



PROCESO SELECTIVO PARA LA ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL DE LARGA DURACIÓN, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Y DE TITULADO/A SANITARIO/A, EN LA RED HOSPITALARIA DE LA DEFENSA.

ESPECIALIDAD: **CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA**

IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES

1. Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen al equipo colaborador.
2. El examen se compone de 100 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas o incorrectas no tienen valor. Para superar el ejercicio debe tener 50 aciertos. Tiempo de realización de la prueba es de 150 min.
3. Compruebe que el examen corresponde a la especialidad para la que se presenta.
4. El cuadernillo de preguntas y la hoja de respuestas se deben entregar al personal colaborador al finalizar el ejercicio. El cuadernillo de preguntas se devolverá al opositor que lo solicite al finalizar esta prueba.
5. Solo se valorará la hoja de respuestas. Si inutiliza su “Hoja de Respuestas” pida una nueva al equipo colaborador.
6. Datos de filiación en la hoja de respuesta.
7. Prohibido el uso de calculadoras, teléfonos móviles y/o cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.



PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



1. ¿Uno de estos elementos NO constituye parte de la unidad básica funcional de la columna vertebral?
 - A) Las articulaciones facetarias.
 - B) La musculatura paraespinal.
 - C) El disco intervertebral.
 - D) El complejo ligamentoso posterior.

2. Señale la respuesta FALSA sobre la predisposición de los tipos de Roussouly a determinadas patologías raquídeas:
 - A) El tipo 4 predispone a espondilolisis del arco de L5.
 - B) El tipo 3 predispone a hipercifosis de Scheuermann.
 - C) El tipo 2 predispone a patología discal lumbar alta.
 - D) El tipo 1 suele asociar artrosis facetaria lumbar baja.

3. La teoría de la puerta de entrada (gate-control) de Melzack y Wall establece:
 - A) La posibilidad de modulación de las cantidad de aferencias dolorosas en la medula por otras aferencias sensoriales.
 - B) La posibilidad de realizar bloqueo anestésico de una raíz lumbar.
 - C) La reducción del dolor por fatiga sináptica en el dolor crónico.
 - D) La cronificación del dolor cuando hay lesión motora asociada.

4. El fenómeno por el que un paciente percibe como dolorosos estímulos táctiles inocuos se denomina:
 - A) Hiperalgnesia.
 - B) Paraparesia.
 - C) Parestesias.
 - D) Alodinia.

5. Respecto al fenómeno de sensibilización central en la lumbalgia crónica, señale la respuesta CORRECTA:
 - A) Sucede excepcionalmente en el dolor lumbar crónico.
 - B) Hay una lesión estructural en las vías aferentes del dolor.
 - C) Siempre existe una alteración estructural en la columna que explica el origen del dolor lumbar.
 - D) La transmisión persistente de dolor produce nuevas sinapsis en el SNC que perpetúan la percepción dolorosa.

6. Con respecto a la estructura del Ministerio de Defensa (RD 372/2020) es VERDADERO:



- A) el Centro Nacional de Inteligencia depende directamente del Subsecretario de Defensa
 - B) el Centro de Sistemas y Tecnología de la Información y las Comunicaciones (CESTIC) depende de la Secretaría General de Política de Defensa
 - C) la Subdirección General de Proyectos y Obras depende de la Dirección General de Asuntos Económicos
 - D) la Inspección General de Sanidad de la Defensa depende de la Subsecretaría de Defensa
7. El cargo de Inspector General de Sanidad de la Defensa (IGESAN) lo desempeña:
- A) dicho cargo recae en el General al mando del Hospital Central de la Defensa
 - B) un Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad (Especialidad Fundamental Medicina)
 - C) Un General de División del Cuerpo Militar de Sanidad
 - D) Un General de Brigada del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
8. El cargo de Director del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” lo desempeña:
- A) dicho cargo recae en el General al mando de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (IGESAN)
 - B) un Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
 - C) un General de División del Cuerpo Militar de Sanidad
 - D) un General de Brigada del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
9. La denominación correcta del Hospital Central de la Defensa (Orden Ministerial 1/2021 de 2 de enero) es:
- A) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro de Luz y Esperanza
 - B) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario de Excelencia Universitaria
 - C) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario de Vida y Esperanza
 - D) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario Victorioso Español
10. El Observatorio Militar para la Igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas está adscrito a:
- A) Secretaría de Estado de Defensa
 - B) Subsecretaría de Defensa
 - C) Ministerio de Asuntos Exteriores
 - D) Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
11. La estructura orgánica de las Fuerzas Armadas está compuesta por:



- A) El Ejército de Tierra, la Armada, el Ejército del Aire, y el conjunto de cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado
 - B) El Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire y del Espacio
 - C) El Ejército de Tierra, la Armada, el Ejército del Aire, la UME y el CNI
 - D) Ninguna de las anteriores.
12. Marcar la FALSA: La Academia Central de la Defensa:
- A) El Director de la Academia Central de la Defensa será un Oficial General nombrado por el Subsecretario de Defensa
 - B) Dentro de ella se disponen la Escuela Militar de Sanidad y la Escuela de Músicas Militares
 - C) También pertenece a ella la Academia General Básica de Suboficiales
 - D) También dentro de ella está la Escuela Militar de Idiomas
13. Marcar la VERDADERA: El Centro Universitario de la Defensa (CUD):
- A) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad de Alcalá (UAH)
 - B) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad de San Pablo-CEU
 - C) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
 - D) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad Europea de Madrid (UEM)
14. Un Oficial Médico que luce como divisa dos estrellas de ocho puntas cada una será:
- A) Un Capitán
 - B) Un Teniente Coronel
 - C) Un General
 - D) Un Comandante
15. El Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa está encuadrado en:
- A) Departamento de Servicios Centrales
 - B) Jefatura de Sanidad Militar-Operativa
 - C) Unidad de Apoyo Informático
 - D) Depende directamente de Subdirección Médica
16. Marca la VERDADERA: El Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla":
- A) Es el único Hospital ROLE 4 de las Fuerzas Armadas
 - B) Presenta una Unidad de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN)
 - C) A y B son verdaderas
 - D) Su Unidad de Aislamiento se considera de Nivel Intermedio



17. Marca la VERDADERA: El Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla":
- A) Sólo atiende a personal militar y sus familiares
 - B) Es un Hospital adscrito al Servicio Madrileño de Salud
 - C) Atiende exclusivamente a personal afiliado al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)
 - D) No dispone de Cámara Hiperbárica
18. El emblema del Cuerpo Militar de Sanidad es:
- A) la Cruz de Malta
 - B) el símbolo internacional de la Cruz Roja
 - C) la Cruz de Camarga
 - D) El Cuerpo Militar de Sanidad no tiene emblemas oficiales
19. El emblema de la especialidad fundamental de Medicina del Cuerpo Militar de Sanidad está representado por:
- A) un caduceo de Esculapio con basto y áspid, acompañado por dos ramas de laurel curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
 - B) un cáliz con áspid enrollado y cabeza en jefe, acompañadas por dos ramas de olivo curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
 - C) un fonendoscopio acompañado por dos ramas de laurel curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
 - D) una lira, superpuesta batuta en barra, acompañado por dos ramas de olivo curvadas a diestra y siniestra, liadas y atadas en su base con una cinta
20. Marca la VERDADERA: De acuerdo con el Reglamento General de Recompensas Militares, en lo referente a la concesión y uso de las mismas:
- A) La Cruz al Mérito Militar, al Mérito Naval o al Mérito Aeronáutico se puede conceder a todo personal militar y civil que se haga acreedor a las mismas
 - B) exclusivamente se concede a personal militar y nunca a personal civil
 - C) Solo se puede conceder a personal militar y civil si es funcionario, y nunca si es personal laboral
 - D) Solo se puede conceder a personal militar y civil contratado por el Ministerio de Defensa
21. Se conoce como catastrofización:
- A) La interpretación exagerada de las consecuencias negativas del dolor.
 - B) La persistencia del dolor tras una lesión grande que amenaza la estabilidad lumbar.
 - C) El dolor crónico iatrogénico.
 - D) La presencia de un fenómeno de centralización que dificulta el tratamiento.



22. La parte posterior del disco intervertebral y el ligamento común vertebral posterior están inervados fundamentalmente por:
- A) El plexo simpático anterior.
 - B) El nervio medial del ramo posterior.
 - C) El nervio sinuvertebral o recurrente de Luschka.
 - D) El filum terminale.
23. La osteoinducción es:
- A) La formación de hueso en una masa de tejido de estirpe ósea, esto es, multiplicación celular.
 - B) La conducción de células óseas en su ocupación de un espacio.
 - C) La formación de hueso donde inicialmente no hay células de estirpe ósea, esto es, diferenciación celular.
 - D) La formación de enlaces químicos con el hueso huésped.
24. ¿Cuál de los siguientes factores no influye sobre la osteogénesis?
- A) La obesidad.
 - B) La diabetes tipo II.
 - C) La osteoporosis.
 - D) El hábito de fumar.
25. ¿Cuál de estas intervenciones no es considerada de alto riesgo de enfermedad tromboembólica venosa?
- A) Corrección de escoliosis idiopática en adolescente
 - B) Limpieza quirúrgica por espondilodiscitis lumbar
 - C) Corpectomía por metástasis vertebral
 - D) Artrodesis T10-Iliacos por deformidad degenerativa del adulto
26. La fisiopatología de la cervicalgia crónica típica se caracteriza por. Señale la respuesta FALSA:
- A) Inicialmente se produce un proceso de deshidratación y pérdida de mucopolisacáridos a nivel discal.
 - B) Se ha demostrado la proliferación de receptores nociceptivos a nivel discal como desencadenantes de dolor.
 - C) La degeneración discal progresiva provoca una sobrecarga de las facetas articulares.
 - D) El proceso se cronifica cuando se producen microfracturas en la pars articularis por movimiento repetidos de flexo-extensión.
27. La maniobra de Adson es útil para el diagnóstico de:



- A) Sd canal carpiano.
 - B) Sd del desfiladero torácico.
 - C) Hernia discal cervical.
 - D) Radiculopatía cervicobraquial.
28. El Síndrome de Parsonage, señale la FALSA:
- A) Evoluciona generalmente de modo favorable.
 - B) Provoca déficit motor y atrofia.
 - C) Es una plexitis braquial aguda.
 - D) Suele aparecer en ancianos con degeneración cervical.
29. En el proceso de degeneración del disco intervertebral, ¿cuáles son las primeras células en disminuir?
- A) Células notocordales
 - B) Fibroblastos
 - C) Células Madre Mesenquimales
 - D) Condrocitos
30. La obesidad influye de forma considerable en el proceso de degeneración del disco intervertebral, por los siguientes mecanismos, excepto:
- A) Disbalance anabólico/catabólico
 - B) Inflamación
 - C) Factores genéticos
 - D) Stress biomecánico al aumentar la carga sobre el disco
31. La carga mecánica fisiológica sobre un disco intervertebral sano:
- A) Estimula la síntesis de proteoglicanos y protege el disco
 - B) Las cargas tanto fisiológicas como no fisiológicas no influyen en la degeneración discal
 - C) Estimula la producción de enzimas proinflamatorias
 - D) Estimula el catabolismo discal
32. El sistema de clasificación de lesiones de columna toracolumbar de AO-Spine está basando en la categorización de la lesión en grados de gravedad morfológica básica y factores clínicos relevantes para la decisión quirúrgica. Los grados de gravedad morfológicos son los siguientes:
- A) El tipo A supone una compresión axial; El tipo B supone fallo de la banda de tensión posterior o anterior sin evidencia de traslación o potencial de traslación; Tipo C supone fallo de los elementos anteriores y posteriores que conducen al desplazamiento.



- B) El tipo A supone una compresión axial con potencial de traslación; El tipo B supone fallo de la banda de tensión posterior o anterior sin evidencia de traslación o potencial de traslación; Tipo C supone fallo de los elementos anteriores y posteriores que conducen al desplazamiento.
- C) El tipo A supone una compresión axial; El tipo B supone fallo de la banda de tensión posterior o anterior sin evidencia de traslación o potencial de traslación; Tipo C supone fallo de los elementos anteriores y posteriores que conducen al desplazamiento; Tipo D supone lesión rotacional de los elementos centrales.
- D) El tipo A supone una compresión axial; El tipo B supone fallo de la banda de tensión posterior o anterior que conducen al desplazamiento.; Tipo C supone fallo de los elementos anteriores y posteriores sin evidencia de traslación o potencial de traslación.
33. Dentro de los distintos subtipos A del sistema de clasificación de lesiones de columna toracolumbar de AO-Spine:
- A) Subtipo A2 son fracturas de tipo pinza o “split” en las cuales la línea de fractura involucra ambos platillos pero no a la pared vertebral posterior.
- B) Subtipo A3 son fracturas estallido incompletas que afectan ambos platillos y la pared vertebral posterior. Suele presentar fractura vertical de la lámina y no indica un fallo de la banda de tensión posterior.
- C) Subtipo A1: designa la no fractura de la vértebra o fracturas clínicamente insignificantes de los procesos espinosos o transversos.
- D) Subtipo A4 son fracturas con estallido completa: afecta ambos platillos y al muro posterior. Suele presentar fractura vertical de la lámina que indica un fallo de la banda de tensión posterior.
34. Las fracturas de atlas:
- A) La mayoría requiere tratamiento quirúrgico dado que son el soporte de los cóndilos occipitales y cráneo y requieren una buena reducción de las superficies articulares.
- B) El factor de estabilidad y determinante de la indicación quirúrgica es la integridad del ligamento transversos.
- C) Jefferson fue el primer autor en describirlas.
- D) Se asocian a lesiones de la arteria vertebral frecuentemente dado disposición de la misma.
35. ¿Cuál de estas estructuras no forman parte del complejo ligamentoso posterior?
- A) Ligamento amarillo.
- B) Ligamento longitudinal posterior.
- C) Ligamento supraespinoso.
- D) Ligamento interespinoso.



36. ¿Cuál es el orden correcto en que se debe hacer la exploración neurológica para valorar la escala ASIA?
- A) Nivel sensitivo - nivel lesión neurológica - nivel motor.
 - B) Nivel sensitivo - nivel lesión neurológica - grado ASIA.
 - C) Nivel motor - nivel sensitivo - nivel lesión neurológica.
 - D) Nivel sensitivo - nivel motor - nivel lesión neurológica.
37. Con respecto al tratamiento de las fracturas osteoporóticas, señale la respuesta FALSA:
- A) La mayoría responden bien al tratamiento conservador
 - B) La cifoplastia ha demostrado superioridad con respecto a la vertebroplastia en resultados funcionales a largo plazo
 - C) El tratamiento quirúrgico es complejo dada la calidad ósea de los pacientes
 - D) Existe mayor riesgo de fugas con la vertebroplastia que con la cifoplastia
38. Todas las siguientes son características de la espondilitis anquilosante, EXCEPTO:
- A) Clínicamente existe rigidez vertebral
 - B) Es más frecuente en mujeres
 - C) Es característica la afectación de la articulación sacroiliaca
 - D) Se trata de un trastorno autoinmune
39. Entre los criterios clínicos de New York establecidos para el diagnóstico de la espondilitis anquilosante, NO se encuentra:
- A) Limitación de la movilidad de la columna vertebral
 - B) Disminución de la movilidad torácica
 - C) Mejoría del dolor lumbar con el reposo
 - D) Lumbalgia y rigidez de más de 3 meses de evolución
40. Son factores de riesgo de progresión de una espondilolistesis:
- A) La edad del paciente.
 - B) El sexo y porcentaje de deslizamiento.
 - C) La cifosis lumbosacra.
 - D) Todas son ciertas.
- 41.Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:
- A) En torno al 15% de la población tiene una curva $>10^\circ$.
 - B) La escoliosis idiopática del adolescente es más frecuente en el género masculino.
 - C) Los estadios de Sanders van del 0 al 5.



