Fisioteca

EXAMEN · FISIOTERAPEUTA

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM)

Convocatoria 2026 · Teórico y Práctico

95 preguntas tipo test + supuesto práctico de 20 preguntas

Documento oficial publicado por Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM). Fisioteca lo recopila para facilitar tu preparación: las páginas siguientes son el documento original, sin modificaciones.

Hazlo en modo test

Cronometrado, con corrección al momento, explicación de cada respuesta y repaso de tus fallos.

www.fisioteca.com

Castilla-La Mancha

Escuela de Administración Regional

PRIMERA Y SEGUNDA PRUEBAS

CUERPO TÉCNICO

ESPECIALIDAD: FISIOTERAPIA

ACCESO LIBRE

RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA: 05 de diciembre de 2024 (D.O.C.M. n.º 244, de 18 de diciembre de 2024)

Fecha de examen: 28 de septiembre de 2025

041

Descargado gratis de www.fisioteca.com

Descargado gratis de www.fisioteca.com

PRIMERA PRUEBA
CUESTIONARIO DE RESPUESTAS ALTERNATIVAS

Descargado gratis de www.fisioteca.com

1. ¿Cuál de los siguientes actos jurídicos de la Unión Europea son de obligado cumplimiento?

a) Recomendaciones y Decisiones.
b) Recomendaciones, Dictámenes, Resoluciones, Informes, Declaraciones, Programas de acción común.
c) Reglamentos, Directivas, Decisiones.
d) Recomendaciones y Dictámenes.

2. De acuerdo con la Constitución Española, es un derecho fundamental:

a) El derecho a la huelga.
b) El derecho a la negociación colectiva.
c) El derecho a la propiedad privada y a la herencia.
d) El derecho al trabajo.

3. De conformidad con la Constitución Española, para interponer el recurso de inconstitucionalidad están legitimados:

a) 75 diputados.
b) 50 diputados.
c) 20 diputados.
d) 10 diputados.

4. De acuerdo con lo previsto en el Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha asume, entre otras, la competencia exclusiva:

a) Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.
b) Ordenación farmacéutica.
c) Gestión de las prestaciones y servicios sociales del sistema de la Seguridad Social: INSERSO.
d) Asistencia social y servicios sociales.

5. De conformidad con el artículo 117 de la ley 39/2015 de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas:

a) La interposición de cualquier recurso, en ningún caso, suspenderá la ejecución del acto impugnado.
b) Se suspenderá imperativamente la ejecución del acto impugnado, cuando la impugnación se fundamente en alguna de las causas de anulabilidad previstas en el artículo 48 de esta ley.
c) Podrá suspenderse la ejecución del acto impugnado, cuando la ejecución pudiera causar perjuicios de imposible o difícil reparación.
d) La interposición de cualquier recurso suspenderá la ejecución del acto impugnado.

6. Durante la instrucción de un procedimiento, el órgano instructor adoptará las medidas necesarias para lograr el pleno respeto a:

a) Los principios de contradicción y de igualdad de los interesados del procedimiento.
b) Los principios de contradicción y de eficacia de los interesados del procedimiento.
c) Los principios de contratación y de igualdad de los interesados del procedimiento.
d) Los principios de solidaridad y de igualdad de los interesados del procedimiento.

7. La aplicación de los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público de Castilla-La Mancha:

a) No es aplicable al personal eventual.
b) No es aplicable al personal laboral temporal
c) No es aplicable al personal funcionario de carrera.
d) Es aplicable al personal funcionario interino salvo cuando se trata de la ejecución de programas de carácter temporal.

8. ¿En cuántos grupos profesionales se integran las categorías profesionales del personal laboral al servicio de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha?

a) Siete.
b) Cinco.
c) Cuatro.
d) Tres.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

9. ¿A quién corresponde la aprobación de los Presupuestos Generales de la Junta de Comunidades de Castilla-la Mancha?

a) A las Cortes Generales.
b) Al Consejo de Gobierno.
c) A las Cortes de Castilla-La Mancha mediante Ley.
d) A las Cortes de Castilla-La Mancha mediante Decreto.

10. En el ejercicio de la función interventora, se someterán a fiscalización previa (señale la respuesta correcta):

a) Los contratos menores.
b) Las subvenciones nominativas.
c) Los gastos satisfechos a través del sistema de anticipos de caja fija.
d) El nombramiento de los funcionarios interinos.

11. A efectos de la ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha, ¿qué se entenderá por participación equilibrada de mujeres y hombres?

a) Que en el conjunto a que se refiera, las personas de cada sexo ocupen el 50%.
b) Que en el conjunto a que se refiera, las personas de cada sexo no superen el 60% ni sean menos del 40%.
c) Que en el conjunto a que se refiera, las personas de cada sexo no superen el 55% ni sean menos del 45%.
d) Que en el conjunto a que se refiera, las personas de cada sexo no superen el 70% ni sean menos del 30%.

12. Respecto de la transparencia y publicidad activa en la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, ¿cómo se denomina el principio por el cual la información pública que se suministre, siempre que sea posible, ha de ser adecuada al cumplimiento de los fines para los que se solicite?

a) Utilidad.
b) Accesibilidad.
c) Interoperabilidad.
d) Reutilización.

13. ¿Puede un menor de edad otorgar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales?

a) Siempre.
b) No, los menores de 18 años no pueden otorgar su consentimiento.
c) Sí, si es mayor de doce años.
d) Sí, si es mayor de catorce años.

14. Atendiendo a la clasificación estructural y funcional de las articulaciones corporales, es cierto que:

a) La placa epifisaria que se encuentra entre la epífisis y la diáfisis de un hueso largo, en los primeros años del crecimiento, es una sindesmosis temporal.
b) Las sínfisis son articulaciones fibrosas y sinartrósicas como las que encontramos entre los huesos púbicos.
c) Las articulaciones cartilaginosas son anfiartrósicas desde el punto de vista funcional.
d) La articulación tibioperonea distal es un ejemplo de sincondrosis formada por cartílago hialino.

15. Considerando que el sistema osteomuscular puede ser analizado como un conjunto de palancas y poleas, señale la afirmación correcta:

a) En la articulación de la rodilla, la rótula disminuye el brazo de fuerza del tendón del cuádriceps.
b) La bolsa serosa que separa el tendón de Aquiles de la parte posterior del calcáneo ayuda a mantener el brazo de potencia cuando el tobillo se encuentra extendido.
c) Decimos que cuanto mayor sea el brazo de resistencia y menor el brazo de potencia, tanto mayor será la carga que lograremos vencer.
d) En la articulación de la cadera, un ángulo cervical en valgo (coxa valga) aumenta el brazo del momento de fuerza de los abductores de cadera.

16. ¿Cuál de las siguientes es una palanca osteomuscular de primer género?

a) El bíceps braquial respecto a la flexión del codo.
b) El raquis cervical con su eje de giro en la articulación occipitoatloidea.
c) El braquial anterior respecto a la extensión del codo.
d) El supinador largo o braquiorradial cuando mantiene la flexión del codo.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

17. Todas las siguientes afirmaciones acerca de los músculos esqueléticos y la regulación neurológica de las contracciones musculares son correctas excepto una, señale cuál:

a) Un ejemplo de inhibición recíproca polisináptico es el reflejo de extensión cruzada, que se desencadena con facilidad ante un estímulo doloroso.
b) El fascículo corticoespinal lateral y el rubroespinal son vías medulares descendentes que se encargan del control cortical del movimiento voluntario, especialmente de la musculatura distal.
c) La bomba de calcio es un mecanismo pasivo de devolución de iones de calcio Ca++ al exterior de la célula (fibra muscular) al finalizar la contracción muscular.
d) Para controlar la fuerza de contracción y que se produzca de forma gradual, el sistema nervioso central realiza cambios en la frecuencia de activación de las motoneuronas. Esto se conoce como sumación temporal.

18. Según la nomenclatura empleada por Maitland, que aborda los grados de movilización articular, el Grado II se corresponde con:

a) Aquella movilización en la que los tejidos muestran resistencia mínima-moderada a ésta. Suele corresponder con el 25-75% de la amplitud articular.
b) Aquella movilización en la que los tejidos muestran resistencia moderada-máxima a ésta. Suele corresponder con el 50-100% de la amplitud articular.
c) Aquella movilización en la que los tejidos muestran resistencia mínima y es posible llegar al punto final de la amplitud articular.
d) Aquella movilización que se realiza sobrepasando el punto final en la amplitud del movimiento.

