total, está indicada en muñecas artrósicas con dolor y arco de movilidad mantenido (al menos un 50%).
- d) La artrodesis total de muñeca está indicada únicamente en casos de artrosis precoz y con movilidad preservada.

31. La angulación tolerada en las fracturas diafisarias del 5º metacarpiano para optar por un tratamiento conservador es:

- a) 30°
- b) 40°
- c) 50°
- d) 20°

32. En la Parálisis Obstétrica de Erb – Duchenne (C5-C6) es cierto que:

- a) Afecta a los músculos intrínsecos de la mano.
- b) Es la de mejor pronóstico.
- c) Es la de peor pronóstico.
- d) La actitud es de aducción y rotación del hombro con codo en extensión.

33. En el estadio II de la Enfermedad de Kienböck el tratamiento indicado es:

- a) Inmovilización.
- b) Descargar el semilunar y procedimiento de revascularización.
- c) Artrodesis intercarpiana.
- d) Artrodesis total de muñeca.

34. En un paciente con sección completa del nervio mediano a nivel de la muñeca, ¿cuál es la alteración funcional más destacada?

- a) Pérdida de flexión de la articulación interfalángica distal del índice y pulgar.
- b) Déficit de abducción del pulgar.
- c) Pérdida de flexión de los últimos cuatro dedos.
- d) Hiperextensión de la muñeca.

35. Respecto al abordaje quirúrgico de las fracturas de antebrazo, la respuesta INCORRECTA es:

- a) En la vía de Thompson, la disección superficial se realiza entre el extensor común de los dedos y el extensor carpi radialis brevis.
- b) La vía de Henry utiliza el plano entre el brachioradialis y el pronador redondo / palmar mayor.
- c) La supinación del antebrazo ayuda a proteger el nervio interóseo posterior en la vía de Thompson.
- d) El abordaje de Boyd es un abordaje del cúbito proximal.

36. Señale la respuesta INCORRECTA respecto a la rotura espontánea del extensor largo del pulgar tras una fractura de radio distal:

- a) La lesión también se asocia a pacientes con artritis reumatoide
- b) Puede aparecer incluso en fracturas sin desplazar
- c) Se puede tratar con la transposición del extensor propio del 2º dedo
- d) La rotura espontánea diferida tras fractura puede deberse a un proceso isquémico del tendón en el 2º compartimento de los extensores.

37. En una radiografía de muñeca, ¿cuál NO es un signo de inestabilidad de la articulación radiocubital distal?

- a) Fractura de la base de la estiloides cubital.
- b) Subluxación dorsal del cúbito distal.
- c) Acortamiento relativo del radio respecto al cúbito superior a 5 mm.
- d) Fractura de cúbito con una oblicuidad mayor a 30°.

38. En la clasificación de Bado de la fractura-luxación de Monteggia, ¿qué elemento define el tipo IV?

- a) Luxación posterolateral de la cabeza radial sin fractura.
- b) Fractura del cúbito y del radio proximal con luxación de la cabeza radial.
- c) Fractura-luxación con lesión neurovascular asociada.
- d) Fractura del cúbito en varo con luxación del olécranon.

39. Señale la respuesta FALSA en relación con el tratamiento quirúrgico de las fracturas tipo C de AO del extremo distal del húmero:

- a) La utilización de dos placas paralelas con interdigitación de tornillos bloqueados es la opción biomecánicamente más estable.
- b) Se recomienda abordaje combinado medial y lateral.
- c) Debe realizarse osteosíntesis con dos placas.
- d) En caso de conminución metafisaria puede ser necesario acortar el húmero hasta 2 cm.

40. Respecto a la pseudoartrosis congénita de clavícula, señale la respuesta CORRECTA:

- a) Es más frecuente en varones y con presentación unilateral.
- b) Se manifiesta como tumoración indolora en el tercio medio de la clavícula.
- c) Se caracterizan por una pérdida de la movilidad de la cintura escapular.
- d) Precisan cirugía precoz durante el primer año de vida.

41. Un aumento de la rotación tibial externa de rodilla a 90° de flexión tras lesión ligamentosa, se relaciona con mayor frecuencia con:

- a) Rotura combinada de ligamento cruzado anterior y de ligamento lateral externo.
- b) Rotura combinada de ligamento cruzado posterior y de ligamento lateral externo.
- c) Rotura combinada de ligamentos laterales interno y externo.
- d) Rotura combinada de ligamento cruzado anterior y de ligamento lateral interno.

42. Con relación al equilibrado de los gaps de flexión y extensión en una prótesis total de rodilla, si tuviésemos un gap en flexión estrecho (no flexiona) y un gap en extensión normal, ¿qué gesto quirúrgico efectuaría?

- a) Cortar más tibia proximal.
- b) Reducir el tamaño antero posterior del componente femoral.
- c) Cortar más fémur distal.
- d) Aumentar el tamaño antero posterior del componente femoral.

43. Según la clasificación de Ahlbäck, el grado II se corresponde con:

- a) Disminución de la interlínea articular en un 50% respecto al lado sano.
- b) Erosión ósea leve ($< 0,5$ cm).
- c) Desaparición de la interlínea articular.
- d) Erosión ósea moderada ($0,5 - 1$ cm).

44. Una niña, deportista de élite, de 12 años, sufre una rotura completa del ligamento cruzado anterior. Tiene un estadio 3 en la escala de Tanner del desarrollo físico. A la hora de considerar una técnica de reconstrucción transfisaria de la rotura del LCA, ¿cuál de los siguientes factores tiene mayor potencial de causar lesiones fisarias en la tibia?

- a) Posición horizontal y oblicua del túnel transfisario .
- b) Fresado lento del túnel transfisario.
- c) Diámetro pequeño del túnel transfisario.
- d) Posición vertical del túnel transfisario.

45. Mujer de 45 años. Presenta gonalgia derecha mecánica que no mejora con tratamiento médico. En el estudio radiográfico existe deformidad en valgo de la rodilla, presentando pinzamiento articular lateral exclusivamente y con integridad ligamentosa en la RMN. La opción más recomendable sería:

- a) Artroplastia total de rodilla.
- b) Osteotomía valguizante de tibia.
- c) Osteotomía varizante de fémur.
- d) Prótesis unicompartmental.

46. ¿Cuál de las siguientes NO es una opción recomendable en el tratamiento de una osteocondritis disecante inestable?

