UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

PROCESO SELECTIVO PARA CONFIGURACIÓN DE BOLSA DE TRABAJO EN LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

TITULADO DE GRADO MEDIO

DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PODOLOGÍA

(Res. 06 de febrero de 2023)

Ejercicio único

Fase de oposición

08 de junio de 2023

1.- Indique qué órgano de gobierno de la UMA determina el régimen jurídico del escudo, sello y medalla de la Universidad de Málaga.

a) El Consejo Social.
b) El Rector.
c) El Claustro.
d) El Consejo de Gobierno.

2.- Señale qué proporción del Claustro estará formado por representantes del personal de administración y servicios.

a) Un 8%
b) Un 13%
c) Un 15%
d) Un 25%

3.- Según los Estatutos de la UMA, además del Rector y las personas titulares de la Secretaría General y la Gerencia, señale cuántos integrantes de la Comunidad Universitaria componen el Consejo de Gobierno de la UMA.

a) 22
b) 50
c) 65
d) 300

4.- Conforme a lo previsto en los Estatutos de la UMA, el Consejo de Gobierno celebrará sesión ordinaria al menos:

a) Una vez a la semana.
b) Una vez al mes.
c) Una vez al trimestre.
d) Una vez durante el curso académico.

5.- De conformidad con lo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la efectividad de las medidas preventivas deberá:

a) Prever las imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador.
b) Garantizar la ausencia de accidentes de trabajo.
c) Fomentar la participación de los trabajadores.
d) Anteponer la protección individual a la colectiva.

6.- De acuerdo con lo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se considerarán como daños derivados del trabajo:

a) Las enfermedades profesionales y riesgos no laborales.
b) Cualquier lesión que sufra el trabajador en su vida diaria.
c) Los accidentes y enfermedades que pueda sufrir un trabajador.
d) Las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

7.- Según el IV Convenio Colectivo del Personal Laboral de las Universidades Públicas de Andalucía, por matrimonio, el trabajador o trabajadora, previo aviso y justificación, podrá ausentarse del trabajo por:

a) 10 días naturales.
b) 15 días naturales.
c) 20 días naturales.
d) 25 días naturales.

8.- Según el IV Convenio Colectivo del Personal Laboral de las Universidades Públicas de Andalucía, el personal con 25 años de antigüedad tendrá derecho a los siguientes días de vacaciones anuales:
a) 22 días hábiles.
b) 23 días hábiles.
c) 24 días hábiles.
d) 25 días hábiles.

9.- Según el IV Convenio Colectivo del Personal Laboral de las Universidades Públicas de Andalucía, la CIVEA es:
a) La comisión paritaria de interpretación, vigilancia, estudio y aplicación.
b) La comisión paritaria de indemnización, vigilancia, estudio y atención.
c) La comisión paritaria de identidad, vigilancia, estudio y aplicación.
d) La comisión paritaria de interpretación, vigilancia, y atención.

10.-Según el IV Convenio Colectivo del Personal Laboral de las Universidades Públicas de Andalucía, el trabajador o trabajadora, previo aviso o justificación, podrá ausentarse del trabajo por enfermedad o accidente graves, hospitalización o intervención quirúrgica del padre, cónyuge o hijo:
a) 1 día hábil.
b) 2 días hábiles.
c) 3 días hábiles
d) 4 días hábiles

11.-Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, ¿cuál de los siguientes no es un principio general de la acción preventiva?:
a) Compensar los errores cometidos.
b) Evitar los riesgos.
c) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
d) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

12.-Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, el Comité de Seguridad y Salud estará formado por:
a) Los trabajadores y el empresario.
b) Los delegados de prevención, y los delegados sindicales en igual número.
c) Los delegados de prevención y los representantes de la administración en menor proporción.
d) Los delegados de prevención, y los representantes de la administración en número no superior a los delegados.

13.-Según la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en las reuniones del Comité de Seguridad y Salud, los delegados sindicales:
a) Tendrán voz y voto en los acuerdos que se tomen.
b) Podrán participar con voz, pero sin voto.
c) Solo podrán participar como oyentes.
d) Asistirán como órgano consultivo para las decisiones que les afecten.