19. Todas las siguientes afirmaciones en relación a la amplitud de los movimientos que puede realizar la articulación de la cadera (sinovial y enartrosis) son correctas excepto una, indique cuál:

a) La amplitud de la abducción de la cadera está limitada, entre otros factores, por la tensión de los ligamentos pubofemoral e isquiofemoral.
b) Para comprobar la amplitud del movimiento de rotación externa de la cadera, se sitúa al sujeto en decúbito prono con la rodilla flexionada 90º y a partir de esta posición se lleva la pierna hacia dentro.
c) La flexión de la cadera con la rodilla flexionada es de mayor amplitud que con la rodilla extendida.
d) La extensión activa de la cadera con la rodilla flexionada es de mayor amplitud que con la rodilla extendida.

20. El final del rango articular en la extensión de las articulaciones metacarpofalángicas de los dedos (barrera fisiológica) se considera como:

a) End feel blando.
b) End feel duro.
c) End feel resistente.
d) End feel firme o consistente.

21. En el sistema osteomuscular, se considera que la función de polea la cumple cualquier mecanismo que permita cambiar la dirección de los tendones y con ello influir en la fuerza o en el vencimiento de resistencias. Todas las siguientes son poleas del sistema osteomuscular excepto una, señale cuál:

a) La rótula respecto al tendón rotuliano.
b) El hueso escafoides del pie respecto a los tendones del tibial posterior y tibial anterior.
c) El maléolo peroneal respecto a los tendones de los peroneos.
d) Los ligamentos que permiten cambiar la dirección de los tendones flexores de los dedos en las falanges de las manos.

22. Si durante la recuperación de la movilidad de la rodilla izquierda de un paciente decidimos emplear un sistema de suspensionterapia y poleoterapia, tendremos en cuenta que:

a) Si la suspensión empleada es pendular o vertical podremos aprovechar los beneficios del trabajo concéntrico y excéntrico a través del ejercicio suspendido vertical mantenido.
b) Al emplear un circuito único de poleas, es imprescindible que todas las poleas sean móviles para ofrecer mayor resistencia al movimiento.
c) Podremos emplear un circuito único de poleas con la primera polea paralela a la bisectriz del ángulo de movimiento a trabajar.
d) Si empleamos un circuito único con polea en aparejo, de la tercera polea colgaremos el peso que el paciente percibirá como si fuera el doble de lo que hemos puesto (F= 2P).

Descargado gratis de www.fisioteca.com

23. El test o maniobra de Thomas aporta valiosa información sobre la capacidad de elongación de los músculos flexores de cadera. Si al realizarlo a nuestro paciente observamos que en el miembro inferior evaluado aparece una extensión de rodilla (el ángulo de la rodilla es superior a 90º), diremos que:

a) El resultado del test es positivo e indica un acortamiento del músculo sartorio.
b) El resultado del test es positivo e indica un acortamiento del músculo recto anterior del cuádriceps.
c) El resultado del test es positivo e indica un acortamiento del psoas ilíaco.
d) El resultado del test es negativo.

24. Todos los siguientes son procedimientos básicos de la Facilitación Neuromuscular Propioceptiva y se emplean como herramientas para ayudar a los pacientes a mejorar sus funciones motoras excepto uno, señale cuál:

a) Inversión resistida.
b) Reflejo de estiramiento.
c) Sincronismo para el énfasis.
d) Aproximación (rápida y lenta).

25. Todos los siguientes músculos son componentes principales del patrón de movimiento de la diagonal A-B de la Facilitación Neuromuscular Propioceptiva excepto uno, indique cuál:

a) Pectoral mayor, redondo mayor y subescapular.
b) Extensor radial del carpo (largo y corto).
c) Pronador redondo y cuadrado.
d) Serrato anterior, pectoral menor y romboides.

26. Si empleamos los conocidos como "patrones de empuje" dentro del abordaje terapéutico con facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP) para el entrenamiento de un paciente, es cierto que:

a) La posición de partida del codo en el patrón de empuje ascendente es la extensión.
b) Se realizan siempre de forma bilateral simétrica para aumentar la fuerza de los miembros superiores.
c) La posición de partida del hombro en el patrón de empuje descendente es extensión, aducción y rotación externa.
d) Dichos patrones son una adaptación de los patrones quebrados y permiten el entrenamiento de gestos funcionales.

27. Señale la respuesta correcta en relación a las causas y factores de activación de los puntos gatillo miofasciales (PGM):

a) Según la hipótesis integrada, se acepta que el PGM tiene su origen en la activación de las fibras nerviosas autónomas.
b) La "respuesta de espasmo local" es una contracción voluntaria del músculo, localizada o no en la zona del punto gatillo miofascial.
c) Los músculos inervados por un nervio en disfunción (radiculopatías) tienden a desarrollar PGM.
d) La titina (proteína fundamental en el desarrollo embrionario del músculo), juega un papel decisivo en relación a los PGM siendo la responsable de favorecer el estiramiento de la fibra muscular y mejorar su resolución.

28. Todas las siguientes son características de los músculos en los que encontramos puntos gatillo miofasciales (PGM) excepto una, señale cuál:

a) Baja tolerancia al esfuerzo y fatiga precoz.
b) Aumento de la sustancia P, la bradiquinina y la noradrenalina en el punto gatillo activo según los estudios de Jay Shah.
c) Aumento del dolor al estiramiento activo y pasivo del músculo y disminución del dolor en la contracción contrarresistencia.
d) Rigidez matutina y debilidad.

29. En el análisis biomecánico de la marcha, la cinemática se ocupa de:

a) Describir la relación entre el movimiento de los cuerpos y las fuerzas que los produjeron.
b) La geometría del movimiento de las extremidades, sin tener en cuenta las fuerzas que provocan tal movimiento.
c) Describir las fuerzas de reacción del suelo, así como los valores máximos y mínimos de par y fuerza.
d) Registrar la cadencia, la velocidad de la marcha y el número de zancadas por minuto

Descargado gratis de www.fisioteca.com

30. La técnica de masaje de Evjenth es considerada como:

a) Una técnica de terapia manual que utiliza la contracción excéntrica junto con terapia interferencial para relajar los músculos acortados.
b) Una técnica de masaje funcional que combina la movilización pasiva rítmica de una articulación simultánea a la compresión y descompresión de la musculatura circundante a tratar.
c) Una técnica de fricción transversal de los puntos gatillo miofasciales insercionales, los cuales representan una zona de entesopatía relacionada con un punto gatillo central.
d) Una herramienta diagnóstica y terapéutica basada en la terapia refleja (reflejos neurolinfáticos de Chapman y Bennet).

31. La maniobra de Wetterwald utilizada en masoterapia:

a) Es un tipo de pinza rodada muy utilizada en el tratamiento de cicatrices y combina la torsión, tracción y rodamiento de la zona a tratar.
b) Es un tipo de roce profundo en sentido centrípeto para favorecer el retorno venoso.
c) Es la combinación de presión y vibración utilizada como coadyuvante en las técnicas activas de higiene bronquial.
d) Consiste en un amasamiento profundo aplicado en la musculatura diana y combinado con presiones contrariadas articulares. Muy utilizada en la recuperación de lesiones de rodilla.

32. Todas las siguientes son maniobras utilizadas para el drenaje del sistema linfático excepto una, señale cuál:

a) Círculos fijos sobre nódulos linfáticos, cara y cuello.
b) Maniobra de llamada en zonas no edematizadas.
c) Dador, aplicado esencialmente en las extremidades.
d) Maniobra secante transversal sobre los nódulos linfáticos proximales especialmente usada en miembros inferiores.

33. Es un signo patognomónico del linfedema, sólo presente en insuficiencia linfática, se manifiesta en la cara dorsal del segundo dedo del pie (imposibilidad para pinzar la piel) y se denomina:

a) Signo de Godet.
b) Signo de Fawcett.
c) Signo de Stemmer-Kaposi.
d) Signo de Von der Weid.