- a) Trasplante de condrocitos autólogos.
- b) Mosaicoplastia.
- c) Perforaciones retrógradas.
- d) Fijación del fragmento.

47. La triada desgraciada de la rodilla implica tres estructuras anatómicas, ¿cuáles son?

- a) Ligamento colateral medial, ligamento cruzado posterior y cruzado anterior.
- b) Ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior y menisco medial.
- c) Ligamento colateral lateral, ligamento cruzado posterior y menisco lateral.
- d) Ligamento colateral medial, ligamento cruzado anterior y menisco medial.

48. ¿Cuál es la localización más frecuente de la sinovitis villonodular pigmentada localizada?

- a) Tobillo.
- b) Cara anterior de la rodilla.
- c) Cara posterior de la rodilla.
- d) Cadera.

49. En una paciente mujer de 21 años de edad, que presenta episodios de luxación recidivante de rótula derecha, indique la respuesta CORRECTA:

- a) El estabilizador rotuliano más importante, con la rodilla entre 60 y 90° de flexión, es el ligamento patelo femoral medial.
- b) La telemetría de extremidades inferiores no sirve para valorar desplazamientos rotulianos laterales.
- c) Es aconsejable completar el estudio mediante un TAC, realizado con la rodilla entre 30° y 60° de flexión, cuando falle el tratamiento conservador.
- d) El estudio mediante artro-TAC nos dará una información más certera sobre la alineación patelar.

50. Respecto al tratamiento quirúrgico de las roturas de LCA, señale la respuesta CORRECTA:

- a) La realización de una plastia extraarticular en lesiones de LCA es una técnica terapéutica de reciente desarrollo.
- b) La técnica de Sonnery-Cottet se basa en la reconstrucción anatómica conjunta del LCA y del ligamento anterolateral, mediante plastia autóloga de pata de ganso.
- c) La reconstrucción bifascicular de LCA aporta mayor estabilidad rotacional que la reconstrucción anatómica monotúnel.
- d) Lo más importante es la realización de los túneles óseos, dada la isometría del LCA original.

51. Con respecto a las lesiones meniscales asociadas a las fracturas proximales de la tibia, es CIERTO que:

- a) Se presentan con mayor frecuencia en las fracturas Schatzker tipo III.
- b) Afectan por igual al menisco externo y al interno.
- c) Las roturas periféricas son las lesiones más comunes.
- d) En las fracturas de tibia proximal es excepcional la presencia de lesiones meniscales asociadas.

52.Cuál de los siguientes enunciados es INCORRECTO, en relación a las fracturas diafisarias de la tibia:

- a) La disposición subcutánea de la cara interna de la tibia aumenta la incidencia de fracturas abiertas.
- b) Hoy en día el enclavado endomedular en las fracturas de tibia se implanta por un abordaje suprapatelar o infrapatelar.
- c) El síndrome compartimental es una complicación relativamente frecuente en las fracturas diafisarias cerradas de la tibia tratadas con enclavado.
- d) La tasa de consolidación viciosa es prácticamente inexistente tras el enclavado endomedular, por lo que no requiere vigilancia radiográfica periódica.

53. De la osteocondritis disecante de la rótula, una de las siguientes respuestas es CORRECTA:

- a) Normalmente se asienta en la cresta patelar y en su polo superointerno.
- b) Es frecuente en varones deportistas en la segunda década de la vida.
- c) En menores de 16 años hay que hacer fijación artroscópica.
- d) Las perforaciones a lo Pridie son muy efectivas sobre todo si el fragmento desprendido es grande.

54. Una de las siguientes afirmaciones sobre las fracturas de la rótula es FALSA:

- a) El sistema más usado para su reparación quirúrgica, es el de AO en banda de tensión, con el alambre directamente sobre el hueso, sin partes blandas interpuestas.
- b) En las fracturas verticales desplazadas más de 3 mm está indicada la osteosíntesis con tornillos de esponjosa.
- c) Es importante reparar la lesión de los retináculos.
- d) La pérdida de reducción de hasta un 20%, es la complicación más frecuente seguida de la mala consolidación y la rigidez sobre todo en flexión.

55. La luxación de rodilla es siempre una urgencia ortopédica. Una de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

- a) La más frecuente es por un mecanismo lateral en valgo en los atropellos.
- b) La tipo IV tiene afectación de ambos cruzados y de las esquinas posterolateral y posteromedial.
- c) Dada la gravedad de las lesiones y sus posibles implicaciones legales no se debe reducir hasta tener la radiografía en Urgencias.
- d) Hay que colocar la férula en extensión para evitar las rigideces por fibrosis de la cápsula posterior.

56. La osteotomía varizante femoral NO estaría indicada en:

- a) Rodilla sintomática con fracaso de tratamiento conservador y afectación unicompartimental externa.
- b) Deformidad axial congénita en paciente joven.
- c) Para mejorar tracking femoropatelar en rodillas valgus.
- d) Rodilla sintomática con fracaso de tratamiento conservador y afectación unicompartimental interna.

57. Adulto joven, sin factores de riesgo conocidos, activo sexualmente, se presenta en consulta por dolor en la rodilla izquierda, con fiebre y derrame articular. Se realiza punción articular con cultivo rutinario negativo. El germen primario a sospechar es:

- a) Mycoplasma hominis.
- b) Candida albicans.
- c) Staphylococcus lugdunensis.
- d) Neisseria gonorrhoeae.

58. Sobre las infiltraciones articulares en el tratamiento de gonartrosis sintomática rebelde a tratamiento conservador, es CIERTO que:

- a) El ácido hialurónico es claramente superior a AINE orales en el tratamiento del dolor
- b) El ácido hialurónico puede usarse en rodillas con gonartrosis avanzadas de manera rutinaria.
- c) Los estudios disponibles sobre infiltración con PRP aún no tienen el nivel de evidencia suficiente para ser indicación estándar.
- d) Los corticoides tienen efecto duradero en el tiempo.

59. Los resultados de la osteotomía tibial:

- a) Empeoran con el tiempo, teniendo una supervivencia libre de PTR de unos pocos años.
- b) Son mantenidos en el tiempo, evitando la colocación de PTR en la mayoría de pacientes.
- c) No influyen en la técnica quirúrgica para colocar PTR en caso de fracaso.
- d) Provocan que la PTR colocada en caso de fracaso tenga peor resultado que la PTR sobre rodilla virgen.

60. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA cuando nos referimos al balance ligamentoso en artroplastia total de rodilla?

- a) Si decidimos optar por retención del ligamento cruzado posterior, el desbalance ligamentoso puede provocar un fenómeno de lift-off en el platillo tibial.
- b) Las prótesis con sacrificio del ligamento cruzado posterior exigen un adecuado control de los gaps en flexión y extensión para prevenir complicaciones como el flexo y la luxación de componentes.
- c) Las prótesis constreñidas se indican en casos de grave alteración de la estabilidad de la rodilla.
- d) En las prótesis constreñidas hay menor porcentaje de aflojamiento por la recuperación de la estabilidad ligamentaria absoluta por el diseño de la prótesis.

61. Respecto a los criterios para mantener un tratamiento conservador en una fractura diafisaria de tibia y peroné, indique la respuesta INCORRECTA:

- a) Varo / valgo máximo de 5°.
- b) Aposición cortical como mínimo de 50%.
- c) Acortamiento máximo de 1 cm .
- d) Rotación aceptable hasta 20°.

62. Dentro de las opciones del tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de rótula, ¿cuál NO es cierta?

- a) La reparación del LFPM da peor resultado si existe lesión condral previa.
- b) La trocleoplastia puede emplearse en casos leves como primera opción.
- c) La realineación distal puede realizarse si la distancia ST-TAT es mayor de 20 mm.
- d) La liberación retináculo lateral ha sido el único tratamiento que ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la inestabilidad rotuliana cuando se realiza de manera aislada.

63. Respecto a los resultados de la sutura meniscal, NO es cierto que:

- a) Mejores resultados en el menisco interno.
- b) Mejor si se asocia a reconstrucción del LCA.
- c) Se realiza dentro de la zona vascular.
- d) Mejor en roturas longitudinales verticales.

64. Respecto a la tendinitis del poplíteo, NO es cierto que:

- a) Se puede originar por actividades como carrera de fondo, ciclismo o esquí.
- b) Aparece dolor insidioso al tiempo de iniciar el ejercicio, que le impide continuar, siendo más intenso en carga a 15-30° de flexión y durante la fase inicial del paso.
- c) El tratamiento más recomendado es la cirugía.
- d) Reposo, AINES y modificación de actividades suelen ser suficientes para su curación.

65. Dentro de las complicaciones de la prótesis total de rodilla, NO es cierto que:

- a) El aflojamiento es la primera causa de fracaso a largo plazo.
- b) La causa más frecuente de inestabilidad protésica es el desequilibrio ligamentoso.
- c) El “clunk patelar” se aprecia fundamentalmente en las prótesis con retención del cruzado.
- d) En caso de rigidez, si los pacientes presentan <90° de flexoextensión en las primeras 6 semanas postoperatorias sin signos de mejoría, se recomienda la manipulación bajo anestesia.

66. Paciente de 38 años, activo y deportista, derivado desde Atención Primaria, por dolor inguinal, que empeora con el ejercicio, flexión, aducción y rotación interna. A la exploración, presenta limitación de la flexión, con dolor y rotaciones, más limitada la rotación interna, como esta clínica, el diagnóstico más probable es:

- a) Hernia inguinal.
- b) Discopatía lumbar.
- c) Choque femoroacetabular.
- d) Necrosis Vascular de cadera.

67. Paciente de 79 años, coxalgia severa izquierda, con flexum de cadera izquierda y dismetría de 3 cm. Presenta como antecedentes de interés, cardiopatía isquemia, con controles correctos, por cardiología. Fractura pertrocanterea de cadera izquierda, intervenida hace 8 meses, reducción y osteosíntesis con clavo endomedular corto. A la exploración presenta coxalgia severa izquierda con rotaciones abolidas, flexión de cadera. Exploración vasculonerviosa, normal. Cicatriz en miembro inferior izquierdo, de cirugía previa, sin signos de infección. En el estudio radiológico se objetiva coxartrosis izquierda, movilización de clavo de osteosíntesis. Signos de pseudoartrosis extremidad proximal de fémur izquierdo. La opción de tratamiento, más CORRECTA, para este paciente, por su edad, tipo de patología y antecedentes médicos, es:

- a) Tratamiento conservador. No caminar, vida cama sillón, desplazamiento en silla de ruedas.
- b) Retirar clavo corto, realizar nueva osteosíntesis con clavo largo.
- c) Retirada de clavo. Sustitución protésica, con vástago largo, cotilo doble movilidad.
- d) Retirada clavo, Artroplastia de resección.

68. Dentro de los factores que favorecen la inestabilidad PTC el más importante y más frecuente es:

- a) PTC en fractura cadera.
- b) Malposición de los componentes.
- c) Cirugía previas.
- d) Cirugía de fusión lumbar.

69. Paciente de 76 años de edad, derivado de otro centro. Antecedentes personales, HTA, DM, sustitución protésica cadera izquierda, hace 10 años. Activo y buena calidad de vida. En el informe refleja, fractura periprotésica B2 de la Clasificación de Vancouver. Cúal sería la mejor opción de tratamiento a seguir:

- a) Tratamiento conservador. Tracción durante 4 semanas, cambios posturales. Comenzar movilización a las 4 semanas. Inicio carga a las 6 semanas con dos muletas y unos 20 kilos de carga.
- b) Fijación en dos planos con placas con cerclajes + tornillos bloqueados, más placas de injerto cortical.
- c) Osteosíntesis con placa y cerclajes superponiendo la placa al vástago.
- d) Revisar a vástago largo, dos diámetros corticales por debajo de la fractura.

70. Paciente mujer de 42 años, con coxartrosis de cadera izquierda, secundaria a displasia de cadera. Tras los estudios pertinentes se diagnostica de coxartrosis secundaria a displasia de cadera Crowe tipo IV. El tratamiento más indicado es:

- a) Sustitución protésica con reconstrucción del centro de rotación anatómico. En el lado femoral se deberá evitar la excesiva anteversión del componente femoral pudiendo ser necesaria la utilización de vástagos modulares de anclaje diafisario.
- b) Sustitución protésica cotilo acetabular pequeño, en el acetábulo displásico. A nivel femoral, osteotomías de acortamiento para evitar alargar más de 3,5-4 cm.
- c) Sustitución protésica, utilizando injerto estructural si el contacto del componente acetabular es menor del 70%.
- d) Sustitución protésica convencional.

