



CONVOCATORIA PARA CONSTITUIR UNA BOLSA DE TRABAJO DE TITULADO SUPERIOR (MÉDICO) DE LA UNIDAD DE MEDICINA DEL SERVICIO DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA (SADUS)

1. Durante los primeros años de funcionamiento de la Unidad de Medicina del Deporte, la labor asistencial se centró en:
 - a) La asistencia de lesiones agudas.
 - b) La valoración de la aptitud médico-deportiva de los deportistas universitarios.
 - c) La asistencia médica general de los abonados al SADUS.
 - d) La cobertura médica de las competiciones.

2. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales en su artículo 5, ¿qué afirmación es correcta?:
 - a) Están sujetos al deber de confidencialidad sólo los encargados del tratamiento de datos.
 - b) Están sujetos al deber de confidencialidad sólo los responsables del tratamiento de datos.
 - c) Están sujetos al deber de confidencialidad sólo las personas obligadas por el secreto profesional.
 - d) Están sujetos al deber de confidencialidad todas las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos.

3. La organización práctica y puesta en funcionamiento de un programa de salud a nivel local para mejorar los estilos de vida, corresponde al nivel de la planificación (según Pineault):
 - a) Táctica.
 - b) Operativa.
 - c) Normativa.
 - d) Estratégica.



4. De los cuatro métodos fundamentales de evaluación económica de la salud relacionados, ¿en cuál de ellos se usa la unidad “años de vida ajustados por capacidad” (AVACs)?:
- Análisis de minimización de costes.
 - Análisis de coste-efectividad.
 - Análisis de coste-utilidad.**
 - Análisis de coste-beneficio.
5. Según el Reglamento General de los Campeonatos de Andalucía Universitarios (ed_08_04_2018), las Universidades cuando actúen como equipo local, deberán disponer de:
- Atención médica primaria, garantizando la presencia de una ambulancia medicalizada de soporte vital básico dotada de desfibrilador.**
 - Atención médica especializada en deporte, garantizando la presencia de una ambulancia medicalizada de soporte vital básico dotada de desfibrilador.
 - Atención médica primaria, garantizando la presencia de una ambulancia de traslado.
 - Atención médica especializada en deporte, garantizando la presencia de una ambulancia de traslado.
6. La gestión del accidente deportivo en el SADUS es uno de los procedimientos (P7.13) detallados en el manual de procedimientos del SADUS, incluido dentro de los procesos de:
- Medición, análisis y mejora.
 - Apoyo.**
 - Estratégicos.
 - Claves.



7. El acrónimo RICE incluye cuatro medidas básicas, fundamentales en el tratamiento de la lesión musculoesquelética en fase aguda, que son:
- Reposo, inmovilización, compresión y elevación.
 - Reposo, hielo, compresión y elevación.**
 - Recolocar, inmovilizar, contener y evacuar.
 - Revisa, inicia, comunica y evacua.
8. En relación al otohematoma pericondral del pabellón auricular, podemos decir que:
- Es una lesión típica del saltador de trampolín.
 - Es una lesión característica del nadador.
 - Se conoce como oreja en berenjena.
 - Se produce por roce repetido en la zona auricular.**
- 9.- De las siguientes afecciones usuales en el ámbito deportivo ¿Cuál es una virasis?:
- Eriasma.
 - Granuloma de las piscinas.
 - Molluscum contagiosum.**
 - Tinea pedis.
- 10.- ¿Cuál de las siguientes situaciones detectadas en el electrocardiograma de reposo supone una contraindicación absoluta de la práctica deportiva y requiere valoración cardiológica adicional?:
- Bloqueo de rama derecha completo.
 - Bradycardia sinusal asintomática de 40 ppm
 - Bloqueo auriculoventricular de segundo grado, tipo II (Mobitz).**
 - Bloqueo auriculoventricular de segundo grado, tipo I (Wenckebach).



11.- Señale el hallazgo del ECG de reposo, relacionado con el entrenamiento o adaptación fisiológica al ejercicio regular, que se considera variante normal en deportistas y que no requiere evaluación adicional en deportistas asintomáticos sin antecedentes familiares significativos:

- a) Presencia de QTc de más de 500 mseg.
- b) **Ritmo de escape de la unión a 95 ppm sin conducción aberrante.**
- c) Presencia de onda épsilon.
- d) Retraso de la conducción intraventricular con duración del QRS > 140 mseg.

12.- Según el Grupo de Conmociones en el Deporte, en sus recomendaciones del 2017, siempre que estando en el terreno de juego se sospeche que un deportista pueda haber sufrido una conmoción cerebral:

- a) Se tendrán en cuenta los signos de alerta sólo en caso de contusión directa.
- b) Se realizará primero la exploración neurocognitiva, preferentemente sobre el terreno de juego.
- c) **Se atenderán primero las prioridades de primeros auxilios/atención de emergencia.**
- d) Si el jugador presenta conmoción leve y se recupera rápido, puede reincorporarse al juego.

13.- Según el Grupo de Conmociones en el Deporte, en sus recomendaciones del 2017, siempre que estando en el terreno de juego se sospeche que un deportista pueda haber sufrido una conmoción cerebral:

- a) **El cuarto paso a seguir por el médico, en el terreno, es la valoración con la escala de coma de Glasgow.**
- b) En este contexto, la escala de coma de Glasgow evalúa la respuesta motora ocular, la verbal y la auditiva.
- c) Se usa la pauta de Maddocks para evaluar la columna cervical.