14.-¿Cómo se procede en el tratamiento de un hematoma subungueal que se ha producido hace menos de 24 horas?
a) Se perfora la uña, se drena, se aplica un antiséptico y se tapa con un apósito para evitar infección.
b) Se aplica anestesia sobre la uña, se aplica un antiséptico y se tapa con un apósito para evitar la infección.
c) Se perfora la uña, se drena, se aplica un antibiótico y se tapa con un apósito para evitar infección.
d) Se perfora la uña, se drena, se aplica un antimicótico y se tapa con un apósito para evitar infección.

15.-¿Qué lesión se produce debido a la presión entre las cabezas metatarsales por causa biomecánica?

a) Tiloma.
b) Heloma en fondo de saco.
c) Heloma interdigital
d) Heloma vascular.

16.-Paciente que acude a consulta porque varias uñas de los dedos del pie presentan un engrosamiento, coloración conocida como "mancha de aceite", depresiones puntiformes en la superficie de la uña y hemorragias en astilla, ¿de qué patología podría tratarse?

a) Onicocauxia.
b) Melanoniquia.
c) Psoriasis ungueal.
d) Onicoclasia.

17.-El proceso de esterilización del material de quiropodia es fundamental para garantizar y prevenir infecciones en pacientes. ¿Cuáles son los más comunes utilizados en una consulta de podología?

a) Esterilización por: autoclave y radiación.
b) Esterilización por: radiación.
c) Esterilización por: autoclave, calor seco y radiación.
d) Esterilización por: autoclave, calor seco y química.

18.-Si acude paciente de 30 meses de edad porque según relata su madre "anda como un pato", ¿qué nivel de prevención podológica aplicarías?

a) Prevención primaria.
b) Prevención secundaria.
c) Prevención terciaria.
d) Prevención rehabilitadora.

19.-Acude paciente diabético con neuropatía sensorial y la presencia de ampolla en la zona distal del segundo dedo del pie, ¿cuál debería ser la actuación?

a) Extirpar la ampolla y antiséptico local.
b) Drenar la ampolla y elemento ortésico de carga local.
c) Extirpar la ampolla y elemento ortésico de descarga.
d) Drenar la ampolla y elemento ortésico de descarga.

20.-Acude paciente diabético a consulta; si se sospecha de presencia de neuropatía diabética, ¿qué instrumentos mínimos son necesarios para la exploración?

a) Estesiómetro, doppler y electromiografía.
b) Diapasón, Doppler y martillo Semmes-Weinstein.
c) Diapasón, martillo de reflejos y monofilamento Semmes-Weinstein.
d) Doppler y martillo de reflejos.

21.-Paciente de 70 años diabético que al realizarle el índice Tobillo-Brazo da un valor de 0.65 en miembro inferior derecho, ¿qué significa?

a) Circulación arterial adecuada.
b) Enfermedad arterial periférica significativa.
c) Enfermedad arterial periférica incipiente.
d) Estrechamiento severo de las arterias.

22.-¿Qué medidas preventivas pueden recomendarse para evitar un "pie de atleta"?

a) Mantener las uñas cortas, uso de calzado húmedo y calcetines y evitar caminar descalzo en zonas húmedas.
b) Mantener los pies secos, uso de calzado que permita ventilación, cambio de calcetín regularmente, evitar caminar descalzo en zonas húmedas y no compartir objetos personales, como toallas.
c) Mantener los pies húmedos, uso de calzado que permita ventilación, caminar descalzo en zonas húmedas y no compartir objetos personales, como toallas.
d) Mantener los pies secos, uso de calzado que permita ventilación, caminar descalzo en zonas húmedas y no compartir objetos personales, como toallas o calcetines.

23.-Si fuese necesario tomar una muestra para identificar un tipo concreto de onicomicosis, ¿cómo se procede?