71. Mujer de 70 años con dolor crónico en cadera izquierda que refiere que ya no puede caminar más de 100 metros sin detenerse. La exploración muestra acortamiento del miembro afectado, rigidez y cojera con marcha de Trendelenburg. La radiografía muestra colapso del espacio articular, esclerosis y geodas subcondrales.

¿Cuál es la conducta terapéutica más adecuada en este caso?

- a) Analgésicos y fisioterapia únicamente.
- b) Infiltración de ácido hialurónico.
- c) Prótesis total de cadera.
- d) Osteotomía intertrocanterica.

72. Varón de 58 años, obeso, con antecedentes de displasia de cadera en la infancia. Consulta por dolor inguinal y limitación funcional progresiva. La radiografía confirma artrosis de cadera secundaria.

¿Cuál de los siguientes es un factor predisponente para el desarrollo de coxartrosis secundaria?

- a) Uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos.
- b) Actividad física moderada.
- c) Alteraciones congénitas como displasia de cadera.
- d) Consumo de tabaco.

73. Varón de 72 años con dolor de cadera derecha que irradia a la rodilla. Presenta limitación en la rotación interna y rigidez progresiva. La radiografía muestra disminución asimétrica del espacio articular y osteofitos.

¿Cuál es el signo clínico característico de la coxartrosis?

- a) Dolor en reposo que no cede con analgésicos.
- b) Limitación de la rotación interna y dolor inguinal.
- c) Tumorción y calor local evidente.
- d) Atrofia muscular inmediata del cuádriceps.

74. Varón de 45 años, consumidor crónico de alcohol con dolor en cadera derecha.

RMN: áreas hipo intensas en T1. ¿Diagnóstico más probable?

- a) Fractura oculta del cuello femoral.
- b) Necrosis avascular de la cabeza femoral.
- c) Coxartrosis incipiente.
- d) Bursitis trocantérica.

75. Mujer de 38 años con LES en tratamiento con corticoides. Dolor en cadera izquierda. Rx: Colapso subcondral (“signo de la media luna”) ¿Cuál es el factor de riesgo principal?

- a) Inmovilización prolongada.
- b) Uso crónico de corticoides.
- c) Tabaquismo.
- d) Edad joven.

76. Paciente de 52 años, necrosis avascular temprana sin colapso. ¿Tratamiento más adecuado?

- a) Prótesis de cadera.
- b) Osteotomía de varización.
- c) Descompresión o perforaciones (core descompresión). Células madre.
- d) Infiltración de ácido hialurónico.

77. Mujer de 70 años, prótesis de cadera hace 3 meses. Dolor, fiebre, secreción purulenta.

¿Diagnóstico más probable?

- a) Luxación protésica.
- b) Infección aguda de prótesis de cadera.
- c) Aflojamiento aséptico.
- d) Hematoma postquirúrgico estéril.

78. En sospecha de infección de prótesis de cadera, ¿ cuál es la prueba diagnóstica más útil?

- a) Resonancia magnética de cadera.
- b) Radiografía simple de pelvis.
- c) Cultivo del líquido articular por punción.
- d) Gammagrafía ósea con TC-99m.

79. Paciente de 72 años con infección crónica de prótesis confirmada por cultivo.

¿Tratamiento de elección?

- a) Antibióticos orales de por vida.
- b) Retirada de prótesis e implantes en dos tiempos.
- c) Lavado articular y cambio de polietileno.
- d) Reposo prolongado y fisioterapia.

80. Varón de 40 años, buceador, dolor inguinal derecho tras las inmersiones.

RMN: Zona serpiginosa hipointensa en T1. ¿Diagnóstico y mecanismos implicados?

- a) Fractura oculta del cuello femoral por sobrecarga.
- b) Necrosis avascular por embolismo gaseoso (enfermedad por descompresión).
- c) Osteitis púbica por microtrauma.
- d) Osteomielitis subaguda.

81. Mujer de 35 años, anemia drepanocítica y RMN con lesiones isquémicas múltiples bilaterales ¿Complicación más frecuente a largo plazo?

- a) Colapso de la cabeza femoral y artrosis secundaria.
- b) Necrosis de la metáfisis femoral.
- c) Osteomielitis hematógena recurrente.
- d) Fractura patológica del cuello femoral.

82. Paciente de 55 años, NAVC estadio ARCO II (sin colapso). ¿Tratamiento quirúrgico más indicado?

- a) Osteotomía periacetabular.
- b) Descompresión con injerto óseo vascularizado.
- c) Prótesis total de cadera cementada.
- d) "Resurfacing" articular.

83. Mujer de 68 años, prótesis de cadera hace 2 meses, dolor y fiebre.

Artrocentesis: > 50000 leucocitos/mm³, cultivo + para S. aureus. Según MSIS:

¿Diagnóstico?

- a) Aflojamiento aséptico.
- b) Infección protésica aguda confirmada.
- c) Infección protésica crónica.
- d) Reacción inflamatoria estéril.

84. Varón de 74 años, prótesis de cadera hace 9 años, PCR elevada, cultivo + para *Cultibacterium acnes*.

¿ Interpretación?

- a) Contaminación del cultivo.
- b) Infección protésica crónica de bajo grado.
- c) Resultado no significativo.
- d) Rechazo inmunológico a la prótesis.

85. Sospecha de infección crónica de prótesis de cadera ¿Cuál es la técnica diagnóstica más sensible y específica?

- a) Radiografía simple de pelvis.
- b) Gammagrafía con leucocitos marcados + SPECT/CT.
- c) TC convencional de cadera.
- d) RMN con gadolinio.

86. En una fractura de pelvis inestable tipo Tile C en paciente hipotenso, el paso clave inicial tras ABC es:

- a) Colocar tracción esquelética femoral bilateral.
- b) Estabilizar el anillo con binder/pelvis sheet y control de la hemorragia.
- c) Realizar Tomografía computarizada con contraste antes de cualquier intervención.
- d) Colocar fijador externo bajo anestesia general sin reanimación previa.

87. Respecto al uso del pelvis binder, la colocación correcta, es:

- a) A nivel de las espinas ilíacas anterosuperior (EIAS).
- b) A nivel del ombligo para comprimir la pelvis completa.
- c) A nivel de los trocánteres mayores.
- d) Sobre el pubis para cerrar la sínfisis.