- D) La escoliosis idiopática del adolescente no conlleva un incremento de la tasa de mortalidad.
- 42.Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:
- A) En la escoliosis idiopática del adolescente el estudio radiográfico inicial debe incluir las proyecciones postero-anterior (PA) y lateral de la columna vertebral completa.
 - B) En la escoliosis idiopática del adolescente parece existir un aumento de la longitud posterior de la columna.
 - C) Una escoliosis toracolumbar debe tener el ápex entre T9 y L3.
 - D) En la escoliosis idiopática del adolescente se recomienda la observación para curvas <math><45^\circ</math>, independientemente del nivel de madurez esquelética.
43. En la historia natural de la enfermedad de Scheuermann:
- A) Los adultos tienen mayor dolor y limitaciones de las actividades vida diaria.
 - B) Suelen sufrir hernias discales torácicas con grave afectación neurológica.
 - C) Los adultos sufren mayores complejos físicos y preocupación estética
 - D) Las cifosis de 65° en la adolescencia sufren clara progresión en la vida adulta
44. ¿Cuál de las siguientes NO es una característica evolutiva de las curvas escolióticas neuromusculares?:
- A) Suelen tener mala respuesta al tratamiento con ortesis
 - B) Son curvas de aparición precoz que suelen estabilizarse en la edad adulta
 - C) Suele haber correlación entre la gravedad de la deformidad y la severidad de la afección quirúrgica
 - D) En las hipotónicas se puede apreciar colapso en cifosis de la columna vertebral
45. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:
- A) Las curvas tipo I en la Parálisis Cerebral Infantil (PCI) son curvas selectivas únicas que se comportan similar a las idiopáticas
 - B) La incidencia de escoliosis en la PCI es muy baja
 - C) La cirugía es menos frecuente en las curvas tipo 2
 - D) Las curvas del tipo II en la PCI son toraco-lumbares o lumbares que se extienden al sacro con oblicuidad pélvica
46. ¿Qué afirmación es FALSA sobre el quiste óseo aneurismático?
- A) Se puede tratar mediante embolizaciones.
 - B) Son característicos los niveles líquidos en la resonancia magnética.
 - C) Según la clasificación de Enneking es un tumor activo.
 - D) Se trata de un tumor estadio 3 de Enneking.



47. ¿Qué afirmación es FALSA sobre el granuloma eosinófilo?
- A) Produce dolor como síntoma más común
 - B) El tratamiento es siempre quirúrgico
 - C) El granuloma eosinófilo es frecuente a nivel torácico
 - D) El hallazgo radiológico de “vértebra plana” es característico del granuloma eosinófilo
- 48.Cuál de los siguientes NO forma parte de la escala SINS (*Spine Instability Neoplastic Score*) de cuantificación de la inestabilidad de las metástasis vertebrales:
- A) Localización en el raquis.
 - B) Patrón radiológico (lítico, blástico, mixto).
 - C) Tumor primario.
 - D) Porcentaje de colapso del soma vertebral.
49. Qué aspecto NO está incluido en las escalas de Tokuhashi y Tomita de toma de decisiones en metástasis vertebral:
- A) Tumor primario.
 - B) Presencia de metástasis óseas.
 - C) Presencia de metástasis viscerales.
 - D) Capacidad de respuesta a otros tratamientos alternativos a la cirugía.
50. Los tumores espinales más frecuentes son:
- A) Tumores de la raíz nerviosa
 - B) Metástasis
 - C) Tumores intramedulares
 - D) Sarcomas
51. Si observamos en una placa AP de muñeca un “signo del anillo” y un signo de Terry Thomas positivo, ¿debemos pensar en?:
- A) Rotura de apófisis del hueso ganchoso
 - B) Pseudoartrosis de escafoides
 - C) Rotura de ligamento escafosemilunar
 - D) Rotura de ligamento lunopiramidal
52. La angulación distal de la paleta humeral en el plano frontal es de aproximadamente:
- A) 6 grados en valgo
 - B) 6 grados en varo
 - C) 20 grados en valgo
 - D) 20 grados en varo



53. ¿Cuál de estas condiciones es un factor contraproducente para la consolidación de una fractura?
- A) Adecuada estabilidad de la fractura
 - B) Buena vascularización del foco de fractura
 - C) Paciente joven
 - D) Diabetes mellitus
54. El ángulo ligamentoso posteroexterno de la rodilla (PAPE), está formado por:
- A) Ligamento lateral externo, inserción bíceps femoral y tendón poplíteo
 - B) Ligamento lateral externo, tendón poplíteo y ligamento poplíteo-fibular
 - C) Ligamento lateral externo, cápsula articular posterolateral y ligamento poplíteo-fibular
 - D) Muro meniscal, ligamento lateral externo y cápsula articular posterolateral.
55. La pelvis es una estructura ósea que ayuda a mantener la verticalización, por ello está sometida a grandes fuerzas de cizallamiento que son absorbidas por:
- A) La musculatura del suelo de la pelvis.
 - B) Los ligamentos sacroilíacos anteriores y posteriores.
 - C) Los ligamentos iliolumbares, los ligamentos sacrotuberosos y sacroespinosos
 - D) Son ciertas b y c.
56. ¿Cuál de las siguientes alteraciones NO aparece en la Acondroplasia?
- A) Genu varo
 - B) Hiperlordosis lumbar
 - C) Genu valgo
 - D) Estenosis vertebral
57. ¿Cuál es el microorganismo más frecuente de la osteomielitis crónica?
- A) S. aureus
 - B) S. epidermidis
 - C) H. influenza
 - D) P. aeruginosa
58. La presencia de imágenes de calcificaciones intratumorales nos debe hacer pensar en:
- A) Sarcoma de Ewing
 - B) Condrosarcoma
 - C) Tumor de células gigantes
 - D) Mieloma.