34. Todas son contraindicaciones de la aplicación de crioterapia excepto una, indique cuál:

a) Regeneración de nervios periféricos.
b) Enfermedad de Raynaud primaria.
c) Crioglobulinemia.
d) Espasticidad.

35. Uno de los agentes de termoterapia más utilizados en la práctica clínica a nivel local son los baños de parafina. Señale la respuesta correcta en relación a este agente:

a) Transfiere calor por convección y produce calor húmedo y superficial.
b) Transfiere calor por conducción y produce calor seco y superficial.
c) Transfiere calor por conversión y produce calor seco y profundo.
d) Transfiere calor por radiación y produce calor húmedo.

36. Señale cuál de las siguientes es una técnica de terapia acuática basada en el trabajo de patrones de movimiento contrarresistencia:

a) Técnica Watsu.
b) Método Hydrotrack.
c) Método de los anillos de Bad Ragaz.
d) Sesiones o WODS de Cross Train acuático.

37. En la aplicación de neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) de tipo acupuntura, todas las siguientes afirmaciones respecto a su dosificación son correctas excepto una, indique cuál:

a) Tanto la duración de impulsos como la amplitud no deben superar el umbral motor.
b) La intensidad estará entre 20 y 50mA.
c) La duración del impulso será entre 150 y 200 µs.
d) La frecuencia será menor a 10Hz para estimular la liberación de endorfinas.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

38. En electroterapia, todos los siguientes son ejemplos de uso de terapia combinada excepto uno, señale cuál:
a) Ultrasonidos y corriente de onda corta.
b) Ultrasonidos y corriente continua.
c) Ultrasonidos y corrientes diadinámicas,
d) Ultrasonidos y corriente interferencial.

39. En la terapia por ondas de choque, el concepto de FED se refiere a:
a) El número total de disparos.
b) La cantidad máxima de energía acústica transmitida a un área de $1mm^2$.
c) La profundidad de absorción de la onda que llega a los tejidos.
d) La frecuencia de aplicación de las ondas.

40. Todas las siguientes afirmaciones en relación a la aplicación terapéutica de las ondas de choque son correctas excepto una, indique cuál:
a) La energía total aplicada se expresa en milijulios.
b) En la aplicación, se produce pérdida de energía progresiva en profundidad por los fenómenos de reflexión, refracción y dispersión.
c) Las ondas de choque radiales provocan una mayor concentración de energía en los tejidos que las ondas de choque focales.
d) El efecto de las ondas de choque radiales es más superficial que el de las ondas de choque focales.

41. Las siguientes afirmaciones en relación al uso de estimulación eléctrica neuromuscular (EENM) en la práctica clínica son correctas, excepto una, señale cuál:
a) Aumentar la amplitud de la corriente provoca una mayor contracción muscular.
b) Aumentar la frecuencia reduce el dolor que se causa.
c) Aumentar la amplitud de la corriente incrementa el dolor exponencialmente.
d) La estimulación con alta frecuencia provoca menor fatiga muscular que con baja frecuencia.

42. Señale el enunciado correcto respecto al mecanismo de acción de los siguientes músculos respiratorios:
a) Los intercostales externos aumentan el área transversal de la caja torácica.
b) Los intercostales internos desplazan las costillas en sentido craneal.
c) El triangular del esternón desplaza en sentido caudal al esternón, produciendo estrechamiento del tórax.
d) Los escalenos elevan la clavícula, expandiendo la caja torácica superior.

43. Uno de los mecanismos que condicionan el aclaramiento mucociliar es la alteración de las propiedades reológicas de las secreciones. Todas las siguientes son características de las secreciones que corresponden a dichas propiedades físicas excepto una, señale cuál:
a) Elasticidad.
b) Tixotropía.
c) Filancia.
d) Complianza.

44. Según el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, ¿qué grado de dependencia corresponde a una persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal?
a) Gran dependencia.
b) Dependencia leve.
c) Dependencia severa.
d) Dependencia moderada.

45. Según el Real Decreto 174/2011, la valoración de dependencia de las personas de entre 0 y 3 años tendrá carácter no permanente. Si se utiliza la escala de valoración específica (EVE), ¿con qué periodicidad se establecen las revisiones de oficio?
a) A los 12, 24 y 36 meses.
b) A los 6,12,18,24 y 30 meses.
c) A los 3,9,15,20 y 30 meses.
d) A los 6,12,18,24,30 y 36 meses.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

46. En relación a la práctica de ejercicio terapéutico y la hipertrofia muscular, señale la respuesta correcta:

a) Las fibras musculares tipo I y las IIB son las que más aumentan de volumen con el entrenamiento.
b) El principal efecto del entrenamiento respecto a la hipertrofia es el aumento de la sección transversal del músculo.
c) Para conseguir el mismo nivel de hipertrofia con cargas bajas es necesario disminuir el volumen de entrenamiento.
d) Como norma general, se considera valor de referencia para cuantificar la intensidad de entrenamiento el 10RM.

47. Todas las siguientes afirmaciones acerca de las escalas empleadas para valorar el control del tronco en niños con parálisis cerebral y patologías similares son correctas excepto una, señale cuál:

a) La puntuación total de la Trunk Control Measurement Scale (TCMS) va de 0 a 38 puntos y la puntuación más alta indica un mayor rendimiento.
b) La evaluación segmentaria del control del tronco (SATCo), permite identificar el nivel segmentario más alto donde el control es deficiente, así como el nivel óptimo de apoyo necesario para mejorar la estabilidad postural.
c) Son secciones de la escala TCMS, la valoración del equilibrio estático, el control del movimiento selectivo y el alcance dinámico.
d) La valoración del alineamiento vertebral y el rango de movimiento (SAROMM) contiene cuatro apartados para el alineamiento vertebral y once apartados para la amplitud de movimiento.

48. Pablo es un niño de 3 años con parálisis cerebral espástica (diparesia espástica) y tras un control radiológico se le diagnostica displasia de la cadera derecha. Señale la respuesta correcta:

a) Al ser un niño menor de 5 años, si el porcentaje de migración de su cadera derecha es del 15% se considera que es una cadera subluxada.
b) Sería conveniente valorar los grados de anteversión femoral (debido a la presencia de espasticidad en los miembros inferiores) a través del test de Risser.
c) Hay que esperar a la osificación del cartílago trirradiado (a la edad de 9 años) para medir el porcentaje de migración de la cadera derecha de una forma fiable y precisa.
d) Martinson, (2011) sugiere que el uso de un programa de bipedestación diario durante una hora y media con 60º de abducción mejora la biomecánica de la cadera y tiene un gran impacto sobre la estabilidad de esta articulación.

49. Todas las siguientes afirmaciones acerca de las diferentes enfermedades neuromusculares conocidas hasta el momento son correctas, excepto una, señale cuál:

a) La distrofia muscular de Emery-Dreifuss se caracteriza por la tríada: debilidad muscular progresiva, contracturas articulares y alteraciones de la musculatura cardíaca.
b) La escápula alada, la debilidad muscular facial y de los músculos orbiculares de los párpados y labios orienta para el diagnóstico de la distrofia facioescapulohumeral.
c) En los pacientes con distrofia muscular de Duchenne (DMD), la disminución de la creatina-cinasa (CK) en suero, con valores entre 10 y 20 veces menores a los normales, constituye un marcador biológico por excelencia y puede observarse antes incluso de los primeros signos clínicos.
d) El síndrome de Rigid Spine (SEPN1) es una distrofia muscular congénita caracterizada por rigidez cervical de inicio precoz, escoliosis e hipotonía.

50. Todas las siguientes son escalas empleadas para la evaluación y/o clasificación de los niños con distrofia muscular de Duchenne (DMD) excepto una, indique cuál:

a) Escala de Walker-Warburg (WWS) para pacientes no ambulatorios.
b) Escala PUL (Performance of Upper Limb)
c) Escala North Star Ambulatory Assessment (NSAA)
d) Escala de Vignos para la clasificación según la capacidad funcional.