a) Se identifica la uña afectada, se limpia la superficie de la uña con solución desinfectante suave, se recorta la porción de uña afectada y parte de la sana adyacente, se raspa la superficie de la uña, se recolecta el material de la uña raspada en recipiente adecuado, se puede utilizar hisopo de algodón, se etiqueta con la información del paciente y la fecha de la toma de la muestra y se seguirán las recomendaciones del laboratorio.
b) Se identifica la uña afectada, se limpia la superficie de la uña con solución desinfectante irritable, se recorta la porción de uña afectada y parte de la sana adyacente, se recolecta el material de uña en recipiente adecuado, se etiqueta con la información del paciente y la fecha de la toma de la muestra y se seguirán las recomendaciones del laboratorio.
c) Se identifica la uña afectada, se limpia la superficie de la uña con solución desinfectante suave, se recorta la porción de uña afectada y parte de la sana adyacente, tan profundo como se pueda para coger lecho ungueal, se recolecta el material de la uña y lecho, se puede utilizar hisopo de algodón, se etiqueta con la información del paciente y la fecha de la toma de la muestra y se seguirán las recomendaciones del laboratorio.
d) Se identifica la uña afectada, se limpia la superficie de la uña con solución desinfectante irritable, se recorta la porción de uña afectada y parte del lecho, se raspa la superficie del lecho, se recolecta el material de la uña y lecho raspado en recipiente adecuado, se puede utilizar hisopo de algodón, se etiqueta con la información del paciente y la fecha de la toma de la muestra y se seguirán las recomendaciones del laboratorio.

24.-¿Qué servicios ofrece la Unidad Docente Asistencial de Podología de la Facultad de Ciencias de la Salud?

a) Sólo servicios de quiropodología y ortopodología (exploración biomecánica), incluye diagnóstico podológico.
b) Sólo servicios de quiropodología, cirugía podológica y patología del pie.
c) Servicios de soportes plantares y podología física.
d) Servicios de quiropodología, ortopodología, cirugía podológica, pie de riesgo, podología física y patología del pie.

25.-¿Quiénes componen la Comisión para el funcionamiento de la Unidad Docente Asistencial?

a) Decano/a y Coordinador/a Docente de la titulación de Podología.
b) Coordinador/a Docente de la titulación de Podología y Coordinador/a Asistencial.
c) Decano/a, Coordinador/a Docente de la titulación de Podología, Coordinador/a Asistencial y Coordinador/a de Prácticas.
d) Decana/o, Director/a de la Unidad Docente Asistencial, Coordinador/a Asistencial y Coordinadora de Prácticas.

26.-Se ha planteado llevar a cabo una revisión sistemática, ¿dónde debe hacerse el registro?

a) En PROSPERO.
b) En ClinicalTrials.gov
c) En CONSORT.
d) En PRISMA.

27.-Las instalaciones mínimas de una clínica podológica donde se ofrezca servicio de quiropodología, ortopodología y cirugía podológica, ¿cuáles deben ser?

a) Sala de espera, gabinete de quiropodia, sala de taller, quirófano y almacén.
b) Gabinete de quiropodia, sala de exploración, sala de taller y almacén.
c) Sala de espera, gabinete de quiropodia, sala de exploración, sala de taller, área para la esterilización, quirófano y almacén.
d) Sala de espera, sala de exploración, taller y almacén.

28.-¿Qué funciones desempeña un/a coordinador/a asistencial en la Unidad Docente Asistencial de Podología?

a) Aprobar la memoria anual de actividad de la Unidad, supervisar el protocolo de actuación del profesorado y colaborar en la formación de los estudiantes.
b) Coordinar y planificar las actividades de la Unidad y pacientes, supervisar los protocolos de actuación, gestión de materiales, implementar acciones para la mejora de los procesos de atención y colaborar en la formación de los estudiantes.
c) Representar a nivel institucional la Unidad.
d) Fomentar la cooperación con otras instituciones.

29.-En caso de ser necesario hacer una biopsia por una lesión dérmica en el pie, ¿qué documento debe cumplimentar el paciente?

a) Consentimiento informado.
b) Consentimiento del Comité Ético de la Facultad.
c) Consentimiento ético de la UMA.
d) Autorización al laboratorio que lo analiza.

30.-La materia Prácticum en el Grado en Podología está compuesta por:

a) Tres asignaturas (Practicum I, II y III).
b) Dos asignaturas (Practicum I y II).
c) Cuatro asignaturas (Practicum, I, II, III y Cirugía Podológica).
d) Cinco asignaturas (Practicum I, II, III, IV y Cirugía Podológica)

31.-Para cursar la asignatura de Practicum I:

a) Se debe haber superado la asignatura de Ortopodología III.
b) Se debe estar matriculado en asignaturas de tercer curso del Grado.
c) Se debe estar matriculado en asignaturas de segundo curso del Grado.
d) Se debe haber superado la asignatura de Anatomía Específica del Miembro Inferior.