- d) Si no hay dolor cervical en reposo, se pasa a valorar si el deportista presenta un arco de movimiento pasivo completo sin dolor.

14.- ¿Qué prueba tiene mayor sensibilidad y especificidad en la exploración de la rodilla para lesión del ligamento cruzado anterior?

- a) Prueba del cajón anterior neutro.
- b) Prueba del cajón antero interno.
- c) **Prueba de Lachman.**
- d) Prueba del cajón anteroexterno.

15.- De las siguientes aseveraciones acerca de la ligamentoplastia de cruzado anterior de la rodilla, ¿cuál le parece más correcta?:

- a) Hay que fortalecer los isquiosurales de todas las formas e iniciar lo antes posible un trabajo de cocontracciones cuádriceps-isquio a 30-90°, independientemente de la zona donante.
- b) **Hay que reanudar precozmente el apoyo de forma progresiva e iniciar el trabajo en cadena cinética cerrada en el rango de los 0-60°.**
- c) Se debe hacer un fortalecimiento exclusivo y precoz del cuádriceps (en trabajo estático o dinámico) a 0-60° en cadena cinética abierta.
- d) Se debe hacer precozmente un fortalecimiento del tríceps sural en modo concéntrico con la rodilla flexionada.

16.- Con la prueba de Zohlen valoramos en la rodilla:

- a) El ligamento cruzado anterior.
- b) **El cartílago retropatelar.**
- c) El menisco interno.
- d) El menisco externo.



17.- La enfermedad de Sinding-Larsen-Johansson es:

- a) Una tendinopatía nodular del tercio medio del tendón rotuliano.
- b) Una encondrosis de la tuberosidad tibial anterior.
- c) **Causa frecuente de dolor e impotencia funcional en la rodilla en deportistas adolescentes.**
- d) Una fractura aguda del polo inferior de la rótula.

18.- El ligamento que se afecta con mayor frecuencia en el esguince de tobillo es el:

- a) Ligamento deltoideo.
- b) **Ligamento peroneo astragalino anterior.**
- c) Ligamento peroneo calcáneo.
- d) Ligamento tibioperoneo anteroinferior.

19.- Las normas de OTTAWA:

- a) **Constituyen una herramienta segura para descartar las fracturas de tobillo y medio pie con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad en torno al 40%.**
- b) Son un instrumento por criterio clínico muy útil para decidir la necesidad o no de aplicar inmovilización rígida del tobillo.
- c) Se deben tener en cuenta especialmente en personas menores de 18 años.
- d) Son criterios radiológicos, fundamentales en la lectura de la radiografía simple de tobillo.

20.-¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta acerca del intervalo rotador del hombro?:

- a) **El techo del intervalo rotador lo constituye el ligamento coracohumeral.**
- b) Se observa entre los tendones de los músculos infra y supraespinoso.



- c) El suelo del intervalo rotador lo forma el ligamento glenohumeral medio.
- d) Es el espacio virtual entre manguito rotador y ligamento coracoacromial.

21.- En la luxación glenohumeral anterior es cierto que:

- a) Se diagnostica lesión de Bankart aislada en el 70% de los casos.
- b) Se diagnostica lesión de Hill-Sachs aislada en un 80% de los casos.
- c) **La coexistencia de ambas lesiones (Bankart + Hill-Sachs) es mucho más frecuente que la presencia de sólo una de ellas.**
- d) Lo más habitual es que se presente lesión de partes blandas sin lesión ósea asociada.

22.- Del entrenamiento interválico de alta intensidad (HIIT: series de ejercicio de alta intensidad con periodos variables en duración de pausa activa o pasiva) podemos afirmar:

- a) Que no ha demostrado ser eficaz en la mejora del estado físico asociado a la salud en población adulta.
- b) **Que la principal ventaja frente al entrenamiento continuo es el corto periodo que se necesita para completar el entrenamiento, requiriendo un mínimo de equipamiento.**
- c) Que produce menores ganancias cardiometabólicas en el corto plazo en comparación al ejercicio aeróbico continuo.
- d) Que no genera mejoras en la capacidad oxidativa del músculo esquelético, pero si adaptaciones centrales.

23.- En el entrenamiento de fuerza en el ámbito clínico se aconseja realizar:

- a) Una sesión de fuerza a la semana a intensidades 1 RM, varias series de diferentes músculos.
- b) El entrenamiento de fuerza a baja intensidad y baja velocidad de ejecución, aunque el paciente pueda hacerlo a más intensidad y rapidez.



- c) Está demostrado que es mejor trabajar con restricción de flujo sanguíneo a intensidades medias o altas, dos sesiones semanales.
- d) **El clásico de entrenamiento de fuerza (2 a 3 series de 10 repeticiones, grandes grupos musculares a alta intensidad, dos veces en semana), al presentar la mayor mejora de la fuerza.**

24.-Indique entre las siguientes opciones terapéuticas cuál ha mostrado ser la mejor herramienta disponible en el tratamiento del complejo articular del hombro y con mayor evidencia científica:

- a) **La cinesiterapia programada en progresión.**
- b) La electroterapia de media y baja frecuencia.
- c) La terapia manual.
- d) La electroterapia de alta frecuencia.