51. En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica es habitual que el volumen de aire espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) esté disminuido. Todos los siguientes son factores que favorecen la reducción de dicho valor excepto uno, indique cuál:

a) Hipertrofia del diafragma.
b) Hipersecreción bronquial.
c) Pérdida de retroceso elástico del pulmón.
d) Edema de la pared bronquial.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

52. Señale el enunciado correcto en relación a la técnica de respiración glosofaríngea utilizada en pacientes con enfermedad neuromuscular:

a) Se trata de una técnica de elección para aquellos pacientes con disfunción bulbar.
b) La asistencia a la inspiración puede realizarse tanto con un resucitador manual tipo ambú, como con un ventilador ciclado de volumen.
c) Se trata de una maniobra controlada por flujo continuo que finaliza cuando se alcanza la presión objetivo (insuflación submáxima de 65 cmH_2O).
d) Uno de los objetivos de esta técnica es mejorar o mantener la distensibilidad pulmonar.

53. Dentro de la clasificación de los métodos de fisioterapia respiratoria en los niños se encuentran aquellos basados en la variación del flujo aéreo. ¿En cuál de las siguientes técnicas la variación del flujo aéreo se produce en la vía aérea extratorácica?

a) Tos provocada.
b) Bombeo traqueal espiratorio.
c) Drenaje autógeno asistido.
d) Ejercicio con débito inspiratorio controlado.

54. En cuanto a los factores relacionados con el daño cerebral que experimenta una persona que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE), señale la respuesta correcta:

a) Las lesiones en el tronco encefálico tienen mejor pronóstico de recuperación funcional.
b) La amnesia postraumática (APT) se considera moderada si dura entre 1 y 24 horas,
c) La pérdida de conciencia se considera moderada (grado II de Smith), si su duración es de 48 a 60 horas.
d) Los pacientes que sufren epilepsias tardías, tienen secuelas cognitivas y conductuales menos graves que aquellos que no las sufren.

55. La esclerosis lateral amiotrófica (ELA), por definición, afecta tanto a neuronas motoras superiores como inferiores, aunque existen variantes. Todas las siguientes son variantes de ELA clásica excepto una, señale cuál:

a) Atrofia muscular progresiva (AMP)
b) Diplejía amiotrófica braquial (DAB)
c) Parálisis bulbar progresiva (PBP)
d) Parálisis supranuclear o de Steel (PSN)

56. Según la clasificación de King (escoliosis idiopáticas en función de las curvas), el tipo III corresponde a:

a) Curva torácica doble donde la T1 se inclina hacia la convexidad de la curva superior.
b) Doble curva con dimensiones similares que cruzan la línea media y son estructurales.
c) Curva torácica larga con clara descompensación hacia el lado torácico convexo.
d) Curva torácica mayor que cruza la línea media y es estructural.

57. Según la escala de la American Spinal Injury Association (ASIA), también llamada recientemente escala AIS, el punto sensitivo clave del nivel L3 es:

a) El cóndilo femoral medial
b) El maléolo interno.
c) La cara postero-lateral del muslo.
d) Punto medio entre el ligamento inguinal y la rótula.

58. La valoración del paciente con lesión medular es clave para establecer el nivel lesional y las pautas de tratamiento. Señale la respuesta correcta en relación a las escalas de valoración más utilizadas en la actualidad:

a) En la escala ASIA, la normalidad sensitiva de toque ligero y la sensitiva discriminativa corporal se evalúan respecto a un total de 100 puntos cada una.
b) Los reflejos profundos, que aportan información de la excitabilidad del sistema nervioso, se evalúan con la escala de Seidel en la que el grado 0 informa de respuesta brusca con clonus intermitente.
c) La prueba GRASSP es específica para evaluar la función del miembro superior en pacientes con tetraplejia; la puntuación total va de 0 a 26 puntos y no permite el uso del efecto tenodesis por ser una compensación.
d) La medida de la independencia de la lesión medular III (SCIM III) contiene 19 tareas que permiten evaluar la capacidad del paciente para realizar ciertas actividades de la vida diaria. El rango de puntuación va de 0 a 100 puntos.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

59. Todas las siguientes afirmaciones acerca del tratamiento de fisioterapia del paciente con lesión medular en la fase de encamamiento son correctas excepto una, indique cuál:

a) En lesiones con niveles neurológicos por encima de T6, la supresión del sistema simpático puede desencadenar hipotensión como parte del shock neurogénico.
b) Los cambios posturales optimizan la relación ventilación/perfusión a nivel respiratorio, de tal forma que en decúbito supino se produce una mayor ventilación en la zona anterior pero una menor perfusión en zona posterior o de apoyo.
c) Las férulas de Heidelberg se utilizan en las lesiones sin preservación de la musculatura extensora de muñeca.
d) La aparición de espasticidad indica el paso a la fase automática de la lesión medular. La herramienta SCATS evalúa de forma separada la hipertonía, el clonus y los espasmos flexores y extensores.

60. Las técnicas neurodinámicas forman parte del tratamiento de las disfunciones del sistema nervioso periférico. En relación a dichas técnicas es cierto que:

a) Se conoce como interfaz mecánica externa al tejido conjuntivo que rodea al nervio periférico con funciones como la protección y regulación nutricional.
b) Para la prueba neurodinámica básica del nervio cubital se emplea la siguiente secuencia de movimientos: extensión de los dedos 4º y 5º, extensión del codo, supinación del antebrazo y abducción del hombro por encima de los 90º.
c) En las técnicas neurodinámicas de tensión neural, los movimientos articulares que generan la carga deben ser lentos y de gran amplitud en el recorrido interno y más lentos aún y cortos en el recorrido externo.
d) Las pruebas neurodinámicas únicamente pueden realizarse para los nervios de los miembros superiores.

61. Según la clasificación de Rockwood de las luxaciones acromioclaviculares, cuando tras un traumatismo se produce la rotura de los ligamentos acromioclaviculares y el esguince de los ligamentos coracoclaviculares estamos ante:

a) Una lesión de tipo V (luxación con desplazamiento superior).
b) Una lesión de tipo VI (luxación con desplazamiento inferior).
c) Una lesión de tipo II (subluxación acromioclavicular).
d) Una lesión de tipo III (luxación real).

62. Todas las siguientes afirmaciones acerca del conflicto subacromial o impingement son correctas excepto una, indique cuál:

a) La prueba de Constant-Murley permite realizar la evaluación funcional de la patología degenerativa relacionada con el manguito rotador.
b) Son factores predictores de la patología subacromial: presentar un acromion tipo I, la debilidad del dorsal ancho y el pectoral como principales elevadores de la cabeza humeral y ser positivas las pruebas de Yergason y DARM para el tendón del supraespinoso.
c) El cuadro clínico se evidencia en un arco de 60-70 grados a 120grados de abducción del hombro.
d) Durante el tratamiento resulta muy importante fortalecer el músculo serrato anterior y ejercitar la rotación de la escápula sobre un eje medio-lateral.

63. ¿Cuál de las siguientes pruebas se emplea para evaluar la posible lesión del ligamento cruzado posterior (LCP) de la rodilla?

a) Reverse pivot-shift.
b) Prueba de Jerk.
c) Prueba de Sneider-Lois.
d) Pivot-shift.

64. El desequilibrio en la función estática de ciertos músculos puede desencadenar una lumbalgia crónica inespecífica. El exceso de tensión en la cadena posteroanterior-anteroposterior provoca:

a) Una disminución de los agujeros de conjunción entre L5 y S1 por la rectificación de la columna lumbar y la horizontalización o nutación del sacro.
b) Aumento de tensión en glúteo mayor e iliaco que discurre hasta el miembro superior contralateral debido a la intermediación de la fascia toracolumbar.
c) Una cifosis completa de la columna vertebral que llega hasta la zona lumbar.
d) Antebáscula global de la pelvis e hiperlordosis por tensiones en el diafragma y en el psoas. Existe riesgo de espondilolistesis de L5.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

65. Todos los siguientes son métodos empleados para restablecer el equilibrio muscular y disminuir el dolor en la lumbalgia crónica excepto uno, señale cuál:

a) Método Busquet.
b) Método Alexander.
c) Método Mézières.
d) Método Martenot.