32.-Profesionales podólogos tienen capacidad para prescribir mediante receta desde:

a) Ley 28/2009 de 30 de diciembre.
b) Ley 2/1974 de 23 de febrero.
c) Real Decreto 1132/1990 de 14 de septiembre.
d) Real Decreto 649/1988.

33.-Si acude un paciente con una disimetría de 4cm en el miembro inferior derecho causado por poliomelitis, ¿cómo debe procederse en la toma de molde para la confección de soporte plantar en termoplástico?

a) Toma de moldes en carga con espuma fenólica doble.
b) Toma de moldes en descarga mediante cojín neumático.
c) Toma de moldes en descarga mediante TAD.
d) Toma de moldes en carga mediante alginato cálcico.

34.-Si un paciente requiere de confección de soporte plantar en termoplástico (polipropileno 3mm), ¿con qué pulidora se debe proceder en el pulido?

a) Pulidora de grano fino.
b) Pulidora de grano grueso.
c) Pulidora de neumático.
d) Pulidora orbital.

35.-Si acude a consulta una chica de 16 años con dolor en la zona del 1ºmetatarsiano a nivel plantar con inflamación y hematoma desde hace tres semanas, ¿qué objetivo en tratamiento a nivel ortopodológico se desea conseguir?

a) Descargar los metas centrales para equilibrar el plano de trabajo de todos los metatarsianos.
b) Dar apoyo de forma selectiva en el 1º y 2º metatarsiano para equilibrar el plano de trabajo de todos los metatarsianos.
c) Dar apoyo de forma selectiva en la diáfisis del 1º metatarsiano para equilibrar el plano de trabajo de todos los metatarsianos.
d) Descargar de forma selectiva en la diáfisis del 1º metatarsiano para equilibrar el plano de trabajo de todos los metatarsianos.

36.-Acude un chico de 13 años cuyo motivo de consulta es "mete los pies hacia dentro desde que comenzó a caminar", según nos cuentan sus progenitores. Además, detectamos que presenta hombro y pelvis más elevada en el miembro derecho. ¿qué maniobras/mediciones exploratorias mínimas deben realizarse en la exploración según el motivo por el que acude?

a) Rotaciones de rodilla y Maniobra de Muller.
b) Rotaciones de cadera, torsión maleolar y maniobra de Adams.
c) Rotaciones de cadera, torsión tibial externa y maniobra de Adams.
d) Rotaciones de cadera, torsión tibial interna y maniobra de Adams.

37.-¿Con cuál de estos materiales puede realizarse el método de adaptación de Técnica de Adaptación en Directo (TAD) para la confección de un soporte plantar?

a) Plastazote.
b) Plastazote y resinas.
c) Resinas.
d) Polipropileno y resinas.

38.-Si tiene que utilizar la plataforma antropométrica, ¿cuáles son las indicaciones?

a) Evaluar y medir el área de contacto de la planta del pie.
b) Evaluar y medir la estabilidad del paciente.
c) Evaluar y medir el área de presiones de la planta del pie.
d) Evaluar el comportamiento de la fuerza sobre el paciente.

39.-Si acude un paciente de 32 años con una úlcera neuropática en el segundo dedo del pie, ¿cómo podría realizarse la cura local en consulta?

a) Limpieza con solución tipo agua oxigenada, por ejemplo, protección y vendaje con ligera presión en la úlcera para favorecer el flujo sanguíneo.
b) Limpieza con solución tipo agua oxigenada, aplicación de apósito de tipo hidrocoloide, por ejemplo, protección y vendaje con ligera presión en la úlcera para favorecer el flujo sanguíneo.
c) Limpieza con solución tipo suero fisiológico, por ejemplo, protección y vendaje con ligera presión en la úlcera para favorecer el flujo sanguíneo.
d) Limpieza con solución tipo suero fisiológico, por ejemplo; aplicación de apósito hidrocoloide, por ejemplo; protección y vendaje evitando presión en la úlcera para favorecer el flujo sanguíneo.