59. ¿Cuál es el estabilizador anterior más importante de la articulación glenohumeral?
- A) Lig. Glenohumeral medio
 - B) Lig. Glenohumeral superior
 - C) Lig. Glenohumeral inferior
 - D) Ligamento coracoacromial
60. ¿En qué tipo de fractura de escafoides es más frecuente que se produzca una pseudoartrosis?
- A) Polo proximal
 - B) Cintura
 - C) Polo distal
 - D) Existe la misma probabilidad en las tres
- 61.Cuál de estas propiedades NO corresponde al menisco:
- A) Adaptación de superficies articulares
 - B) Propiocepción.
 - C) Distribución de cargas
 - D) Producción de líquido sinovial
62. Tenista que en la fase de armado del saque nota un punto doloroso en cara anterior del hombro y una sensación de chasquido con inmediato alivio del dolor. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?
- A) Rotura tendón supraespinoso
 - B) Lesión tipo SLAP
 - C) Síndrome subacromial
 - D) Tendinitis tendón subescapular
63. ¿Cuál es la técnica de elección para confirmar-descartar la enfermedad de Kienböck?
- A) Gammagrafía
 - B) TAC
 - C) RX
 - D) RNM
64. Respecto a la pseudoartrosis de escafoides, señale la afirmación INCORRECTA:
- A) Suele cursar con necrosis del fragmento distal
 - B) Puede cursar de manera asintomática
 - C) A lo largo del tiempo puede provocar artrosis radiocarpiana.



- D) En estadios iniciales el tratamiento de elección en fijación de la fractura y aporte injerto óseo
65. Paciente de 40 años con fractura del cuello del astrágalo, con desplazamiento posterior del cuerpo astragalino. Señale, de las complicaciones posibles que se relacionan, cuál es la más característica:
- A) Pie cavo-valgo postraumático.
 - B) Necrosis isquémica del cuerpo del astrágalo.
 - C) Pie plano postraumático.
 - D) Pie cavo-varo postraumático.
66. De los signos siguientes, ¿cuál es el más precoz en un síndrome compartimental agudo de los miembros?:
- A) La isquemia cutánea.
 - B) La hipoestesia en el trayecto del nervio afectado.
 - C) El dolor intenso al estiramiento pasivo muscular.
 - D) La ausencia de pulso
67. En el tratamiento de las fracturas de cuello femoral tratadas mediante artroplastia total de cadera uno de los siguientes factores NO se ha identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de una infección periprotésica.
- A) Diabetes Mellitus
 - B) Pérdida de peso patológica
 - C) Artritis reumatoide
 - D) Anemia ferropénica
68. En pacientes mayores de 70 años con fracturas no desplazadas o fracturas impactadas en valgo de cuello femoral, señale la respuesta INCORRECTA:
- A) La hemiarthroplastia ha mostrado resultados superiores a la osteosíntesis con tornillos canulados en el restablecimiento de la función medida con la puntuación de cadera de Harris (Harris Hip Score)
 - B) A los dos años de la cirugía los pacientes tratados mediante hemiarthroplastia tienen una mejor movilidad (caminan más rápido) que los pacientes tratados con osteosíntesis con tornillos canulados.
 - C) Los pacientes tratados mediante osteosíntesis tienen más reintervenciones que los pacientes tratados mediante hemiarthroplastia
 - D) La mortalidad a los dos años en los pacientes tratados mediante hemiarthroplastia no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas en los pacientes tratados mediante hemiarthroplastia frente a los pacientes tratados mediante osteosíntesis con tornillos canulados.