66. En relación con la Fibromialgia (FM) señale la respuesta correcta:

a) La FM se define como dolor musculoesquelético generalizado y persistente superior a los tres meses de duración con evidencia de proceso inflamatorio o daño estructural localizado en el aparato locomotor que lo justifica.
b) Suele coexistir con otros síndromes de sensibilización central como cefaleas/migrañas, síndrome de fatiga crónica, cistitis intersticial y dolor pélvico crónico entre otros.
c) La FM se caracteriza por brotes de dolor recurrentes, sin síntomas disautonómicos ni alteraciones sensoriales evidentes que puedan relacionarse con la enfermedad.
d) Dado que no existe ningún biomarcador que permita valorar la gravedad de la FM, es necesario utilizar cuestionarios sensibles capaces de hacerlo como el DAS (Disease Activity Score).

67. Todos los siguientes son factores de mal pronóstico en la artritis reumatoide excepto uno, señale cuál:

a) Presencia de factor reumatoide y/o anticuerpos anti-péptido citrulinado, especialmente en valores altos.
b) Número elevado de articulaciones dolorosas e inflamadas.
c) Presencia de erosiones óseas tardías.
d) Reactantes en fase aguda muy elevados.

68. Señale la respuesta correcta en relación a las amputaciones en las extremidades superiores:

a) La enfermedad vascular periférica es la causa más frecuente de amputación en las extremidades superiores en adultos (90% de los casos), junto a los procesos tumorales en segundo lugar.
b) Las amputaciones mayores de la extremidad superior son mucho más frecuentes que las amputaciones mayores de la extremidad inferior.
c) La valoración de Atkins para amputados de miembros superiores, permite valorar la adaptación funcional de las prótesis.
d) La deficiencia congénita más frecuente en la extremidad superior es la carencia longitudinal parcial o completa del cúbito.

69. Señale la respuesta correcta en relación a las amputaciones en las extremidades inferiores:

a) El sistema de clasificación de la movilidad funcional de Medicare (MFCL) recoge cinco categorías de movilidad funcional del paciente amputado de miembro inferior y proporciona recomendaciones para la prescripción de componentes protésicos.
b) La desarticulación del tobillo se conoce como amputación tipo Lisfranc.
c) El dolor del miembro residual (DMR) se conoce también como sensación del miembro fantasma.
d) La causa más frecuente de amputación en los miembros inferiores en adultos son los traumatismos.

70. Todas las siguientes afirmaciones acerca del paradigma biopsicosocial de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) son correctas, excepto una, indique cuál:

a) Los factores contextuales pueden ser personales y ambientales, cuyo constructo básico está constituido por el efecto facilitador o barrera del mundo físico, social y de actitud.
b) El máximo nivel posible de funcionamiento de una persona en un momento dado, medido en un entorno controlado se conoce como “capacidad”.
c) En el dominio Movilidad se valora, entre otros, la manipulación de objetos con la mano derecha y la izquierda que realiza el individuo.
d) El calificador “desempeño” hace referencia al nivel de participación de la persona en su contexto real sin tener en cuenta la influencia de los factores ambientales.

71. ¿Cuál es un principio fundamental de las practicas recomendadas de Atención Temprana en entornos naturales, que son apoyadas por el grupo ECTA (Early Childhood Technical Assistance Center) ?:

a) El profesional debe trabajar en solitario con el niño para evitar distracciones.
b) Los objetivos deben estar basados en prioridades funcionales de la familia.
c) Las intervenciones deben enfocarse exclusivamente en habilidades cognitivas.
d) Las rutinas deben adaptarse al cronograma del centro terapéutico.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

72. ¿Cuál es una característica de las intervenciones tipo "Top-Down" en atención temprana?
a) Se centran en normalizar la estructura y la función corporal.
b) Priorizan el movimiento normal sobre la funcionalidad.
c) Promueven habilidades funcionales a través de actividades significativas.
d) Se basan en técnicas pasivas aplicadas por el profesional.

73. Según la evidencia actual (L. McNamara, C. Morgan, I. Novak), todas las siguientes características están presentes en las intervenciones motoras eficaces para bebés con parálisis cerebral o alto riesgo de padecerlo excepto una, indique cuál:
a) Enriquecimiento ambiental desde etapas tempranas.
b) Movimiento autoiniciado por el niño.
c) Intervenciones hands-on para normalizar el movimiento.
d) Práctica específica de tareas funcionales.

74. Según el diagrama de flujo para la detección temprana de la parálisis cerebral infantil diseñado por el equipo de I. Novak y publicado en 2017, se consideran pruebas de precisión superior al 95%:
a) La resonancia magnética, los Movimientos Generales (MGs), el Examen Neurológico Infantil de Hammersmith (HINE).
b) Función motora anormal detectada con escala BAYLEY antes de los 12 meses.
c) Examen de la Calidad de la Función Motora Gruesa (QUALITY FM) y ecografías seriadas.
d) Escala de Movilidad Funcional (FMS), ecografía y resonancia magnética.

75. Señale la afirmación correcta en relación a la evaluación de los movimientos espontáneos del bebé (MGs), especialmente en la etapa de los llamados "fidgety" o inquietos:
a) Es frecuente que estos movimientos estén ausentes en los niños con desarrollo típico.
b) El mejor momento para evaluar esta etapa es de la semana 45 a la 48, ya que son de mejor calidad.
c) Estos movimientos no sirven para predecir posible diagnóstico de parálisis cerebral.
d) Cuando estos están ausentes, se asocia fuertemente con un diagnóstico futuro de parálisis cerebral.

76. En el envejecimiento, la prescripción de ejercicio físico persigue mantener un nivel de función óptima que permita la mayor autonomía posible. Todas las siguientes afirmaciones acerca de envejecimiento y deporte son correctas excepto una, indique cuál:
a) El entrenamiento continuo parece ser el único capaz de mejorar la capacidad aeróbica y la función física en adultos mayores, quedando el HIIT (High Intensity Interval Training) desaconsejado en esta etapa vital.
b) El entrenamiento de fuerza debe incluir ejercicios realizados a máxima velocidad de ejecución en la fase concéntrica del ejercicio para mejorar la potencia muscular en adultos mayores.
c) La combinación de ejercicio de fuerza con el de resistencia recibe el nombre de "entrenamiento concurrente".
d) Los incrementos de fuerza por el entrenamiento en personas mayores se asocian principalmente a una adaptación en el sistema nervioso.

77. Todas las siguientes afirmaciones acerca de las escalas utilizadas en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) son correctas excepto una, señale cuál:
a) En la escala de equilibrio de Berg, una puntuación máxima (56 puntos) indica un excelente equilibrio.
b) En la escala Tinetti, la puntuación máxima en la subescala de la marcha es 12 y en la de equilibrio es 16.
c) En el índice de Barthel, puntuaciones cercanas al 0 indican mayor independencia que las cercanas al 100.
d) El test de la marcha de 6 minutos (6MWT) se realiza a su ritmo habitual sin fatigarse en superficie plana

78. Todos los siguientes son programas destinados a la prevención de caídas en el anciano excepto uno, señale cuál:
a) The Life Study (Lifestyle-integrated Functional Exercise).
b) Otago Exercise Programme (OEP).
c) LINDA Programme
d) Vivifrail.

79. ¿Cuál de las siguientes herramientas resulta inadecuada para la detección del riesgo de caídas en un anciano?
a) Cuestionario (Q-OFF), para evaluar los factores extrínsecos de riesgo de caídas.
b) Prueba de alcance funcional.
c) Test de Tinetti.
d) Prueba Mini-BESTest

Descargado gratis de www.fisioteca.com

80. Dentro de la clasificación de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer a través de la GDS (Global Deterioration Scale), ¿qué estadio se corresponde con un defecto cognitivo moderado (demencia en estado leve)?

a) Estadio 6.
b) Estadio 4.
c) Estadio 3.
d) Estadio 1.

81. Todas las siguientes afirmaciones acerca de la clasificación e intervención en las diferentes fases de las demencias son correctas excepto una, señale cuál:

a) La diabetes, la fibrilación auricular y la hipertensión arterial se consideran factores de riesgo de la demencia vascular.
b) La estimulación multisensorial o Snoezelen está indicada para pacientes con Enfermedad de Alzheimer que presenten estadio de 5 (y 4 avanzado) a 7 de la GDS (Global Deterioration Scale).
c) El estadio 5 de la Global Deterioration Scale (GDS) se corresponde con una puntuación entre 11 y 20 en la Mini-Mental State Examination (MMSE).
d) La triada de síntomas característicos de la demencia vascular son la presentación de un deterioro cognitivo fluctuante, parkinsonismo y alucinaciones visuales.