40.-Si decide realizar una férula para metatarsus adductus varus, ¿qué material elige?

a) Termoplástico.
b) Espuma de polietileno.
c) Aluminio.
d) Fibra de teflón.

41.-La pedigrafía:

a) Es un sistema de obtención de la huella plantar a través del apoyo del pie. La superficie entintada del pedígrafo choca con el fondo de la caja, donde se coloca una hoja de papel en la que la huella plantar queda registrada en tinta.
b) Es un procedimiento que tiene por objeto identificar las zonas de presión. Se sitúa papel fotográfico en una cubeta rectangular, con la cara sensible hacia arriba. El pie se aplica sobre la cara lisa del tapiz y permanece 1 minuto encima.
c) Es una técnica que permite obtener de manera simultánea un fotopodograma y un fotoestatigrama.
d) Es una técnica de gran utilidad en la proyección de la forma y el volumen de los soportes de una plantilla.

42.-El índice de valgo:

a) Establece la relación o posición del calcáneo en estática con el eje longitudinal estático del pie.
b) Es la bisectriz del ángulo formado por una línea tangente al borde externo del pie y otra tangente al borde interno del talón anterior y posterior.
c) Indica la ocupación del istmo plantar en una superficie lisa.
d) Se obtiene dividiendo el valor de la zona más estrecha del istmo entre el valor de una paralela en la zona más ancha del talón posterior.

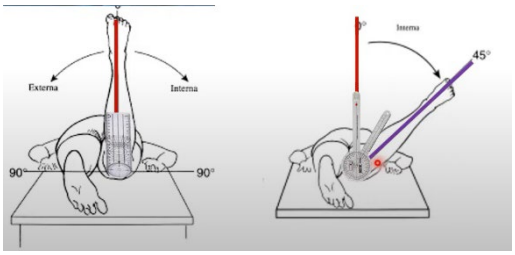
43.-La articulación tibioperonea-astragalina:

a) En el plano sagital podemos observar la flexión dorsal, cuya amplitud de movimiento mínima necesaria para la locomoción normal es de 10 grados y la flexión plantar, cuya amplitud de movimiento mínima para la locomoción normal es de 20 grados.
b) La inversión y la eversión son los movimientos naturales que se pueden explorar en esta articulación.
c) Las rotaciones interna y externa son los movimientos naturales que se pueden explorar en esta articulación.
d) Inversión, eversión y rotaciones internas y externas son los movimientos naturales que se pueden explorar en esta articulación.

44.- En la anteversión femoral:

a) La rotación interna y externa de cadera están aumentadas.
b) La rotación interna y externa de cadera están disminuidas.
c) La rotación interna de cadera está aumentada y la externa disminuida.
d) La rotación interna de cadera está disminuida y la rotación externa aumentada.

45.-En la figura que se muestra, la goniometría ¿qué está valorando?



a) Rotación externa de cadera.
b) Retroversión femoral.
c) Rotación externa de rodilla.
d) Rotación interna de cadera.

46.-El ángulo muslo-pie como método de diagnóstico clínico:

a) Es muy útil para valorar la anteversión femoral.
b) Es muy útil para valorar la torsión tibial.
c) Es muy útil para valorar el genu valgo.
d) Es muy útil para valorar el genu varo.

47.-La articulación de Lisfranc:

a) Es el complejo articular que une las cuñas y el cuboides con los metatarsianos.
b) Es la articulación mediotarsiana y establece la unión entre el tarso posterior y el tarso medio.
c) Tiene 2 ejes de movimiento: eje longitudinal y eje oblicuo.
d) Es la articulación más posterior del pie, y pone en contacto el astrágalo con el calcáneo.

48.-Contraindicaciones de la masoterapia:

a) Enfermedades infecciosas de la piel, trombosis y calcificaciones de partes blandas.
b) Inflamación de la fascia plantar.
c) Insuficiencia venosa periférica.
d) Metatarsalgias por alteraciones biomecánicas.

49.-El masaje de Cyriax o transverso profundo está indicado en:

a) Lesiones ligamentosas.
b) Solución de continuidad.
c) Roturas masivas de músculos.
d) Enfermedades reumáticas.

50.-Contraindicaciones del calor terapéutico en podología:

a) Procesos dolorosos de larga evolución.
b) Contracturas e hipertonías musculares.
c) Procesos inflamatorios de larga duración.
d) Inflamación activa.