69. Sobre el ligamento cubital medial del codo señale la respuesta INCORRECTA:
- A) Es el estabilizador primario del codo durante el estrés en valgo
 - B) El fascículo anterior se origina en la superficie anterosuperior del epicóndilo medial y se inserta en el tubérculo sublime del cúbito.
 - C) El fascículo anterior tiene una anchura de 4 a 7 mm
 - D) Las lesiones de esta estructura anatómica son frecuentes en jugadores de béisbol.
70. Sobre los pacientes con patología degenerativa de cadera y de columna lumbar síncrona que precisan artroplastia total de cadera y fusión lumbar, señale la respuesta INCORRECTA.
- A) Los pacientes que se someten antes a la cirugía de cadera tienen un riesgo aumentado de luxación en el postoperatorio.
 - B) Los pacientes que se someten antes a la cirugía de cadera tienen un riesgo aumentado de infección en el postoperatorio.
 - C) Los pacientes que se someten antes a la cirugía de cadera tienen un riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica en el postoperatorio.
 - D) Los pacientes que se someten antes a la cirugía de cadera tienen un riesgo aumentado de precisar un tratamiento prolongado con opiáceos en el postoperatorio.
71. Según los criterios de Lewinnek para prevenir luxaciones de una prótesis de cadera el componente acetabular debe orientarse:
- A) Anteversión de $15^\circ \pm 10^\circ$ e inclinación lateral de $40^\circ \pm 10^\circ$
 - B) Anteversión de 0° e inclinación de 55°
 - C) Lo importante es la tensión de las partes blandas, no la orientación del componente
 - D) Anteversión de 30° e inclinación de 55° si se implanta por vía posterior
72. Respecto al sarcoma de Ewing, es FALSO:
- A) En raras ocasiones presentan masa de partes blandas asociada
 - B) En la mayoría de los casos aparece antes de los 20 años de edad
 - C) Es un sarcoma constituido por células redondas pequeñas que muestran diversos grados de diferenciación neuro-ectodérmica
 - D) Se localizan más frecuentemente en las diáfisis o segmentos metafiso-diafisarios de huesos largos.
73. En la paroniquia crónica señale la FALSA:
- A) En los cultivos de aísla con más frecuencia *Candida albicans*.
 - B) Tiene una etiología multifactorial y primariamente es una forma de dermatitis no de infección fúngica.



- C) Los inmunosupresores como Tacrolimus no ha mostrado ninguna utilidad en su tratamiento
- D) La cirugía se reserva para casos resistente al tratamiento médico.
74. Ante una tumoración de partes blandas, de un tamaño menor de 5 cm., situada en un nivel superficial a la fascia, es CORRECTO:
- A) No debe researse sin una biopsia previa guiada por ecografía
- B) Es preceptivo realizar un estudio de extensión antes de su extirpación
- C) La biopsia es necesaria y debe realizarla el cirujano que posteriormente realice la resección
- D) Puede plantearse una resección directa con márgenes
75. El tratamiento de elección en la pseudoartrosis de clavícula sintomática es:
- A) Injerto óseo vascularizado de peroné.
- B) Injerto óseo autólogo de cresta iliaca estabilizado con placa atornillada
- C) Magnetoterapia de consolidación
- D) Refrescado de extremos óseos y nueva osteosíntesis
76. La "triada terrible" de codo es:
- A) Luxación de codo, fractura de tróclea y fractura de olecranon
- B) Luxación de codo, fractura capitellum y fractura coronoides
- C) Luxación de codo, fractura capitellum y fractura de cabeza radial
- D) Luxación de codo, fractura de cabeza radial y fractura de coronoides
77. La enfermedad de Gaucher, la drepanocitosis o la administración de corticoides a dosis altas en encontrarse en la génesis de:
- A) Necrosis óseas epifisarias
- B) Displasia fibrosa poliostótica
- C) Poliartritis crónica evolutiva
- D) Encondromatosis
78. Las fibras más importantes para la estabilidad del ligamento colateral lateral del codo son:
- A) Las fibras cubitales
- B) Las fibras radiales
- C) Las fibras anteriores
- D) El ligamento anular
79. En una fractura de cabeza femoral tipo Pipkin II en un paciente de 24 años el tratamiento CORRECTO será:



- A) Tracción continua
 - B) Reducción abierta y osteosíntesis de la cabeza femoral
 - C) Reducción y osteosíntesis de la cabeza femoral y de la fractura asociada de la pared posterior del cotilo
 - D) Escisión del fragmento óseo
80. El Síndrome de McCune Albright es una enfermedad genética en la que aparecen manchas café con leche en la piel, desórdenes endocrinos y lesiones óseas consistentes en:
- A) Displasia fibrosa poliostótica
 - B) Osteocondromatosis múltiple
 - C) Tumores pardos
 - D) Alteraciones vertebrales
81. Señale la que NO es una complicación de los traumatismos musculares directos:
- A) Hematoma muscular.
 - B) Nódulo fibroso
 - C) Hernia muscular
 - D) Granuloma de cuerpo extraño
82. Respecto al sistema de puntuación de Mirels para cuantificar el riesgo de fractura patológica NO es cierto:
- A) Aconseja el enclavado profiláctico con puntuaciones mayores a 8 sobre 12 puntos
 - B) Puntúa de 1 a 3 según la histología del tumor primario (carcinomas, adenocarcinomas, plasmocitoma y mieloma u otros)
 - C) Puntúa de 1 a 3 según la localización (extremidad superior, inferior o peritrocantérica)
 - D) Puntúa de 1 a 3 según el porcentaje de afectación cortical (1/3, 2/3 o más de 2/3 de circunferencia)
83. En los pacientes con epicondilitis el dolor suele ser máximo en la zona de inserción del:
- A) Extensor pollicis longus
 - B) Extensor carpi radialis brevis
 - C) Extensor carpi ulnaris
 - D) Flexor pollicis longus
84. Una paciente de 90 años presenta un cuadro de hipotensión, hipoxia, arritmia cardíaca y aumento de la resistencia vascular pulmonar durante la colocación de una



prótesis parcial cementada de cadera por una fractura subcapital. La causa más plausible de ello será:

- A) Infarto agudo de miocardio
- B) Síndrome de implantación de cemento óseo
- C) Lesión vascular pélvica durante la intervención
- D) Infarto cerebral como complicación de la anestesia intradural

85. Sobre la enfermedad tromboembólica venosa, señale la FALSA:

- A) Es frecuente en cirugía ortopédica y traumatología, especialmente después de la cirugía de artroplastia de grandes articulaciones, cadera y rodilla.
- B) La triada patogénica clásica es hipercoagulabilidad, estasis venosa y lesión endotelial.
- C) La trombofilia congénita es un factor de riesgo primario poco importante
- D) La edad por encima de los 40 años, la inmovilización prolongada, la presencia de neoplasia maligna y los síndromes mieloproliferativos son factores de riesgo generales secundarios.