82. Señale la respuesta correcta respecto a las características de los dos grandes modelos de fragilidad en los que nos basamos actualmente:

a) El modelo de fenotipo de fragilidad desarrollado por Linda Fried en los años 70, incluye tres criterios que definen este síndrome.
b) El modelo desarrollado por Kenneth Rockwood se basa en la acumulación de déficits a nivel celular y sistémico.
c) El modelo de Rockwood puede ser más adecuado para la identificación de personas frágiles sin discapacidad.
d) Ambos modelos tienen los mismos objetivos y evalúan un numero de ítems similar.

83. Según la última actualización del documento de consenso sobre la prevención de la fragilidad en la persona mayor del Sistema Nacional de Salud, ¿qué población debe incluirse en el programa de detección precoz de fragilidad?

a) Población de 70 años o más con un índice de Barthel mayor o igual a 90 puntos, tanto en el ámbito sanitario como comunitario.
b) Toda persona del ámbito comunitario mayor de 65 años.
c) Población entre 75 y 80 años del ámbito residencial, con un índice de Barthel inferior a 90 puntos.
d) Población mayor de 80 años con un índice de Barthel superior a 60 puntos.

84. Tras una artroplastia total de cadera a través de un abordaje posterolateral, ¿qué precauciones deberíamos tener en cuenta?

a) Evitar realizar el ejercicio de puente de glúteos en las primeras semanas.
b) Evitar la movilización del paciente en las primeras 24-48 horas.
c) Evitar los movimientos de aducción y rotación interna más allá de la línea media.
d) Evitar la bipedestación y la marcha en fase de hospitalización.

85. Todas las siguientes medidas no farmacológicas para el control de síntomas en pacientes con gonartrosis gozan de consenso entre las guías clínicas actuales excepto una, indique cuál:

a) Disminución de peso en pacientes obesos o con sobrepeso.
b) Ejercicio de fuerza combinado con ejercicio aeróbico de bajo impacto.
c) Uso de bastón en el lado sano, en pacientes con dificultades en la deambulación.
d) Terapia con TENS.

86. Todos los siguientes son factores que contribuyen a la intolerancia al ejercicio en pacientes trasplantados cardíacos excepto uno, señale cuál:

a) Fibrosis miocárdica debida a la isquemia o fenómenos de rechazo.
b) Presiones bajas y aumento de la relajación diastólica.
c) Denervación cardíaca.
d) Alteración en el intercambio de gases a nivel pulmonar.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

87. Señale la respuesta correcta respecto a la Escala de Rankin Modificada (MRS) como herramienta útil en la valoración del paciente con ictus o accidente cerebrovascular:

a) Es una escala ordinal simple de valoración funcional. La puntuación 3 corresponde a una discapacidad/incapacidad moderada: la persona requiere alguna ayuda.
b) Es una escala ordinal simple de 0 a 11 puntos que valora aspectos como la paresia de las extremidades, el lenguaje o la sensibilidad.
c) Es un sistema estandarizado de interpretación para los ictus de circulación anterior que cuenta con gran respaldo científico en la actualidad.
d) Es una escala que permite determinar si el paciente con ictus es candidato o no a alguna de las terapias de reperfusión conocidas como "código ictus".

88. Todas las siguientes afirmaciones acerca del ictus o accidente cerebrovascular (ACV) son ciertas excepto una, señale cuál:

a) Los ictus de la circulación anterior dan lugar a hemiparesia contralateral de cara y cuerpo.
b) Los ictus vertebro basilares dan lugar a déficits ipsilaterales de los pares craneales y a hemiparesia contralateral.
c) Los síndromes de Wallenberg, Weber y Claude son síndromes bulbares y provocan ataxia contralateral, hipersomnolencia y mirada tónica, entre otros síntomas.
d) Se debe documentar con precisión, en los pacientes con ictus, el último momento en que se sabe que la persona estaba en su estado neurológico basal.

89. Señale el enunciado correcto respecto a las diferentes escalas de valoración para la Enfermedad de Parkinson (EP):

a) La escala Schwab and England evalúa la calidad de vida de los pacientes con EP.
b) La Escala Unificada para la Enfermedad de Parkinson (UPDRS) es una de las más utilizadas tanto en investigación como en la práctica clínica.
c) La escala de Webster es una herramienta que evalúa el nivel de esfuerzo percibido por los pacientes con EP lo que permite ajustar la intensidad de la terapia y evitar la fatiga.
d) La escala Hoehn y Yahr estratifica la enfermedad en 6 estadios según el grado de afectación motora.

90. En el tratamiento para la mejora de la marcha y el equilibrio en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP), todas las siguientes intervenciones gozan de alta evidencia científica en la actualidad excepto una, señale cuál:

a) Entrenamiento en competencias de Lominger.
b) Entrenamiento en cinta de correr.
c) Exergaming y entrenamiento en tareas duales.
d) Práctica de baile o artes marciales como Tai-chi.

91. Según el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, cuando utilizamos la escala de valoración específica (EVE), valoramos diferentes hitos de variables de desarrollo. De los siguientes, ¿Cuál se encuentra en la valoración de la actividad adaptativa?

a) Sujeta la cabeza.
b) Pasa de tumbado a sentado.
c) Anda sorteando obstáculos.
d) Tiende la mano hacia un objeto.

92. Señale la respuesta correcta en relación a las características de las diferentes polineuropatías:

a) La insuficiencia renal crónica en estadios avanzados puede llevar asociada una neuropatía axonal simétrica, distal, mixta de predominio sensitivo que cursa con calambres y síndrome de piernas inquietas.
b) Los pacientes con neuropatía diabética de forma focal pueden desarrollar afectación de los pares craneales, siendo los pares IX y XII los más frecuentemente afectados.
c) El síndrome de Miller Fisher es una multirradiculitis de origen infeccioso que afecta preferentemente a las raíces y troncos de los plexos lumbosacros, con amiotrofia del cuádriceps y músculos pélvicos.
d) La tríada de parestesias ligeras en manos y pies, con debilidad ascendente y sin signos de desmielinización es la forma más frecuente del síndrome Guillain-Barré.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

93. Señale en cuál de los siguientes supuestos se cumplen criterios de fragilidad en base a los resultados de las pruebas de ejecución que se muestran a continuación:

a) SPPB=11 y TUG=8,25 seg.
b) SPPB=6 y VM (4m) =0,68m/seg.
c) TUG=9 seg.y VM (4m) = 1,1 m/seg.
d) VM (4m) = 1.2 m/seg. Y SPPB =12.

94. Señale la opción correcta respecto a las consecuencias de la inmovilidad prolongada en el sistema musculoesquelético:

a) Cada semana de reposo completo supone una pérdida de fuerza residual muscular del 1-3% aproximadamente.
b) Los músculos grandes se atrofian a mayor velocidad que los pequeños.
c) La debilidad muscular no se acompaña de cambios histológicos.
d) Aparece mayor atrofia en la musculatura de los miembros superiores que en la de los miembros inferiores.

95. Todas las siguientes son características del fenómeno de Valsalva que puede aparecer en el entrenamiento de fuerza muscular excepto una, señale cuál:

a) Este fenómeno tiene implicaciones negativas obvias para personas hipertensas.
b) Se define como un esfuerzo espiratorio contra glotis cerrada.
c) Durante la inspiración, el aumento de la presión torácica hace a su vez aumentar de forma significativa de flujo de sangre venosa hacia el corazón y puede provocar el colapso.
d) Puede aparecer durante la ejecución de un esfuerzo de resistencia pesada o isométrico.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

SEGUNDA PRUEBA
SUPUESTOS PRÁCTICOS

Descargado gratis de www.fisioteca.com

SUPUESTO PRÁCTICO PRIMERO

Lea atentamente el siguiente supuesto práctico:

Julieta es una niña de 5 años que cursa tercero de infantil en un colegio de la provincia de Ciudad Real. Fue diagnosticada en su país de origen (Colombia) de encefalopatía de causa desconocida (posible citomegalovirus). Llegó hace 6 meses a España con su padre y la abuela paterna.
Los datos recogidos en la evaluación inicial son:

- **Nivel III GMFCS, la niña viene al colegio con su abuela en una silla de paseo (sin adaptación) y en pequeños trayectos camina apoyada en ella (nos informa que comenzó a dar sus primeros pasos a los 36 meses). En el centro escolar está aprendiendo a caminar con dispositivo de apoyo manual (andador). En su aula se apoya en el entorno físico para desplazamientos cortos y requiere apoyo físico puntual para actividades complejas. Gatea por el suelo y se sienta en W para observar o interaccionar.**
- **Coge algún objeto que pesa poco (de espuma) y lo suelta sin manipularlo. Requiere apoyo físico continuado para las actividades manipulativas del aula.**
- **Presenta deficiencia grave (DG) en el equilibrio estático, reactivo y proactivo en bipedestación y deficiencia moderada (DM) del equilibrio estático en sedestación, con mayores dificultades en el control del movimiento selectivo y el rendimiento en los alcances dinámicos.**
- **Deficiencia moderada en el tono muscular de los miembros inferiores (hipertonía moderada).**
- **Caderas en proceso de valoración (no aportan radiografías).**
- **Deficiencia moderada en movimientos coordinados simples y complejos sin distonías.**
- **Le cuesta mantener la atención en actividades simples y en la escucha activa (cuento). Sonríe al ver a sus compañeros e interactúa con ellos en momentos puntuales (asamblea). Llora cuando está cansada o por apego (es su primera escolarización).**
- **Comunicación oral: pronuncia algunas palabras significativas, contesta sí /no y frases cortas sencillas sobre todo de peticiones (nivel IV del CFCS). Disartria.**
- **Ha tenido dos crisis epilépticas (toma medicación en casa) y dos ingresos por neumonía en su país de origen.**

Usted es su fisioterapeuta este curso escolar; conteste las siguientes cuestiones planteadas:

1. **Para clasificar la capacidad para la sedestación funcional en niños con trastornos neuromotores, como es el caso de Julieta, va usted a usar la escala funcional del nivel de sedestación o LSS. Señale la respuesta correcta:**
   a) Para realizar la valoración con esta escala, debemos colocar a Julieta al borde de un banco con los pies apoyados para evitar compensaciones.
   b) La LSS contiene 15 ítems, calificados como una escala ordinal de valoración del equilibrio estático y dinámico en sedestación.
   c) Julieta puede mantener la sedestación estática pero tiene problemas para mover el tronco y volver a la posición neutra y por tanto tiene un nivel 2 de la LSS.
   d) Los niveles 6, 7 y 8 de la LSS significan la presencia de estrategias posturales eficaces para devolver el centro de masa corporal dentro de la base de apoyo.

2. **El entrenador de la marcha se define como un caminador que facilita la movilidad en bipedestación en niños que no caminan de forma autónoma como Julieta. Todas las siguientes afirmaciones acerca de los entrenadores de la marcha son correctas excepto una, señale cuál:**
   a) La escala SWAPS puede ayudar en la toma de decisiones sobre el andador que necesita Julieta a través del análisis de la postura, el soporte, la calidad y la cantidad de pasos.
   b) La mala función de las manos resulta un factor de riesgo que puede incapacitar a Julieta (que tiene un nivel II en el sistema de clasificación de la habilidad manual, MACS) para el uso del caminador y para la autopropulsión de la silla de ruedas.
   c) La escala de movilidad funcional (FMS) valora la habilidad para andar en distancias de 5,50 y 500 metros estableciendo la necesidad del uso de productos de apoyo para el desplazamiento.
   d) Julieta podría beneficiarse del uso de un triciclo adaptado que mejore su participación en diferentes espacios del centro escolar (recreo).

Descargado gratis de www.fisioteca.com

3. **¿Cuál de las siguientes aplicaciones low cost podrías utilizar para realizar el análisis de la marcha de Julieta mediante grabación y análisis de video?**
   a) Pangea.
   b) HipScreen.
   c) Kinovea.
   d) Ortoproview.

4. **Dentro de la valoración de las estructuras corporales relacionadas con el movimiento, la cadera tiene una relevancia especial en niños con las características de Julieta. Todas las siguientes afirmaciones son correctas excepto una, indique cuál:**
   a) El bipedestador supino junto con el dispositivo cefálico HeadPod, es el más adecuado para que Julieta cargue peso en los miembros inferiores y pueda además interactuar con sus compañeros.
   b) Según Gibson y Macias et al., para mejorar el rango de movimiento de la cadera, rodilla y tobillo de Julieta, es recomendable diseñar un programa de bipedestación de unos 45-60 minutos de carga por día.
   c) El protocolo Hip Surveillance for Children, recomienda introducir en un programa de seguimiento radiológico periódico de las caderas a los niños como Julieta, que no andan de forma independiente a los 30 meses de edad.
   d) El porcentaje de migración (PM) de la cadera, es el porcentaje de la cabeza femoral lateral a la línea de Perkins en el plano frontal.

5. **Señale la respuesta correcta en relación a la PARTICIPACION de Julieta en las actividades formales y no formales de su centro educativo:**
   a) Las escalas PEM-CY y CASP pueden ser herramientas útiles de valoración de la participación de la alumna en su escuela desde la perspectiva de la niña.
   b) La escala WSP-KIDS nos va a permitir conocer el grado de implicación de la alumna en las actividades formales así como la frecuencia en la que las realiza con éxito.
   c) La valoración de la participación puede hacerse a través del componente objetivo y lineal como es la asistencia y la frecuencia o a través del componente subjetivo de la involucración (experiencia vivida y disfrute).
   d) El sistema de clasificación EDACS incluye un apartado que permite clasificar a los niños con trastorno motor según su grado de participación en el entorno.

6. **Julieta requiere asistencia física continuada en el desempeño de las tareas manipulativas en el aula. ¿Cuál de los siguientes objetivos planteados con Julieta podría considerarse SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound?**
   a) Que Julieta sea capaz de cortar tiras de papel con sus tijeras, sin ayuda de una persona, al finalizar el primer trimestre.
   b) Que Julieta sea capaz de sujetar la inicial de su nombre “J” y colocarla en un puzle de goma espuma con asistencia física parcial al finalizar el primer trimestre.
   c) Que Julieta sea capaz de disociar los dedos para señalar y manipular objetos con ambas manos.
   d) Normalizar el tono muscular de las manos y mejorar la manipulación y los alcances.

7. **Usted, como fisioterapeuta de Julieta, decide confeccionarle un asiento moldeado que usa en la asamblea y en la silla de su pupitre. Todas las siguientes afirmaciones acerca del uso del asiento moldeado son ciertas excepto una, señale cuál:**
   a) El asiento moldeado le proporciona estabilidad postural para las actividades de alcance y manipulación y la interacción con sus manos en el juego.
   b) El asiento permite mantener alineada la pelvis de la alumna en posición de referencia en los tres planos del espacio lo que previene la escoliosis.
   c) La confección del asiento será con un ángulo de 90º a 95 º de flexión de cadera para conseguir un asiento “activo”.
   d) Para calcular la cantidad de soporte postural que requiere Julieta (la altura que debe tener el asiento para la contención del tronco), se usa habitualmente la medida del control postural en sedestación (SPCM) como herramienta de valoración.

8. **Los niños con trastorno motor, como es el caso de Julieta, son más vulnerables a padecer afecciones respiratorias de repetición que son una causa importante de morbimortalidad. Todos los siguientes son factores que predisponen a la enfermedad respiratoria excepto uno, señale cuál:**
   a) Hipersensibilidad de los mecanorreceptores de la tos por impacto permanente de la saliva sobre ellos.
   b) Toma de medicación antiepiléptica.
   c) Disfagia y reflujo gastroesofágico.
   d) Broncoaspiración de saliva.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

9. Julieta está aprendiendo a usar un andador para desplazarse por el centro escolar. Disponer de este producto de apoyo para el desempeño de tareas físicas y la participación de la alumna supone:

a) Una barrera completa porque impide el aprendizaje de la deambulación autónoma.
b) Una barrera moderada porque impide la ganancia de fuerza muscular en los miembros inferiores.
c) Un facilitador ligero puesto que Julieta podría desplazarse por el centro con el apoyo físico de un A.T.E.
d) Un facilitador extremo que permite a la alumna moverse con independencia y participar en las actividades de su centro escolar junto a sus compañeros.