88. Un patrón de lesión tipo APC (anteroposterior compression) II de Young- Burgess se caracteriza por:

- a) Diástasis de sínfisis > 2.5 con con lesión de ligamentos sacroilíacos posteriores completa.
- b) Diástasis de sínfisis con lesión de ligamentos anteriores y sacrotuberosos/sacroespinosos, complejos posteriores intactos.
- c) Impactación lateral con fracturas de ramos púbicos ipsilaterales.
- d) Lesión en cizallamiento vertical con traslación craneal de hemipelvis.

89. La indicación más inmediata de empaquetamiento preperitoneal (Preperitoneal packing), en pelvis es:

- a) Paciente estable con sangrado arterial activo.
- b) Paciente inestable que no responde a reanimación inicial con sospecha de sangrado pélvico.
- c) Todo paciente con fractura APC I.
- d) Paciente con lesión uretral asociada.

90. Según la clasificación de Denis de fracturas sacras, las lesiones en zona II se asocian con mayor riesgo de lesión de:

- a) Nervio femoral.
- b) Nervio obturador.
- c) Nervio safeno.
- d) Raíces sacras por forámenes (L5-S2).

91. La luxación posterior de cadera asociada a fractura acetabular requiere reducción:

- a) Dentro de las primeras 6 horas.
- b) Después de 24-48 horas tras el descenso del edema.
- c) Sólo cuando haya disponibilidad de quirófano.
- d) No requiere reducción cerrada nunca.

92. El signo de la “gaviota” (gull sign) en fractura acetabular indica:

- a) Compromiso de la pared posterior.
- b) Impactación de cúpula superomedial marginal del acetábulo.
- c) Fractura transversa pura.
- d) Fractura de ambas columnas.

93. La afectación de la columna posterior y pared posterior del acetábulo suele abordarse con:

- a) Abordaje ilioinguinal.
- b) Abordaje de Kocher-Langenbeck.
- c) Abordaje de Watson-Jones.
- d) Abordaje de Smith-Petersen.

94. Las proyecciones “oblicua iliaca” y “ oblicua obturatriz” sirven principalmente para evaluar:

- a) Oblicua iliaca: Columna posterior. Oblicua obturatriz: Columna anterior.
- b) Oblicua iliaca: Pared posterior. Oblicua obturatriz: Pared posterior.
- c) Ambas para techo acetabular exclusivamente.
- d) Sólo útiles en pelvis pediátrica.

95. La “corona mortis” es:

- a) Anastomosis venosa o arterial entre obturatriz y epigástrica inferior.
- b) Ligamento que estabiliza la sínfisis.
- c) Complejo tendinoso aductor.
- d) Otra denominación de la arteria glútea superior.

96. En sospecha de lesión uretral asociada a fractura pélvica, el manejo inicial recomendado es:

- a) Intentar sondaje vesical a ciegas repetidamente.
- b) Uretrografía retrógrada antes de sondaje.
- c) Cistostomía suprapúbica diferida.
- d) TC sin contraste.

97. Respecto a la marcha normal en una persona, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Consta de tres fases.
- b) La proporción entre la fase de balanceo y la fase de apoyo depende de la velocidad de la marcha.
- c) El segundo rocker es el balancín del antepié.
- d) La fase de balanceo ocupa el 40 % del ciclo.

98. ¿Qué portal artroscópico de cirugía de cadera lesiona más frecuentemente el nervio cutáneo femoral lateral?

- a) Anterior.
- b) Antero-lateral.
- c) Pósterio-lateral.
- d) Posterior.

99. Respecto a la sinovitis transitoria de cadera, es FALSO :

- a) Es la causa más frecuente de dolor en cadera en niños menores de 10 años.
- b) Es un diagnóstico de exclusión.
- c) La cadera se encuentra en flexión y rotación interna.
- d) El hemograma está alterado.

100. ¿En qué patología de la cadera es típico que el tratamiento inicial sea estiramiento de la fascia lata o del psoas ilíaco?

- a) Bursitis del psoas ilíaco.
- b) Cadera en resorte.
- c) Lesiones del manguito muscular de la cadera.
- d) Fibrosis glútea.

101. En cuanto a las osificaciones heterotópicas en la artroplastia de cadera, indique la respuesta CORRECTA:

- a) Afectan hasta el 100 % de las prótesis totales de cadera.
- b) En la clasificación de Brooker, en el tipo III hay más de 1 cm de separación entre la exostosis de pelvis y la de fémur.
- c) La mayoría tiene repercusión clínica.
- d) El tiempo quirúrgico prolongado aumenta el riesgo de aparición de dichas osificaciones.

102. En la clasificación de Paprosky de los defectos acetabulares en la revisión de prótesis total de cadera, señale la respuesta CORRECTA:

- a) En el tipo II las columnas están afectadas y la migración es mayor de 3cm.
- b) En el tipo II C existe una lisis de la lágrima.
- c) En el tipo III nunca hay discontinuidad pélvica.
- d) En el tipo III no hay lisis del isquion.

103. ¿Cuál es la complicación más frecuente en las lesiones asociadas de una fractura de pelvis?

- a) Rotura de vejiga.
- b) Lesión uretral.
- c) Hemorragia.
- d) Lesión genital.

104. Indique la respuesta FALSA en relación con las fracturas de extremidad proximal del fémur en adultos:

- a) Se dividen en intra y extracapsulares.
- b) En las extracapsulares el principal problema es mecánico.
- c) Los diuréticos tiazídicos previenen las fracturas de cadera.
- d) El grado III de Garden es una fractura completa no desplazada.

105. ¿Cuál es la prueba, patrón oro, para el diagnóstico de las fracturas de cadera del anciano que no se observan inicialmente en la radiografía?

- a) Artrografía.
- b) Gammagrafía ósea.
- c) Repetir la radiografía a las 48 horas.
- d) Resonancia magnética nuclear.

106. ¿Cuál de las siguientes respuestas no es factor de riesgo de necrosis avascular de cabeza femoral?

- a) Gota.
- b) Enfermedad de Gaucher.
- c) Sexo femenino.
- d) Trasplante renal.

107. En relación con la artroplastia parcial de cadera cementada, señale la respuesta FALSA:

- a) No es una opción en la cirugía de revisión.
- b) No se suele emplear como tratamiento de la coxartrosis.
- c) Tiene menos tasas de luxaciones que la artroplastia total de cadera.
- d) Casi sólo se utiliza en fracturas de cuello femoral en pacientes mayores con baja demanda funcional.