86. ¿Cuál de estos tumores es de localización típicamente epifisaria?

- A) Condrosarcoma
- B) Displasia fibrosa
- C) Sarcoma de Ewing
- D) Histiocitosis de células de Langerhans

87.Cuál de los siguientes ha mostrado ser un factor clave para el éxito de la osteosíntesis de las fracturas desplazadas del cuello femoral:

- A) La localización adecuada de tres o más tornillos canulados
- B) La calidad de la reducción conseguida antes de la fijación
- C) La apertura sistemática del foco de la fractura para drenar el hematoma
- D) La realización inmediata de la osteosíntesis (antes de 48 horas)

88. En el Síndrome de Maffucci las lesiones más típicas son:

- A) Deformidades metafisarias, talla baja y macrocefalia
- B) Fragilidad ósea, incurvación de huesos largos y fracturas frecuentes
- C) Encondromas múltiples y lesiones vasculares hemangiomas
- D) Sinovitis, acné, pustulosis palmoplantar, hiperostosis y osteítis

89. La toracoplastia parcial de Bonola se utiliza para el tratamiento de:

- A) La cifosis en la Enfermedad de Scheuermann
- B) El cuello corto del Klippel-Feil
- C) La deformidad torácica del Marfan



D) La cifoescoliosis en el mielomeningocele

90. NO es típico de la lesión de primera motoneurona (motoneurona superior):

- A) Reflejos osteo-tendinosos disminuidos
- B) Parálisis o paresia polimuscular
- C) Signo de Babinski
- D) Hipertonía

91. Una paciente de 76 años con antecedente de tratamiento con bifosfonatos orales durante más de 7 años, consulta por dolor en cara anterior del muslo, de ritmo mecánico y de varias semanas de evolución. En la radiografía no se aprecia afectación articular y si una imagen de refuerzo o engrosamiento cortical de 1/3 proximal de fémur, que es levemente varo. Usted sospechará:

- A) Fractura de estrés "atípica"
- B) Osteoporosis transitoria de cadera
- C) Necrosis de cabeza femoral
- D) Fibroma no osificante

92. La osteomielitis vertebral y artritis séptica por *Salmonella spp* es típica de los portadores de qué patología:

- A) Hemofilia.
- B) Anemia de células falciformes
- C) Enfermedad de von Willebrand
- D) Hemocromatosis

93. Ante la sospecha de un síndrome del canal tarsiano, ¿cuál de estas afirmaciones es FALSA?

- A) Debe hacerse un estudio radiológico para descartar patologías predisponentes.
- B) Un estudio neurofisiológico normal contraindica la cirugía
- C) Una causa posible es la aparición de un quiste sinovial en el canal del tarso (quiste de Richet)
- D) El tratamiento de elección es la liberación completa del nervio tibial y de sus ramas

94. Un paciente de 33 años de edad, presenta un cuadro clínico de dolor global y derrame articular en la rodilla, sin antecedente traumático aparente. Se realiza estudio Rx que resulta normal. En RNM se aprecian imágenes nodulares diseminadas en la articulación, con erosión ósea asociada en algunas de ellas y depósitos de hemosiderina. El diagnóstico más probable es:

- A) Sinovitis villonodular pigmentada
- B) Sarcoma sinovial



- C) Artritis por Hemofilia
D) Artritis por Hemocromatosis
95. Un paciente sufre un traumatismo indirecto en marcada flexión plantar del pie y comienza con importante dolor con el apoyo; ante la sospecha de lesión de Lisfranc, ¿Qué hallazgo radiológico confirmará nuestra sospecha?:
- A) El primer metatarsiano se alinea correctamente medial y lateralmente con la primera cuña
B) El borde medial del cuarto metatarsiano forma una línea recta con el borde medial del cuboides
C) El borde medial del segundo metatarsiano se alinea con el borde lateral de la segunda cuña
D) En la radiografía lateral no hay desplazamiento dorsal de los metatarsianos
96. Quienes son los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria son:
- A) Todos los españoles
B) Los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el Territorio Nacional.
C) Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, que tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.
D) Todas las anteriores.
97. En la ley básica reguladora de la autonomía del paciente dentro de los principios básicos se encuentran todas las siguientes, EXCEPTO:
- A) La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
B) Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
C) El médico debe indicarle al paciente cual opción terapéutica debe elegir.
D) Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
98. Se entiende por centro sanitario a:



- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
- B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

99. La historia clínica se define como:

- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
- B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

100. Se entiende por Consentimiento informado a:

- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
- B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

101. En la Ley General de Sanidad describen el certificado médico como:

- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.



- B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

102. El informe de alta médica es:

- A) Es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
- B) Es el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.
- C) Es toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.
- D) Es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

103. Que es un paciente:

- A) Es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
- B) Es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.
- C) Es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.
- D) B y C son correctas.