51.-Si se decide aplicar corrientes galvánicas a un paciente con dolor reumático, el electrodo positivo irá situado sobre:

a) Un área no dolorosa.
b) El área dolorosa.
c) Un área antagonista a la zona dolorosa.
d) Es indiferente la zona de su colocación.

52.-En una lesión ligamentosa de grado II:

a) Existe una rotura total del ligamento.
b) El test de laxitud siempre es positivo.
c) Existe una rotura parcial del ligamento.
d) No hay equimosis ni bostezo articular.

53.-Respecto a la patología del Neuroma de Morton, señale la opción incorrecta:

a) Es una lesión típica del ballet.
b) El dolor se presenta durante la noche.
c) El dolor puede ser más o menos intenso según el calzado utilizado.
d) La zona más común de localización es entre 3º y 4º metatarsiano.

54.-Las funciones de amortiguación/propulsión del calzado deportivo de running se encuentra en:

a) La suela.
b) El upper.
c) La entresuela.
d) La suela y la palmilla.

55.-En cuanto a las lesiones más comunes en miembros inferiores, en salto de longitud:

a) En la fase de vuelo es más común la rotura de cuádriceps.
b) En la fase de impulso es más común la rotura de tríceps sural.
c) En la fase de aterrizaje es más común la rotura de 2º metatarsiano.
d) En la fase de vuelo es más común la rotura de tríceps sural.

56.-En la población geriátrica, las alteraciones podológicas más prevalentes son:

a) Papilomas.
b) Bromhidrosis.
c) Alteraciones ungueales.
d) Helomas neurovasculares.

57.-El pie plano inveterado es:

a) Alteración que se manifiesta por una marcha torpe, molestias vagas y cansancio mayor de los habituales para su segmento de edad si bien en otros casos los síntomas son escasos y pueden pasar inadvertidos, a no ser por los desgastes del calzado.
b) Falta de movilidad de la primera articulación metatarsofalángica generalmente por artrosis, y que habitualmente evoluciona sin desviación de los ejes.
c) Pie plano presente en el nacimiento, y aunque se diagnostique en la infancia, es de origen congénito. En él, la cabeza del astrágalo ha girado hacia planos inferiores y hacia la línea media, con lo que la prominencia interna es importante y su tratamiento resulta muy difícil.
d) Una malposición estructural permanente que hace muy dificultosa y dolorosa la marcha. El pie se apoya por su borde interno, y en las zonas más sobrecargadas aparecen enormes hiperqueratosis y callosidades.

58.-Paciente mujer de 50 años que presenta deformidad compleja en el pie derecho, tras exploración y prueba complementaria pertinente observamos: desviaciones de todos los elementos que conforman los radios internos del pie, principalmente el primero, en el que la angulación entre la diáfisis del metatarsiano y de la falange proximal supera los 15 grados, el ángulo interfanlángico entre el primer y el segundo metatarsiano se hace superior a 9 grados y los sesamoideos pierden su alojamiento debajo de la primera cabeza para posicionarse hacia el espacio intermetatarsal. ¿De qué alteración se trata?:

a) Pie adductus.
b) Pie zambo.
c) Hallux valgus.
d) Hallux rígidus.

59.-Paciente hombre de 55 años acude a consulta, está diagnosticado de Enfermedad de Ledderhose y a consecuencia de ésta su pie está desarrollando la siguiente alteración estructural secundaria a esta enfermedad:

a) Pie plano estructurado.
b) Pie plano inveterado.
c) Pie cavo por retracción de las partes blandas.
d) Pie cavo de origen neurológico.

60.-En un paciente diagnosticado con pie zambo estarán presentes las siguientes alteraciones en su pie y pierna:

a) Pie en flexión dorsal, varo, abducción y rotación tibial externa.
b) Pie en flexión dorsal, varo, aducción y rotación tibial interna.
c) Pie en flexión dorsal, varo, aducción y rotación tibial interna.
d) Equinismo de pie, varo, aducción y rotación tibial interna.