25.-El método de Kabat es una técnica de tratamiento basada en:

- a) La cinesiterapia pasiva monoarticular.
- b) La cinesiterapia respiratoria.
- c) **La facilitación neuromuscular propioceptiva.**
- d) La gimnasia sueca.

26.-Los ejercicios de cadena cerrada se caracterizan por:

- a) Estar fijado el paciente por un elemento externo (cinta elástica, tensor, u otros).
- b) **Estar el segmento distal de una articulación inmóvil o fijo.**
- c) Por fijarse el paciente a una máquina en el gimnasio.
- d) Por ser exclusivos de la extremidad inferior.

27.-En el tratamiento de la tendinopatía crónica del tendón de Aquiles, indique cuál es el tratamiento más eficaz según la evidencia científica actual:

- a) La movilización de tejidos blandos, incluyendo la técnica de fricción Cyriax.
- b) Ejercicios excéntricos en carga del tríceps sural.**
- c) Terapia con ondas de choque.
- d) Ejercicios de estiramiento miotendinoso del tríceps sural.

28.- Los métodos de Bad Ragaz, de FendelKrais y de Halliwick se encuadran en la:

- a) Electroterapia.
- b) Hidrocinesterapia.**
- c) Terapia manual osteopática.
- d) Crioterapia instrumental.

29.- En los baños de contraste el efecto terapéutico se consigue alternando la inmersión de una parte del cuerpo en agua fría y caliente. Indique lo correcto:

- a) Deben evitarse en problemas de retorno vascular.
- b) Su aplicación se realiza normalmente después que el resto del tratamiento.
- c) Se aconseja sumergir la zona corporal a tratar primero en agua fría durante tres a cuatro minutos y a continuación se sumerge en agua caliente durante aproximadamente un minuto, terminando la aplicación en agua fría, para mantener la vasoconstricción. Estos cambios se repiten tres o cuatro veces.
- d) Es una indicación frecuente en los esguinces de tobillo en fase aguda, como inicio de la sesión de rehabilitación domiciliaria.**



30.- ¿Cuál de las siguientes es una indicación para el uso de electroestimulación neuromuscular?

- a) **Reacondicionamiento en hipotrofia muscular por desuso.**
- b) Trombosis venosa profunda.
- c) Mantenimiento del trofismo muscular en parálisis periféricas irreversibles.
- d) Reumatismos articulares.

31.- En el tratamiento del dolor cervical (DC) de origen mecánico se indica la realización de ejercicio terapéutico y terapia manual de forma habitual. Indique la opción correcta sobre el uso adecuado del collarín cervical según la evidencia científica actual:

- a) En DC con déficit de movilidad se aconseja uso intermitente y nocturno.
- b) En DC asociado a dolor de cabeza se debe usar a discreción.
- c) En caso de DC asociado a déficit en la coordinación de movimientos, incluido el latigazo, se aconseja el uso continuo.
- d) **En DC con dolor cervical irradiado (radiculopatía) se recomienda usar por periodos cortos.**

32.- Señale la opción correcta acerca de los programas de rehabilitación cardíaca:

- a) Se ha demostrado una reducción de la mortalidad del 20-30% en los pacientes que practican la rehabilitación, en comparación con aquéllos que no participan.
- b) El entrenamiento dinámico o cardiorrespiratoria debe ocupar un tercio del tiempo y el resto debe dedicarse a entrenamiento resistivo o de fuerza.



- c) **En prevención (primaria y secundaria) la «dosis ideal» de ejercicio debe corresponder a un gasto energético de 400-800 kcal a la semana.**
- d) La mayor proporción del gasto energético semanal se asocia al trabajo de fuerza realizado en el programa.

33.- Señale la opción correcta acerca de los programas de rehabilitación cardíaca:

- a) Para el control de la intensidad el uso de un porcentaje del VO₂max es realista, al ser fácilmente trasladable a las sesiones de entrenamiento.
- b) El uso del porcentaje de la carga máxima durante las sesiones con distintos ergómetros tiene un manejo muy práctico.
- c) **El control de la respuesta cronotrópica cardíaca durante la sesión y su relación con la frecuencia cardíaca máxima es actualmente la mejor opción y de más fácil manejo para controlar la intensidad.**
- d) Es obligatorio realizar una ergoespiometría con determinación de gases y umbrales respiratorios, para programar la intensidad de la carga.

34.-Indique lo correcto, según se recoge en las normas de la SEPAR para los programas de rehabilitación respiratoria (RR) acerca del entrenamiento de los músculos respiratorios (EMR):

- a) Los músculos respiratorios (inspiratorios y espiratorios) no pueden ser entrenados en modalidad de fuerza y de resistencia continua o interválica.
- b) En pacientes con EPOC, el entrenamiento muscular inspiratorio (EMI) no ha demostrado mejorar la fuerza y la resistencia muscular, provocando beneficios en disnea, capacidad funcional y calidad de vida.