108. Indique la respuesta CORRECTA:

- a) El hueso infantil es menos elástico.
- b) El crecimiento en grosor del hueso infantil se produce a partir de la fisis.
- c) La deformidad plástica corrige sola si es $> 20^\circ$ en un niño mayor de 6 años.
- d) Las deformidades torsionales son las únicas que no remodelan.

109. Un niño con enanismo desproporcionado, pulgar de autoestopista, orejas de coliflor y escoliosis toracolumbar, padecerá:

- a) Displasia epifisaria múltiple.
- b) Displasia epifisaria hemimélica.
- c) Displasia diastrófica.
- d) Pseudoacondroplasia.

110. Los fémures en campana aparecen en:

- a) Osteogénesis imperfecta.
- b) Síndrome de Kniest.
- c) Condrodisplasia metafisaria.
- d) Displasia craneo-metafisaria.

111. En la parálisis braquial obstétrica, indique la respuesta FALSA:

- a) Existe una lesión por tracción o compresión del plexo braquial durante el parto.
- b) La parálisis de Erb-Duchenne es la más frecuente.
- c) La parálisis C5-C6 presenta el reflejo de moro conservado.
- d) La parálisis de Klumpke se produce frecuentemente por partos de nalgas.

112. En las fracturas de extremidad distal del radio en niños, señale la respuesta CORRECTA:

- a) Las fracturas en rodete o torus afectan sólo a una cortical.
- b) Su tratamiento es un yeso 8 semanas.
- c) Las fracturas en tallo verde afectan sólo a una cortical.
- d) La angulación máxima aceptable es 20° en menores de 12 años.

113. En la clasificación de Watson-Jones para fracturas de la tuberosidad anterior de la tibia, es FALSO:

- a) En el tipo I hay un fragmento pequeño avulsionado.
- b) En el tipo II hay un fragmento pequeño avulsionado y desplazado en sentido proximal.
- c) En el tipo III la fractura es articular.
- d) En el tipo V hay un desprendimiento del periostio.

114. Señale la respuesta INCORRECTA en relación a las fracturas supracondíleas de húmero distal en niños:

- a) Son lesiones muy frecuentes en niños de 4 a 12 años.
- b) El eje del radio apunta al núcleo de osificación del cóndilo humeral en un niño sano.
- c) Son más frecuentes en niños de 5 a 8 años.
- d) El tratamiento en el tipo II de Gartland sin rotación, es reducción y fijación con pines.

115. Las fracturas metafisarias distales de tibia en niños, también se denominan:

- a) Fracturas de Cozen.
- b) Fracturas de Kniest.
- c) Fracturas de Toddler.
- d) Fracturas de Meyers.

116. Indique la respuesta INCORRECTA en relación al pie plano infantil:

- a) El pie calcáneo valgo congénito es la deformidad más frecuente del pie en el neonato.
- b) El astrágalo vertical congénito es una luxación teratológica de la articulación astrágalo-escafoidea.
- c) El pie calcáneo valgo es más frecuente en niños y el astrágalo vertical en niñas.
- d) El pie plano valgo flexible no suele precisar tratamiento si no hay dolor o deformidad progresiva.

117. En la displasia congénita de tibia (“pseudoartrosis” congénita de tibia), es FALSO:

- a) El 50% se produce por neurofibromatosis.
- b) El tipo II está asociada a pie zambo en la clasificación de Andersen.
- c) El tratamiento más aceptado es transporte óseo o aloinjerto de peroné vascularizado contralateral.
- d) Es una enfermedad poco frecuente.

118. Ante una artritis séptica aguda en un niño menor de 5 años, ¿cuál de los siguientes tratamientos empíricos utilizaríamos?

- a) Cloxacilina + gentamicina.
- b) Cloxacilina + cefotaxima.
- c) Ciprofloxacino + rifampicina.
- d) Amoxicilina.

119. ¿Cuál es la anomalía congénita más frecuente de la mano?

- a) Camptodactilia.
- b) Sindactilia.
- c) Dedo en resorte.
- d) Clinodactilia.

120. ¿Cuál de las siguientes es la forma de presentación clínica más frecuente de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes?

- a) Dolor mecánico en cara anterior de muslo.
- b) Limitación en la rotación de la cadera.
- c) Cojera indolora.
- d) Dolor agudo.

121. La secuencia de corrección en el tratamiento del pie zambo según el método de Ponseti es:

- a) Aducto-cavo-varo-equino.
- b) Aducto-varo-cavo-equino.
- c) Cavo-equino-adiucto-varo.
- d) Cavo-adiucto-varo-equino.

122. ¿Cuál de las siguientes anomalías esqueléticas NO suele asociarse al mielomeningocele?

- a) Pie equino varo.
- b) Calcáneo valgo.
- c) Cifoescoliosis.
- d) Genu varo.

123. El síndrome de Poland se caracteriza por:

- a) Aplasia de la cintura escapular.
- b) Disostosis cleido-craneal.
- c) Ausencia total o parcial del músculo pectoral menor con alteraciones de la mano contralateral.
- d) Ausencia total o parcial del músculo pectoral mayor con alteraciones de la mano ipsilateral.

124. Respecto a la coxa vara congénita es CIERTO que:

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

125. En el tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera (DDC), señale la respuesta CORRECTA:

- a) De 0 a 6 meses, colocar arnés de Pavlik durante 1 mes.
- b) De 6 a 18 meses, artrografía y reducción abierta.
- c) De 18 a 36 meses, intento de reducción cerrada, pero si no se reduce, reducción abierta.
- d) De 3 a 8 años, de forma primaria una reducción cerrada.

126. Señale la afirmación CORRECTA de acuerdo con la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente en Extremadura:

- a) El documento de expresión anticipada de voluntades sólo puede formalizarse ante notario.
- b) En el documento de expresión anticipada de voluntades podrá hacerse constar la decisión respecto a la donación total o parcial de sus órganos con finalidad terapéutica, docente o de investigación.
- c) El documento de expresión anticipada de voluntades no podrá ser modificado ni revocado.
- d) El consentimiento informado deberá prestarse siempre por escrito.

127. Señale la afirmación CORRECTA de acuerdo con la Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura:

- a) Los pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura serán atendidos dentro de los 180 días naturales en el caso de intervenciones quirúrgicas.
- b) Los plazos máximos de respuesta se contarán en días hábiles a partir de la inclusión del paciente en el Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- c) El Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura comparecerá de manera semestral ante la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Extremadura para informar sobre la lista de espera en el ámbito de dicho Sistema.
- d) En la Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura no están previstos los plazos para la realización de pruebas diagnósticas.