61.-Paciente hombre de 35 años acude a consulta, tras historia clínica y exploración obtenemos la siguiente información de interés: No padece enfermedades ni toma medicación, pie aceptablemente tolerable, si bien provoca algunas metatarsalgias y helomas en la primera y quinta cabezas metatarsales en situaciones de sobreuso, y predispone a fascitis y tendinitis. ¿Ante qué tipo de pie cavo estamos?:

a) Pie cavo de tercer grado.
b) Pie cavo funcional.
c) Pie cavo de origen neurológico.
d) Pie cavo por retracción de partes blandas.

62.-Paciente mujer de 25 años que acude a consulta por “dolor en la zona externa del retropié”. Tras anamnesis y exploración obtenemos la siguiente información de interés: Dolor en la zona indicada tras un esguince del ligamento peroneoastragalino anterior (ya tratado y resuelto) y que se exacerba con la presión digital en dicha localización, tiene sensación de inestabilidad del tobillo. Se ha realizado diagnóstico diferencial con otras lesiones como tenosinovitis de los peroneos, subluxación recidivante del astrágalo, tumores óseos, gota e infecciones. ¿Ante qué afectación podríamos estar con los datos obtenidos?:

a) Síndrome del túnel tarsiano.
b) Síndrome del seno del tarso.
c) Talalgia reumática.
d) Osteomalacia de la epífisis posterior del calcáneo.

63.-Paciente mujer de 18 años con dolor en la cabeza del 2º metatarsiano acude por segunda vez a consulta, los parámetros de su analítica se conservan dentro de valores normales. Se decide realizar una segunda radiografía ya que en una primera visita hace 6 meses la paciente acude con dolor de poca intensidad al caminar y se le realiza una primera radiografía en la que no había signos de alteración ósea alguna. Observe la siguiente imagen (círculo rojo), ¿ante qué alteración estamos?

a) Osteocondritis del escafoides o enfermedad de Müller-Weis.
b) Artrosis degenerativa de la segunda cabeza del metatarsiano.
c) Artritis reumatoidea en la segunda cabeza del metatarsiano.
d) Osteocondritis de la cabeza del segundo metatarsiano o enfermedad de Freiberg.

64.-Paciente de 44 años que acude a consulta con los siguientes síntomas: dolor en el tercer espacio intermetatarsal. El dolor paroxístico obliga al paciente a pararse y descalzarse. La crisis dolorosa suele durar unos minutos, y con frecuencia su resolución está ligada a la realización de movimientos con los dedos. La paciente a veces refiere el dolor como un latigazo o un calambre intenso. El calzado estrecho y de tacón alto le molesta. Tras radiografía no se ve alteración ósea. ¿Ante qué patología estamos?

a) Osteomalacia del segundo o tercero metatarsianos.
b) Neuroma de Morton.
c) Degeneración osteoarticular de segundo o terceros metatarsianos.
d) Enfermedad de Müller-Weis.

65.-En esguinces de tobillo por inversión, uno de los ligamentos más afectados es el ligamento peroneoastragalino anterior. La maniobra de valoración de este ligamento se realiza de la siguiente manera:

a) Paciente en decúbito prono y se imprime movimiento de flexión dorsal del tobillo y eversión. El ligamento se tensa y provoca dolor en caso de que el ligamento se encuentre distendido o desgarrado.
b) Paciente en decúbito supino y se imprime movimiento de flexión plantar del tobillo y eversión. El ligamento se tensa y provoca dolor en caso de que el ligamento se encuentre distendido o desgarrado.
c) Paciente en decúbito prono y se imprime movimiento de flexión dorsal del tobillo e inversión. El ligamento se tensa y provoca dolor en caso de que el ligamento se encuentre distendido o desgarrado.
d) Paciente sentado en el borde de la camilla con las piernas colgando. Se imprime movimiento de flexión plantar del tobillo e inversión del pie. El ligamento se tensa y provoca dolor en caso de que el ligamento se encuentre distendido o desgarrado.

66.-Uno de los problemas secundarios más graves, dado el efecto en la calidad de vida de los diabéticos, es la aparición de úlceras en los pies de estos pacientes, como consecuencia del efecto sostenido en el tiempo de dos entidades crónicas, ¿cuáles son?:

a) La obesidad y el sedentarismo.
b) Las alteraciones en el flujo sanguíneo y la obesidad.
c) La obesidad y la neuropatía periférica.
d) La neuropatía periférica y la insuficiencia vascular.