- c) El EMR debe realizarse 2 veces a la semana, a una intensidad de al menos el 60% de la PIM/presión espiratoria máxima (PEM) y en sesiones de unos 30 min de duración.
- d) **Dada la evidencia disponible, añadir EMI al entrenamiento general dentro de un programa de RR sería recomendable si se demuestra la existencia de debilidad de la musculatura inspiratoria (presión inspiratoria máxima [PIM] < 60 cmH₂O).**

35.-La técnica de fisioterapia respiratoria aconsejada en la actualidad es:

- a) El drenaje postural.
- b) Las percusiones manuales.
- c) Las vibraciones manuales.
- d) **El drenaje autógeno.**

36.-En los consensos de la SEEDO acerca de los programas de ejercicio para la pérdida de peso en sobrepeso y obesidad, se da como cierto que:

- a) Los programas combinados de ejercicio y dieta son igual de eficaces que los que sólo se basan en el ejercicio.
- b) El objetivo de la pérdida de peso en los primero seis meses debe acercarse al 20% del peso corporal.
- c) Si no se alcanza la pérdida de peso del 20% del peso corporal a los 6 meses, se puede plantear medidas quirúrgicas.
- d) **Los programas de ejercicio deben combinar ejercicio cardiovascular y de fuerza, con objetivo mínimo de 150 minutos semanales, repartido en 5 días con sesiones de 30 minutos.**



37.- La SEEDO para el abordaje del sobrepeso y la obesidad en atención primaria propone el desarrollo de programas combinados (dieta y ejercicio). En concreto, indica lo siguiente:

- a) **Un criterio de corte para ser propuesto a programa es tener IMC \geq 25-30 Kg/m² y cintura de riesgo.**
- b) Un criterio de corte para ser propuesto a programa es tener IMC \geq 40 Kg/m²
- c) Un criterio de corte para ser propuesto a programa es tener IMC \geq 35 Kg/m² y comorbilidades.
- d) El inicio de programa combinado se permite a los que cumplan los criterios de corte independiente de si la persona quiere empezarlo y está motivada.

38.- La tendinopatía cálcica del manguito de los rotadores del hombro presenta una fase de intenso dolor (crisis cálcica) que coincide con:

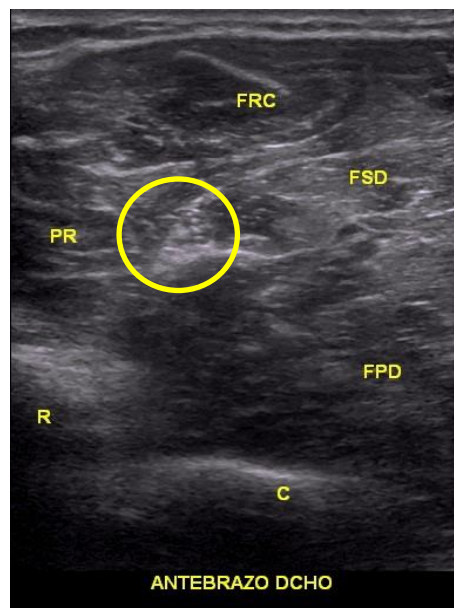
- a) La fase de formación con lesión ecográfica tipo 1 de calcificación dura con sombra acústica posterior.
- b) La fase de reposo con lesión ecográfica tipo 2 de calcificación blanda con sombra acústica posterior.
- c) **La fase resortiva con lesión ecográfica tipo 3 de calcificación blanda sin sombra acústica posterior.**
- d) La fase quística con lesión ecográfica tipo 4 de imagen hiperecoica redondeada con contenido anecoico en su interior o ligeramente moteada.

39.- -Con el paciente en posición de Middleton o modificada de Crass y la sonda ecográfica en plano sagital en la cara anterior del hombro, podemos con comodidad:

- a) **Hacer abordaje en plano del tendón del supraespinoso accediendo desde craneal.**

- b) Hacer abordaje en plano del tendón del supraespinoso accediendo desde lateral.
- c) Hacer abordaje en plano del tendón del subescapular accediendo desde craneal.
- d) Hacer abordaje en plano del tendón del subescapular accediendo desde lateral.

40.- Con la sonda sobre cara ventral del antebrazo en plano transversal, se observa la musculatura propia del antebrazo. ¿Cuál es la estructura enmarcada en el círculo?:



- a) Nervio radial.
- b) Nervio cubital.
- c) **Nervio mediano.**
- d) Nervio músculo cutáneo.



41.- El atrapamiento del nervio interóseo posterior se puede producir en el antebrazo en el ámbito deportivo. Señale la contestación correcta:

- a) Es rama del nervio cubital y se puede comprimir a su paso bajo el pronador redondo.
- b) Es rama del nervio mediano y se puede comprimir a su paso bajo el pronador redondo.
- c) Es rama del nervio mediano y se puede comprimir a su paso bajo el supinador corto.
- d) **Es rama del nervio radial y se puede comprimir a su paso bajo el supinador corto.**

42.- En la exploración dinámica del espacio escafolunar:

- a) Se coloca la sonda en cara palmar -plano sagital- y se mide el espacio en reposo y con el puño cerrado (Clencked Fist Test).
- b) El espacio normal es de alrededor de los 8 mm y debe mantenerse invariable durante las maniobras dinámicas para considerarla normal.
- c) **No hay que olvidar realizar exploraciones dinámicas en desviación lateral de la muñeca, ya que la desviación cubital pone en tensión el ligamento.**
- d) Hoy en día, no se puede explorar bien esta articulación de forma dinámica con ecografía.

43.- Llamamos jersey finger a una lesión característica del rugby, que afecta:

- a) **Al tendón del flexor profundo en su inserción en la falange distal.**
- b) A la placa volar metacarpofalángica del dedo afecto.
- c) Al aparato extensor del dedo afecto, en la falange distal.
- d) A la polea de reflexión del dedo afecto, habitualmente A2, pero también A3.