128. De acuerdo con la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura, la situación en que se encuentra una persona que, en atención a su sexo, sea, haya sido o pudiera ser tratada de manera menos favorable que otra en situación homóloga se entiende como:

- a) Acoso sexual.
- b) Acoso por razón de sexo.
- c) Discriminación indirecta.
- d) Discriminación directa.

129. De acuerdo con la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, cualquier acto o actuación realizada íntegramente a través de medios electrónicos por una Administración Pública en el marco de un procedimiento administrativo y en la que no haya intervenido de forma directa un empleado público, se denomina:

- a) Sello electrónico basado en certificado electrónico.
- b) Actuación administrativa automatizada.
- c) Sede electrónica.
- d) Entorno cerrado de comunicación.

130. Señale la respuesta CORRECTA de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Española de 1978:

- a) La duración del plazo máximo de la prisión provisional es de cuarenta y ocho horas.
- b) La duración del plazo máximo de la prisión provisional es de setenta y dos horas.
- c) La prisión provisional sólo podrá durar el tiempo estrictamente necesario para la realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos.
- d) Por ley se establecerá el plazo máximo de duración de la prisión provisional.

131. ¿En qué Título de la Constitución Española de 1978 se regula la reforma constitucional?

- a) En el Título III.
- b) En el Título VIII.
- c) En el Título X.
- d) En el Título VI.

132. De acuerdo con lo dispuesto en la Constitución Española de 1978, la Constitución garantiza:

- a) La irretroactividad de las disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de derechos individuales.
- b) La retroactividad de las disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de derechos individuales.
- c) La retroactividad de todas las disposiciones.
- d) La arbitrariedad de los poderes públicos.

133. De acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la competencia: sanidad y salud pública, en lo relativo a la organización, funcionamiento interno, coordinación y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma. Participación en la planificación y coordinación general de la sanidad. Promoción de la salud y de la investigación biomédica:

- a) Es una competencia exclusiva.
- b) Es una competencia de desarrollo normativo y ejecución.
- c) Es una competencia de ejecución.
- d) No es una competencia de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

134. De acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la competencia relativa a productos farmacéuticos:

- a) Es una competencia exclusiva.
- b) Es una competencia de desarrollo normativo y ejecución.
- c) Es una competencia de ejecución.
- d) No es una competencia de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

135. De acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura, aprobar los Presupuestos de la Comunidad Autónoma corresponde a:

- a) La Junta de Extremadura.
- b) El Congreso de los Diputados.
- c) El Presidente de Extremadura.
- d) La Asamblea de Extremadura.

136. Señale la afirmación CORRECTA de acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura:

- a) La potestad legislativa de la Comunidad Autónoma reside en el Pleno de la Asamblea, que podrá delegarla en las Comisiones en los términos y condiciones que establezca el Reglamento de la Cámara, salvo en los casos en que el Estatuto exige una mayoría cualificada o en las leyes de presupuestos.
- b) La potestad legislativa de la Comunidad Autónoma reside en la Junta de Extremadura.
- c) La potestad legislativa de la Comunidad Autónoma reside en el Presidente de Extremadura.
- d) La potestad legislativa de la Comunidad Autónoma reside en el Consejo Consultivo.

137. De acuerdo con la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, la formación continuada adecuada a la función desempeñada y el reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones:

- a) Es un derecho individual del personal estatutario de los servicios de salud.
- b) Es un derecho colectivo del personal estatutario de los servicios de salud.
- c) Es un deber del personal estatutario de los servicios de salud.
- d) No es un derecho ni un deber del personal estatutario de los servicios de salud.

138. Señale la afirmación CORRECTA de acuerdo con la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud:

- a) La sanción disciplinaria de separación del servicio, aunque no haya adquirido el carácter firme, supone la pérdida de la condición de personal estatutario.
- b) La renuncia a la condición de personal estatutario inhabilita para obtener nuevamente dicha condición.
- c) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento no es una causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo.
- d) Es una causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo la sanción disciplinaria firme de separación del servicio.

139. De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección:

- a) Es una infracción sanitaria grave.
- b) Es una infracción sanitaria muy grave.
- c) Es una infracción sanitaria leve.
- d) No es una infracción sanitaria.

140. Señale la afirmación CORRECTA de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:

- a) Los Consejos de Salud de Área son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión.
- b) Los ciudadanos no forman parte de los Consejos de Salud de Área.
- c) La propuesta de nombramiento y cese del gerente del Área de Salud corresponde a los Consejos de Salud de Área.
- d) La composición de los Consejos de Salud de Área no está prevista en la Ley 14/1986, General de Sanidad.

141. Señale la afirmación CORRECTA de acuerdo con la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura:

- a) En cada zona de salud se establecerá un Consejo de Salud de Zona, como órgano colegiado de participación ciudadana.
- b) El Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura será designado por la Asamblea de Extremadura.
- c) El Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura será designado por un periodo de dos años.
- d) El Defensor de los Usuarios siempre actúa de oficio.

142. El osteocondroma es un tumor:

- a) Maligno de células redondas pequeñas.
- b) Benigno, de origen cartilaginoso.
- c) Maligno de origen osteoblástico.
- d) Benigno, de origen fibroso.

143. El tumor benigno más frecuente del esqueleto es:

- a) Encondroma.
- b) Osteoma osteoide.
- c) Osteocondroma.
- d) Fibroma condromixoide.

144. El sarcoma de Ewing suele localizarse:

- a) Epífisis de huesos largos.
- b) Diáfisis de huesos largos.
- c) Columna cervical.
- d) Falanges de la mano.

145. La lesión lítica excéntrica en metáfisis de hueso largo en paciente joven, que muestra matriz fibrosa histológicamente, corresponde a:

- a) Displasia fibrosa.
- b) Encondroma.
- c) Osteosarcoma.
- d) Fibrosarcoma.

146. Paciente de 22 años con dolor persistente en rodilla, RX: Lesión permeativa con triángulo de Codman. Histología: Células pleomórficas osteoblásticas. El diagnóstico más probable es:

- a) Osteosarcoma.
- b) Condrosarcoma.
- c) Sarcoma de Ewing.
- d) Metástasis.