67.-¿Qué es el pie diabético?

a) El resultado del efecto combinado de la angiopatía, la neuropatía y el mayor riesgo de infecciones, junto con el efecto de las presiones intrínsecas y extrínsecas secundarias a malformaciones óseas en los pies.
b) El pie de los pacientes que padecen la diabetes mellitus.
c) El pie resultado del efecto de padecer diabetes mellitus de larga evolución, sin convivir en el paciente la neuropatía, el riesgo de infecciones, ni las heridas ulcerosas.
d) El pie del paciente diabético, pero sin alteraciones físicas en él.

68.-Un inaceptable 25% de pies diabéticos tienen como resultado final del tratamiento, la amputación de las extremidades inferiores. Sobre estas amputaciones, marque la respuesta correcta:

a) El 83% de las amputaciones en extremidades inferiores, no han manifestado úlceras en la evolución de la enfermedad.
b) El 83% de las amputaciones en extremidades inferiores vienen precedidas de otras alteraciones en la piel independientes de las úlceras.
c) El 83% de las amputaciones en extremidades inferiores, no están precedidas de alteraciones en la piel ni de úlceras.
d) El 83% de las amputaciones en extremidades inferiores, vienen precedidas de úlceras.

69.-Según la guía de práctica clínica en el pie diabético, la úlcera de grado 1 (escala de Wagner que es la más usada) es aquella que:

a) Presenta callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas.
b) Es extensa, profunda, con secreción y mal olor.
c) Penetra en la piel, grasa, ligamentos, pero sin afectar al hueso, infectada.
d) Presenta destrucción total del espesor de la piel.

70.-El monofilamento de Semmes-Weinstein es un filamento de nylon unido a un mango. Al ejercer presión sobre un punto de exploración se dobla aplicando una presión constante de 10g, con independencia de la fuerza con que lo aplique el explorador. Para realizar la exploración se debe presionar en cuatro puntos plantares de cada pie: en falange distal y bases de primer dedo, tercer y quinto metatarsiano. ¿Cuándo se considera este test positivo?

a) Cuando se detecta al menos un punto insensible.
b) Cuando se detectan al menos 2 puntos insensibles.
c) Cuando se detectan al menos 3 puntos insensibles.
d) Cuando los 4 puntos son insensibles.

PREGUNTAS DE RESERVA

71.-¿De las principales bases de datos para buscar información sobre resultados de investigación en Podología, ¿cuáles podría seleccionar?

a) JAPMA y Cochrane.
b) PROSPERO, Empase y Cinalh.
c) Pubmed, Cinalh, SportDiscuss, Embase y Scopus.
d) Embase, PeBro y Cinalh.

72.-Respecto al derecho a la protección frente a los riesgos laborales:

a) Los empresarios tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.
b) El derecho de paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente no forma parte del derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.
c) El empresario deberá cumplir las obligaciones establecidas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales.
d) El coste de las medidas relativas a la seguridad y la salud en el trabajo podrá recaer sobre los trabajadores.

73.-¿Quién/es han desarrollado la guía de práctica clínica específica para el manejo del pie diabético?

a) Guía de práctica clínica de cirujanos ortopedas y endocrinos.
b) National Institute for Health and Emergency (NIHE).
c) International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF).
d) Clinical Practice Guidelines del American College of Foot and Ankle Surgeons (ACFAS).

74.-Las resoluciones de los órganos unipersonales de gobierno y representación podrán ser impugnadas mediante:

a) Recurso de alzada ante el Claustro.
b) Recurso de alzada ante el consejo de Gobierno.
c) Recurso de alzada ante el Rector o la Rectora.
d) El orden jurisdiccional contencioso-administrativo, sin perjuicio del recurso potestativo de reposición.

75.-En caso de llevar a cabo una investigación dónde se van a recoger datos de participantes en las instalaciones de la Unidad Docente asistencial, ¿qué documento/s es/son necesario/s cumplimentar antes de iniciar la investigación?

a) Consentimiento informado al participante.
b) Comité ético de la UMA, Comité de Investigación de la Facultad y permiso del Director/a de la Unidad.
c) Comité de Investigación Biomédica Provincial.
d) Comité de Investigación Biomédica Provincial.