44.- La ecografía es excelente para guiar la artrocentesis de cadera. Indique cómo se obtiene el mejor acceso y abordaje por cara anterior:

- a) Con la sonda entre plano sagital y axial, en la transición céfalo-cervical donde se busca como objetivo el receso capsular anterior. La punción fuera de plano, de lateral a medial.
- b) **Con la sonda entre plano sagital y axial, en la transición céfalo-cervical donde se busca como objetivo el receso capsular anterior. La punción en plano, de distal a proximal.**
- c) Con la sonda en plano sagital, sobre el tendón del psoas iliaco en su eje largo, visualizando en profundidad la interlínea articular coxofemoral, se busca como objetivo el labrum acetabular. La punción fuera de plano, de lateral a medial.
- d) Con la sonda en plano sagital, sobre el tendón del psoas iliaco en su eje largo, visualizando en profundidad la interlínea articular coxofemoral, se busca como objetivo el labrum acetabular. La punción en plano, de distal a proximal.

45.- La tendinosis del tendón rotuliano en su inserción distal en la tibia:

- a) Se conoce como Sinding-Larsen-Johansson.
- b) **En el corte axial son visibles nódulos hiperecoicos que insuflan el tendón.**
- c) En el corte longitudinal es raro ver hipervascularización del tendón inmediato a la inserción.
- d) Tampoco es frecuente observar irregularidades y fragmentación de la cortical a nivel de la tuberosidad tibial anterior.

46.- La ecografía de la cara medial de la rodilla permite la valoración de los dolores del compartimento interno tras una entorsis. A nivel de la interlínea articular se valorará:

- a) **En el plano coronal el menisco medial, se puede ver en profundidad, como un triángulo hiperecoico con una zona anecoica en la parte central, que no siempre indica rotura meniscal.**
- b) Con la sonda en plano coronal, vemos el ligamento lateral interno con su fascículo único y en profundidad el menisco interno.
- c) El menisco subyacente, buscando roturas o desinserciones para lo cual es más útil ubicar la sonda en plano axial.
- d) Con la maniobra dinámica de varo forzado se valora el bostezo articular medial en casos agudos, no siendo muy útil en las inestabilidades crónicas.

47.- En relación con la punción ecoguiada de la articulación tibio peroneo-astragalina, ¿cuál de las afirmaciones es correcta?:

- a) **La vía preferente es la transversal. Con la sonda en axial sobre el dorso del pie a nivel del receso articular sobre la cúpula del astrágalo. Se accede en plano, desde cara medial del pie.**
- b) La vía preferente es la transversal. Con la sonda en axial sobre el dorso del pie a nivel del receso articular sobre la cúpula del astrágalo. Se accede en plano, desde cara lateral del pie.
- c) La vía preferente es la longitudinal. Con la sonda en axial sobre el dorso del pie a nivel del receso articular y sobre el astrágalo, entre los tendones del tibial anterior y del extensor largo del primer dedo. Se accede en plano, desde distal.
- d) La vía preferente es la longitudinal. Con la sonda en axial sobre el dorso del pie a nivel del receso articular y sobre el astrágalo, entre los tendones del tibial anterior y del extensor largo del primer dedo. Se accede fuera de plano, desde medial.



48.- En el síndrome conocido como “Tennis Leg” caracterizado por dolor súbito en la cara posterior de la pierna (signo de la pedrada), se puede decir que:

- a) Es una lesión exclusiva de la unión músculo-tendinosa distal de la cabeza medial del gastrocnemio en sus fibras superficiales sin afectación fascial.
- b) No suele verse afectado el músculo sóleo.
- c) **Puede verse afectado el músculo delgado plantar.**
- d) Es frecuente la afectación de las fibras distales del tendón de Aquiles.

49.- Respecto al bloqueo del plexo cervical superficial, ¿cuál es la respuesta correcta?:

- a) Ubicar la sonda en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (mECM), visualizar la fascia prevertebral que la separa de los músculos profundos (escalenos).
- b) El objetivo de la técnica ecoguiada del bloqueo es depositar el anestésico local en la vecindad de las ramas sensitivas de las raíces nerviosas de C5, C6 y C7.
- c) Las raíces se unen para formar las 4 ramas terminales del plexo que se visualiza como una pequeña colección de nódulos hipoecoicos inmediatamente en la profundidad del mECM y de la fascia prevertebral, para emerger de la fascia prevertebral por delante del borde anterior del mECM.
- d) **La visualización del plexo cervical superficial no es imprescindible para la realización del bloqueo, ya que en múltiples ocasiones es difícil de identificar.**

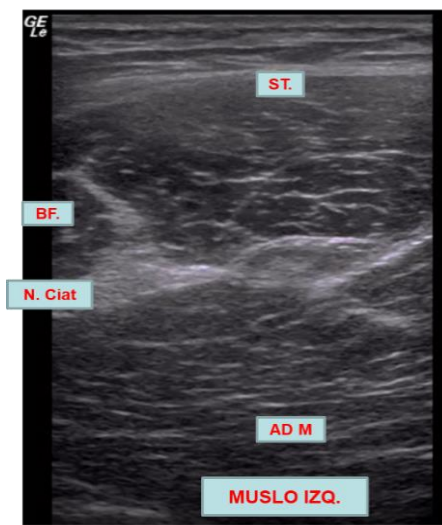
50.- En el tratamiento del dolor de origen facetario, se considera correcto que:

- a) El bloqueo del ramo posterior medial del nervio espinal correspondiente a nivel cervical es la mejor forma de diagnosticar el dolor procedente de las facetas y su posterior tratamiento.
- b) El bloqueo intraarticular, primero diagnóstico con anestésico local y posteriormente terapéutico con esteroides no particulados es el tratamiento de elección actual.
- c) Para estos procedimientos es mejor usar radioscopia ya que la ecografía no permite visualizar las raíces nerviosas.
- d) Para infiltración ecoguiada del raquis cervical necesitamos de una sonda convexa de pequeño tamaño, no siendo idónea la sonda lineal.

51.- Del bloqueo TAP (siglas inglesas para el plano transversal abdominal) se puede decir que:

- a) Es una técnica de punción ecoguiada de uso exclusivo anestésico.
- b) Es una hidrodissección, con 20-25 ml de anestésico local, del plano fascial entre oblicuo externo e interno.
- c) Es una hidrodissección, con 20-25 ml de anestésico local, del plano fascial entre oblicuo interno y transversal del abdomen.
- d) Los tres músculos de la pared abdominal se fijan al cuadrado lumbar, envolviéndolo. Se realiza una punción toxina botulínica a este nivel, de los cuatro músculos.

52.-Jugadora de rugby de 25 años. Consulta por dolor súbito con sensación de chasquido en tercio proximal de isquiotibiales al intentar evitar ensayo de una rival: contracción excéntrica máxima. Exploración física: dolor a la palpación de la cara posteromedial del muslo al estiramiento, a la contracción activa y resistida de los isquiotibiales). Su juicio clínico al revisar esta imagen sería:



- a) Elongación del ciático.
- b) Lesión del tendón conjunto del bíceps femoral/semitendinoso.
- c) **Lesión del tendón del semimembranoso.**
- d) Avulsión isquiática

53.- Con los medios actuales, en esta lesión localizada en tercio medio de la cara posterior del muslo, en su fase aguda, ¿cuál sería la mejor opción de las que se relacionan?:



- a) Vendaje elástico y reposo absoluto.
- b) Rice en la primera semana y ejercicio progresivo a partir de la segunda.
- c) Reposo relativo, punción ecoguiada para aspiración más terapias biológicas y ejercicio excéntrico biarticular.
- d) **Reposo relativo, punción ecoguiada para aspiración más terapias biológicas, vendaje compresivo y ejercicio isométrico suave.**

54.- Tomando en consideración el consenso de la Sociedad Europea de Cardiología, que promueve un protocolo común europeo de despistaje de patología cardiovascular en relación al ejercicio físico, indique la opción correcta:

- a) **Incluir un ECG basal de 12 derivaciones a todos los individuos que realizan ejercicio intenso regular, tras proporcionarles la información adecuada respecto a sus beneficios y limitaciones.**
- b) Sólo se considera necesario ECG basal de 12 derivaciones en aquellos que presenten riesgo CV (por enfermedad ateromatosa) moderado, alto o muy alto.

- c) Sólo se considera necesario ECG basal de 12 derivaciones en mayores de 35 años que realizan ejercicio intenso regular.
- d) El ECG basal de 12 derivaciones y la realización de un ECG de esfuerzo es obligatoria en Europa para todos los individuos mayores de 35 años que realizan ejercicio intenso regular.

55.- Según se recoge en el consenso de la semed-femede en relación con la muerte súbita en el deporte (MSD), se puede decir que:

- a) Se entiende por MSD la que ocurre durante o después del ejercicio, con una variación del intervalo de inicio de los síntomas de hasta 72 horas tras el ejercicio, debido en gran medida a enfermedades y anomalías cardiovasculares, con frecuencia insospechadas.
- b) **Una estimación global para deportistas de 12 a 35 años muestra una incidencia de MSD tres veces mayor en deportistas (2,3/100.000 deportistas) que en no deportistas (0,9/100.000 individuos).**
- c) La incidencia de MSD es dependiente del sexo, siendo de 2 a 25 veces más alta en las mujeres que en los hombres.
- d) Por debajo de los 35 años, la causa más frecuente (75-90% de los casos) es la cardiopatía isquémica.

56.- En el consenso sociedad europea de cardiología (ESC) sobre el reconocimiento médico deportivo (RMD) a realizar previo a participación, se considera:

- a) No existe evidencia científica que fundamente que la realización del electrocardiograma de 12 derivaciones mejore sustancialmente el poder diagnóstico del RMD ya que no detecta las canalopatías.
- b) **La ecocardiografía de rutina u otras técnicas de imagen no añaden poder diagnóstico al RMD propuesto por la ESC como método de despistaje masivo y no parecen ser coste/efectivos.**



- c) En la experiencia de Véneto se ha demostrado que el RMD basado en el ECG, implementado para despistaje masivo en deportistas, no se asocia con una reducción sustancial de la mortalidad cardiovascular.
- d) El Comité Olímpico Internacional ha impuesto el programa de RMD preparticipación unificado que cumplen todos los países europeos.