104. La ordenación del régimen del personal estatutario de los servicios de salud se rige por los siguientes principios y criterios, EXCEPTO:

- A) Sometimiento pleno a la ley y el derecho.



- B) Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario.
 - C) Estabilidad en el empleo y en el mantenimiento de la condición de personal estatutario fijo.
 - D) No precisa de participación de las organizaciones sindicales en la determinación de las condiciones de trabajo, a través de la negociación en las mesas correspondientes.
105. Los nombramientos de personal estatutario temporal serán de interinidad, siendo estatutarios interinos los que, por razones expresamente justificadas de necesidad y urgencia, son nombrados como tales con carácter temporal para el desempeño de funciones propias de estatutarios en los siguientes supuestos y condiciones:
- A) Existencia de plaza vacante, cuando no sea posible su cobertura por personal estatutario fijo, durante un plazo máximo de tres años, en los términos previstos en el apartado 2 de este artículo.
 - B) Ejecución de programas de carácter temporal, que deberán especificar sus fechas de inicio y finalización y no podrán tener una duración superior a tres años. Los programas objeto de nombramiento no pueden ser de una naturaleza tal que suponga la ejecución de tareas o la cobertura de necesidades permanentes, habituales de duración indefinida de la actividad propia de los servicios de salud.
 - C) Exceso o acumulación de tareas, detallándose las mismas, concretando la fecha del inicio y fin del nombramiento, por un plazo máximo de nueve meses, dentro de un período de dieciocho meses.
 - D) Todas las anteriores.
106. Se podrá nombrar personal estatutario sustituto para el desempeño de funciones propias de personal estatutario en los siguientes supuestos y condiciones:
- A) Sustitución, que se expedirá, cuando resulte necesario para atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los periodos de vacaciones, permisos, dispensas y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de plaza.
 - B) Sustitución parcial para garantizar la prestación asistencial en los centros e instituciones sanitarias, durante un plazo máximo de tres años, identificando la causa que lo origina, siendo un nombramiento vinculado a la cobertura de exención de guardias, por razón de edad, o enfermedad, pudiendo sustituir hasta dos personas siempre que con la plantilla disponible no fuese posible cubrir esta contingencia y respetando los límites legales de la jornada, en concreto los referidos en los artículos 48.2 y 49.



- C) Reducción de la jornada ordinaria de personal estatutario, identificando a la persona o personas concretas a quien se complementa la jornada, durante todo el período correspondiente y en la modalidad que motiva la reducción.
- D) Todas las anteriores.

107. Son medidas dirigidas al control de la temporalidad las siguientes, EXCEPTO:

- A) Las administraciones sanitarias serán responsables del cumplimiento de las previsiones contenidas en la presente norma y, en especial, velarán por evitar cualquier tipo de irregularidad en el nombramiento del personal estatutario temporal y sustituto. Asimismo, las administraciones sanitarias promoverán, en sus ámbitos respectivos, el desarrollo de criterios de actuación que permitan asegurar el cumplimiento de las medidas de limitación de la temporalidad de su personal, así como una actuación coordinada de los distintos órganos con competencia en materia de personal. No obstante, desde la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se establecerá un seguimiento de estas actuaciones.
- B) Las actuaciones irregulares en materia de nombramiento de personal estatutario temporal y sustituto darán lugar a la exigencia de las responsabilidades que procedan de conformidad con la normativa vigente en cada una de las administraciones públicas.
- C) Todo acto, pacto, acuerdo o disposición reglamentaria, así como las medidas que se adopten en su cumplimiento o desarrollo, cuyo contenido directa o indirectamente suponga el incumplimiento por parte de la comunidad autónoma o del Estado de los plazos máximos de permanencia como personal estatutario temporal se aceptará como válido.
- D) El incumplimiento del plazo máximo de permanencia dará lugar a una compensación económica para el personal estatutario temporal afectado, que será equivalente a veinte días de sus retribuciones fijas por año de servicio, en virtud de la normativa específica que le sea de aplicación, prorrateándose por meses los períodos de tiempo inferiores a un año, hasta un máximo de doce mensualidades. El derecho a esta compensación nacerá a partir de la fecha del cese efectivo y la cuantía estará referida exclusivamente al nombramiento del que traiga causa el incumplimiento. No habrá derecho a la compensación descrita en caso de que la finalización de la relación de servicio sea por causas disciplinarias o por renuncia voluntaria.

108. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:

- A) A la estabilidad en el empleo y al ejercicio o desempeño efectivo de la profesión o funciones que correspondan a su nombramiento.
- B) A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del



- servicio en cada caso establecidas.
- C) A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones.
- D) Todas las anteriores.
109. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:
- A) A que sea respetada su dignidad e intimidad personal en el trabajo y a ser tratado con corrección, consideración y respeto por sus jefes y superiores, sus compañeros y sus subordinados.
- B) Al descanso necesario, mediante la limitación de la jornada, las vacaciones periódicas retribuidas y permisos en los términos que se establezcan.
- C) A recibir asistencia y protección de las Administraciones públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.
- D) Todas las anteriores
110. El personal estatutario ostenta, en los términos establecidos en la Constitución y en la legislación específicamente aplicable, los siguientes derechos colectivos:
- A) A la libre sindicación.
- B) A la actividad sindical.
- C) A la huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población.
- D) Todas son correctas.