147. El signo de Mulder es característico de:

- a) Neuroma de Morton.
- b) Enfermedad de Köhler.
- c) Lesión osteocondral del astrágalo.
- d) Fascitis Plantar.

148. La tríada de la fractura de Maisonneuve incluye:

- a) Fractura del peroné proximal, lesión de la sindesmosis y lesión deltoidea.
- b) Fractura del peroné distal, luxación del astrágalo y fractura del calcáneo.
- c) Fractura del maléolo medial, fractura del maléolo posterior y fractura de peroné proximal.
- d) Luxación del tobillo, fractura de peroné distal y lesión del ligamento peroneoastragalino.

149. El signo radiológico de Hawkins es útil en:

- a) Valorar necrosis del cuello del astrágalo.
- b) Diagnosticar fractura de Lisfranc.
- c) Identificar necrosis del escafoides tarsiano.
- d) Evaluar consolidación del calcáneo.

150. La fractura de Bosworth se caracteriza por:

- a) Luxación posterior irreductible del peroné proximal en la sindesmosis.
- b) Fractura-luxación de Lisfranc con luxación medial.
- c) Fractura desplazada del cuello del astrágalo.
- d) Fractura intraarticular con hundimiento del calcáneo.

151. ¿Cuál es el tratamiento inicial del neuroma de Morton?

- a) Cirugía.
- b) Infiltración con corticoides.
- c) Uso de plantillas con descarga.
- d) Antibióticos.

152. ¿Qué fractura se asocia con signo de la medialización del astrágalo?

- a) Fractura de calcáneo.
- b) Fractura de pilón tibial.
- c) Fractura de tobillo.
- d) Fractura de Lisfranc.

PREGUNTAS RESERVA.

1. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico más común para el hallux valgus severo?

- a) Artrodesis interfalángica.
- b) Osteotomía de Chevron.
- c) Osteotomía de Scarf.
- d) Amputación del primer dedo.

2. ¿Qué fractura se asocia con el mecanismo de dorsiflexión axial?

- a) Fractura de pilón tibial.
- b) Fractura de calcáneo.
- c) Fractura de astrágalo.
- d) Fractura de peroné proximal.

3. Un paciente acude a la consulta refiriendo una clínica de claudicación a la marcha. Indique cuál de los siguientes datos clínicos nos hará pensar en una estenosis de canal:

- a) El paciente refiere que empeora cuando sube pendientes.
- b) El paciente refiere que empeora si hace bicicleta estática.
- c) El paciente refiere que empeora en bipedestación.
- d) El paciente mejora con la extensión del tronco.

4. La denominada fractura de Segond se asocia preferentemente con:

- a) Rotura del ligamento lateral interno.
- b) Rotura del ligamento cruzado posterior.
- c) Rotura del ligamento medial femoropatelar.
- d) Rotura del ligamento cruzado anterior.

5. Paciente de 82 años, valorado por coxalgia derecha, de meses de evolución, con empeoramiento en los últimos meses y antecedente de diabetes. No alergias medicamentosas conocidas. Sustitución protésica derecha, hace 15 años. A la exploración presenta flexum, cadera derecha, disimetría 2 cm y dolor con la movilidad de cadera. Tras las pruebas oportunas, estudio radiológico, AP de Pelvis, axial de caderas. Tomografía computarizada de pelvis. Analíticas normales. No signos de infección, se objetiva movilización PTC derecha, con movilización componente acetabular, con defecto acetabular IIIB, de Paprosky. La opción más correcta de reconstrucción es:

- a) Cirugía de revisión PTC derecha. Retirada de componente acetabular y reconstrucción con injerto, caja antiprotusión, cotilo.
- b) Cirugía de revisión PTC derecha. Retirada de componente acetabular y reconstrucción con cotilo cementado.
- c) Cirugía de revisión PTC derecha. Retirada de componente acetabular y reconstrucción con injerto y cotilo impactado.
- d) Artroplastía de resección. Girdlestone.

6. Señale la respuesta CORRECTA de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Española de 1978 respecto a la institución del Defensor del Pueblo:

- a) Se regulará por ley orgánica.
- b) Se regulará por Real Decreto Legislativo.
- c) Se regulará por Orden del Consejo de Ministros.
- d) Se regulará por Real Decreto-Ley.

7. En relación a las técnicas de cementación vertebral: vertebroplastia y cifoplastia, indique que afirmación es CORRECTA:

- a) El estudio por RNM debe mostrar la presencia de edema residual en T2, para indicar la cirugía.
- b) No debe realizarse en fracturas metastásicas o por mieloma.
- c) El alivio del dolor se produce unas semanas después del procedimiento.
- d) Puede realizarse bajo anestesia local.

8. De acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ¿cuál es el número máximo de diputados de la Asamblea de Extremadura?

- a) 75.
- b) 50.
- c) 80.
- d) 65.

9. Varón de 65 años, con dolor progresivo en la ingle derecha desde hace 2 años, que empeora al caminar y mejora con el reposo. En la exploración presenta limitación en la rotación interna y rigidez matutina breve (menos de 30 min). La radiografía muestra disminución del espacio articular y osteofitos marginales.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Necrosis avascular de cabeza femoral.
- b) Coxartrosis de cadera.
- c) Fractura subcapital de fémur.
- d) Bursitis trocantérica.

10. En una lesión meniscal en asa de cubo, ¿cuál es el criterio fundamental para una reparación quirúrgica exitosa en adultos jóvenes?

- a) Presencia de extrusión meniscal menor de 2 mm.
- b) Lesión en zona blanca-blanca con cuerno posterior conservado.
- c) Longitud de la rotura menor de 5 mm.
- d) Localización en la zona roja-roja sin degeneración meniscal asociada.

11. La hemorragia que amenaza la vida en fracturas pélvicas proviene con mayor frecuencia de:

- a) Arteria glútea superior.
- b) Plexo venoso presacro y ramas venosas pélvicas.
- c. Arteria obturatriz aberrante (corona mortis).
- d) Arteria epigástrica inferior.

12. La angioembolización está especialmente indicada cuando:

- a) Se sospecha principalmente sangrado venoso difuso.
- b) Existe extravasación arterial en TC o persistente inestabilidad pese a packing/fijación.
- c) El paciente tiene fractura de ramas púbicas aislada.
- d) No hay disponibilidad de quirófano.