57.- Señale la afirmación correcta acerca de la interpretación del electrocardiograma de reposo:

- a) Se precisan tres derivaciones de localización lateral (I y aVL, V5 y/o V6) con inversión de la onda T para considerar la existencia de patología.
- b) La inversión de la onda T de localización anterior (V1-V4) es un hallazgo patológico siempre.
- c) La inversión de la onda T de localización inferolateral (II y aVF, V5-V6, I y aVL) no es patológica en deportistas de raza negra.
- d) **La inversión de la onda T u onda bifásica de V1 a V3 en deportistas adolescentes menores de 16 años o prepuberales (patrón juvenil) se considera un hallazgo normal.**

58.- ¿Cuál de las siguientes opciones constituye una contraindicación absoluta de la práctica deportiva?

- a) **Enfermedad intersticial pulmonar sintomática y mal controlada con el tratamiento.**
- b) Asma de difícil control.
- c) Insuficiencia respiratoria con mala saturación arterial de O₂: Saturación basal de Hb<90%, con desaturación progresiva durante el ejercicio.
- d) Tromboembolia pulmonar 3 meses después de la resolución del cuadro.

59.- ¿Cuál de las siguientes opciones considera patológica tras realizar una espirometría basal forzada?

- a) Un FEV1 del 80%



- b) Un FEF 25-75 del 70%.
- c) **Una FVC del 70%.**
- d) Un valor de FEV1/FVC entre el 70 y el 80%.

60.- **¿En cuál de las siguientes opciones se podría realizar deporte sin contraindicación alguna?**

- a) Hernia discal con síntomas radiculares.
- b) **Espina bífida oculta.**
- c) Escoliosis vertebral con ángulo de Cobb de 30-50°.
- d) Espondilolistesis sintomática (contractura o dolor).

61.- **En un paciente con escápula alada en reposo, que se aumenta al apoyar los brazos rectos sobre el suelo (en cuadrupedia) pensaríamos que está afectado:**

- a) El músculo pectoral mayor
- b) El músculo redondo mayor
- c) Los músculos infraespinoso y redondo menor.
- d) **El músculo serrato mayor.**

62.- **La marcha puede alterarse por distintas afecciones de los miembros inferiores. Señale la opción correcta:**

- a) El test de Trendelenburg permite detectar debilidades del glúteo mayor y las basculaciones pélvicas asociadas.
- b) En caso de debilidad del glúteo menor en la fase postural intermedia se realiza una hiperextensión compensatoria de la espalda.
- c) **En la fase postural intermedia la debilidad del glúteo medio se intenta compensar con una inclinación lateral del tronco hacia el lado afecto.**
- d) El test de Trendelenburg es positivo cuando la pelvis bascula hacia el lado afecto, quedando la cadera afectada más baja.



63.- ¿Cuál de las siguientes opciones considera correcta en relación a la práctica deportiva?

- a) El traumatismo craneoencefálico no supone una contraindicación absoluta temporal, hasta la total desaparición de síntomas psíquicos, cognitivos, afectivos y sensitivo-motores.
- b) La esclerosis múltiple supone una contraindicación absoluta, tanto durante como fuera de los brotes sintomáticos.
- c) **Las miopatías suponen una contraindicación absoluta temporal, durante la fase sintomática.**
- d) Las neuropatías periféricas no suponen una contraindicación absoluta temporal en la fase sintomática.

64.- En un paciente con debilidad motora en el deltoides (abducción de hombro) y en el bíceps braquial (flexión de codo), disminución del reflejo bicipital e hipoestesia en cara lateral del brazo cabe pensar lesión discal, a nivel de la raíz nerviosa:

- a) C3.
- b) **C5.**
- c) C7.
- d) D1.

65.- En una ergoespirometría con análisis de gases realizando un test incremental con escalones de 50 watt cada minuto, el umbral ventilatorio 1 está determinado por:

- a) La caída del cociente respiratorio.
- b) **El incremento del equivalente ventilatorio de oxígeno sin incremento asociado del equivalente ventilatorio de dióxido de carbono.**



- c) El incremento de la ventilación asociado a la disminución de la fracción espirada de oxígeno.
- d) El incremento del equivalente ventilatorio de dióxido de carbono asociado al incremento de la fracción espirada de dióxido de carbono.

66.-En una ergoespirometría con análisis de gases realizando un test incremental con escalones de 50 watt cada minuto, el umbral ventilatorio 2 está determinado por:

- a) La subida brusca del cociente respiratorio.
- b) El incremento del equivalente ventilatorio de dióxido de carbono asociado al incremento de la fracción espirada de dióxido de carbono.
- c) El incremento de la ventilación asociado a la elevación de la fracción espirada de oxígeno.
- d) El incremento del equivalente ventilatorio de oxígeno con incremento asociado del equivalente ventilatorio de dióxido de carbono.

67.- En el análisis por bioimpedanciometría (BIA), ¿cuál de las opciones es cierta?:

- a) Es un buen método para el control longitudinal de la masa libre de grasa y de la masa grasa, pero hay que ser cuidadoso en circunstancias de alteraciones de la hidratación (ejercicio, ingesta de líquidos y alimentos, enfermedades o fármacos que afecten el equilibrio hidrosalino).
- b) Permite la medida del agua corporal intracelular y por asunciones basadas en las constantes de hidratación de los tejidos, se obtiene el agua corporal total.
- c) Al realizar medida de BIA debemos saber que se ve afectada por la hidratación del sujeto que se va a medir por lo que se aconseja que



beba antes de la prueba hasta que deje de tener sensación de sed, sobre todo tras ejercicio reciente.

- d) La BIA monofrecuencia a 50 KHz debe utilizarse cuando hay alteraciones de la hidratación, diferenciando sin son del componente acuoso intracelular o extracelular.

68.- Según se especifica en el plan de formación de las becas de formación en asistencia fisioterápica al deportista (curso 2020-21), es cierto que:

- a) Los beneficiarios de estas becas deberán realizar sus actividades de formación durante 15 horas semanales.
- b) **Entre las competencias y habilidades a adquirir está la toma de la presión arterial.**
- c) Realizarán dicha formación sólo en jornadas no lectivas.
- d) Los tutores encargados de la formación son profesores del grado de fisioterapia

69.- En un estudio queremos comparar la media de estatura de tres grupos de deportistas diferentes. ¿Cuál de las siguientes pruebas estadísticas es la más adecuada para el análisis?:

- a) T de Student-Fisher.
- b) **Análisis de la varianza.**
- c) Prueba de Wilcoxon.
- d) Prueba de Mc Nemar.

70.- Si quisiéramos evaluar la eficacia de una intervención dietética realizada en consulta sobre una población de deportistas, el diseño epidemiológico a elegir sería:

- a) Estudio de casos controles.
- b) Estudio de cohortes.
- c) **Ensayo clínico.**



- d) Estudio transversal

71.--Según la Guía Preventiva para empleados públicos de la Universidad de Sevilla, el área técnica encargada de valorar las condiciones de trabajo relacionadas con la exposición a contaminantes químicos, biológicos y físicos, en laboratorios y zonas afines es:

- a) Ergonomía.
- b) **Higiene Industrial.**
- c) Seguridad en el Trabajo.
- d) Unidad de Protección Radiológica.

72.- De acuerdo con el art. 29 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, los trabajadores, con arreglo a su formación y siguiendo las instrucciones del empresario, deberán en particular:

- a) Conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos en el centro de trabajo, realizando a tal efecto las visitas que estime oportunas.
- b) Proporcionar los medios y la formación en materia preventiva que resulten necesarios para el ejercicio de sus funciones.
- c) Conocer e informar la memoria y programación anual de servicios de prevención.
- d) **Informar de inmediato a su superior jerárquico directo, y a los trabajadores designados para realizar actividades de protección y de prevención o, en su caso, al servicio de prevención, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.**



73.- De acuerdo con el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo la temperatura de los locales donde se realicen trabajos sedentarios propios de oficinas o similares estará comprendida entre:

- a) 17 y 27 °C.
- b) 14 y 25 °C.
- c) 20 y 25 °C.
- d) 15 y 27°C.

74.- Según lo dispuesto en el Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización, el empresario deberá evaluar los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, tomando en consideración las características propias del puesto de trabajo y las exigencias de la tarea y entre éstas, especialmente:

- a) El tiempo promedio de utilización semanal del equipo.
- b) El tiempo promedio de utilización diaria del equipo.
- c) El tiempo máximo de utilización diaria del equipo.
- d) El tiempo mínimo de atención continua a la pantalla requerido por la tarea habitual

75.- Según establece el Estatuto de la Universidad de Sevilla, aprobar la modificación de las relaciones de puestos de trabajo del personal de la Universidad es una competencia del:

- a) Rector.
- b) Claustro.
- c) Consejo de Gobierno.
- d) Gerente.



76.- El Estatuto de la Universidad de Sevilla dispone que la aprobación del presupuesto y la programación plurianual de la Universidad será competencia del:

- a) Gerente.
- b) Consejo Social.**
- c) Rector.
- d) Consejo de Gobierno.

77.- De acuerdo con el IV Convenio Colectivo del Personal Laboral de las Universidades Públicas de Andalucía, por enfermedad o accidente graves u hospitalización de familiares de primer grado por afinidad o hermanos, se concederá un permiso de:

- a) **3 días hábiles.**
- b) 2 días hábiles.
- c) 4 días hábiles
- d) 4 días naturales.

78.- Conforme establece el IV Convenio Colectivo del Personal Laboral de las Universidades Públicas de Andalucía, y por acumulación de tareas, las Universidades podrán contratar personal eventual con una duración máxima de los contratos de:

- a) 6 meses en un período de 12 meses.
- b) 6 meses en un período de 18 meses.
- c) 12 meses en un período de 18 meses.**
- d) 12 meses en un período de 24 meses.



79.- Según la LO 3/2007 para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, la situación en que una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pone a personas de un sexo en desventaja particular con respecto a personas del otro, salvo que dicha disposición, criterio o práctica puedan justificarse objetivamente en atención a una finalidad legítima y que los medios para alcanzar dicha finalidad sean necesarios y adecuados, se denomina:

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

80.- De acuerdo con lo dispuesto en la LO 3/2007 para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, remover los obstáculos que impliquen la pervivencia de cualquier tipo de discriminación con el fin de ofrecer condiciones de igualdad efectiva entre mujeres y hombres en el acceso al empleo público y en el desarrollo de la carrera profesional, es:

- a) El objeto de la Ley.
- b) El ámbito de aplicación.
- c) **Un criterio de actuación de las Administraciones Públicas.**
- d) Un principio de presencia equilibrada.