10. Según el Real Decreto 174/2011, en personas de 3 a 6 años de edad, sólo una de las siguientes actividades se valora en la aplicación del baremo de la situación de dependencia. Señale la respuesta correcta:

a) Mantenimiento de la salud.
b) Realizar otros cuidados corporales.
c) Vestirse.
d) Desplazarse fuera del hogar.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

SUPUESTO PRÁCTICO SEGUNDO.

Lea atentamente el siguiente supuesto práctico:

Lola es una señora de 54 años que trabaja de cuidadora en un comedor escolar. Fue diagnosticada hace 16 años de EMRR (esclerosis múltiple remitente recurrente) tras descartar otras patologías. Al inicio de la enfermedad fue tratada con TME (tratamientos modificadores de la enfermedad) que han mantenido la enfermedad con relativa estabilidad.
En el último año ha sufrido un par de brotes con sintomatología neurológica y en la evaluación encontramos:

- **Debilidad muscular en la extremidad inferior izquierda (cuádriceps, glúteo mayor e isquiotibiales a 3+, tibial anterior y tríceps sural a 2+) con signos de piramidalismo como hipertonía en gemelos y aductores y presencia del signo de Babinski.**
- **Fatiga, que la paciente describe como cansancio anormal tras la actividad. La fatiga ha ido aumentando en los últimos meses.**
- **Aumento de la urgencia urinaria y la frecuencia, que alteran la calidad del sueño. Ha comenzado a tener infecciones urinarias de repetición.**
- **Empeoramiento del equilibrio y la estabilidad durante la marcha que la obligan a mantener la concentración constante para no caer al suelo. Utiliza una muleta para caminar en el exterior y dentro de casa se apoya en los muebles para desplazarse, lo que ha provocado dos caídas en los últimos 6 meses (arrastra el pie izquierdo). Vive en una casa de dos plantas y tiene muchos problemas para subir y bajar las escaleras, incluso apoyándose en la barandilla.**

Lola nos cuenta que le preocupa el hecho de que empieza a notar torpeza en sus manos al hacer tareas simples como batir un huevo, para lo que requiere la ayuda de su hija. A última hora de la tarde le cuesta hablar con fluidez y tose a menudo cuando come.
Sigue trabajando porque se distrae y le obliga a salir de casa y a relacionarse, pero cree que pronto ya no podrá hacerlo. No practica actividad física por miedo a caerse y por la fatiga que le provoca. Acude a la Asociación de Esclerosis Múltiple de Toledo (ADEMTO) y usted es su fisioterapeuta.

Conteste las siguientes preguntas:

1. **El diagnóstico temprano de la EMRR, como en el caso de Lola, permite establecer un tratamiento adecuado. Todas las siguientes afirmaciones acerca del diagnóstico de la enfermedad son correctas excepto una, indique cuál:**
   a) La resonancia magnética (RM) es una prueba indispensable. Son características las lesiones cerebrales en dedos de guante llamados “dedos de Dawson”.
   b) Según los criterios de Mc Donald, dos brotes clínicos que afectan áreas cerebrales en dos puntos (localizaciones diferentes), separados en el tiempo al menos un mes, cumplen los requisitos para diagnosticar a una persona de EM.
   c) La ausencia de bandas oligoclonales (BOC) de inmunoglobulina G (IgG) en el líquido cefalorraquídeo es un signo patognomónico de la esclerosis múltiple.
   d) Los potenciales evocados proporcionan información adicional y son de utilidad para la evaluación de territorios difícilmente accesibles a la RM, como el nervio óptico o los cordones posteriores medulares.

2. **En relación a la forma de esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) que tiene nuestra paciente, señale la respuesta correcta:**
   a) Es una forma de presentación muy poco habitual, siendo la esclerosis múltiple progresiva primaria (EMPP) con la que debutan la mayoría de los pacientes.
   b) La remisión de los síntomas neurológicos tras el periodo de exacerbación siempre es completa (sin trastornos neurológicos residuales duraderos).
   c) Esta forma de esclerosis múltiple (EM) se diagnostica si los pacientes presentan al menos dos episodios agudos de déficits neurológicos claramente definidos (recaídas).
   d) Hay mayor predominio de hombres con diagnóstico de EMRR.

3. **¿Cuáles de los siguientes síntomas, presentes en nuestra paciente, son compatibles con un síndrome de troncoencéfalo?:**
   a) Hiperreflexia del detrusor.
   b) Disfagia y disartria.
   c) Piramidalismo.
   d) Monoparesia.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

4. Señale la respuesta correcta en relación a la fatiga que describe la paciente y que constituye uno de los síntomas más frecuentes de la esclerosis múltiple (EM):

a) Se trata de una fatiga central, que desaparece en reposo y empeora con el calor.
b) La Escala Modificada del Impacto de la Fatiga (MFIS), evalúa en 21 ítems aspectos físicos, cognitivos y sociales y la repercusión de la fatiga sobre ellos en el último mes.
c) La Escala de Intensidad de la Fatiga (FSS), es un cuestionario que evalúa en 15 ítems la severidad de la fatiga y su impacto en la vida de la paciente. El rango de puntación es de 0 a 84, siendo 38 el punto de corte para el diagnóstico de fatiga.
d) La fatiga de la paciente es un síntoma de deterioro subcortical y suele ir asociado, en el curso de la enfermedad, a epilepsia.

5. El curso de la EMRR está comprometiendo la deambulación de la paciente. Todas las siguientes afirmaciones relacionadas con la valoración del deterioro de la marcha son correctas excepto una, indique cuál:

a) La prueba de los 25 pies (timed-25 footwalk) consiste en el registro del tiempo que tarda la paciente en recorrer una distancia de 10,5 metros. La puntuación es menor si se usan productos de apoyo (muleta).
b) Para valorar le repercusión de la discapacidad de Lola en las actividades de caminar, correr o subir escaleras, una de las pruebas más usadas es la MSWS-12 (Multiple Sclerosis Walking Scale).
c) Con el uso de una férula antiequino, la paciente podría mejorar su deambulación y disminuir el riesgo de volver a caer.
d) En la MSWS-12, una puntuación final de 60 puntos nos indica afectación máxima en las actividades valoradas.

6. Según el Real Decreto 174/2011, a efectos de la aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia a nuestra paciente, señale la respuesta correcta:

a) La valoración del desempeño no considera las barreras y facilitadores del entorno físico de la persona.
b) El desempeño es positivo cuando la persona no es capaz de realizar la tarea de ninguna manera.
c) Se valorará el desempeño, en su caso, con el empleo de los productos de apoyo prescritos.
d) La discapacidad es una condición necesaria y suficiente para establecer la situación de dependencia a efectos de reconocimiento oficial.

7. Lola tiene nuevos síntomas en el último año y requiere una exhaustiva exploración neurológica. Para ello se emplea la Escala de Disfunción Neurológica (EDSS) como medida unificada de los pacientes con EM. Todas las siguientes afirmaciones acerca de dicha escala son correctas excepto una, señale cuál:

a) Es una escala ordinal, que puntúa la disfunción de 0 a 20 a partir de las alteraciones detectadas en la exploración neurológica en cada una de las subescalas correspondientes a los tres sistemas funcionales (piramidal, cerebeloso y troncoencéfalo).
b) La puntuación de Lola en esta escala es de EDSS=6, que equivale a una marcha con uso de un dispositivo de apoyo.
c) Una puntuación EDSS=0 equivale a la exploración neurológica normal.
d) La escala EDSS es de especial interés para el seguimiento de los pacientes en la práctica clínica y los ensayos clínicos y permite detectar la progresión de la enfermedad como en el caso de Lola.

8. Todas las siguientes escalas han demostrado fiabilidad en la evaluación del riesgo de que Lola vuelva a sufrir una caída, así como la repercusión en su calidad de vida y participación social, excepto una, señale cuál:

a) La T25FW cognitiva (timed-25 footwalk cognitiva), resulta útil cuando las caídas están relacionadas con tareas dobles por la interferencia cognitivo-motora.
b) La escala MSQoL-54 sería adecuada como instrumento de medida de la calidad de vida de Lola.
c) La FES-I (Falls Self-Efficacy Scale International) es un cuestionario de autopercepción de riesgo de caídas en tareas domésticas y relaciones sociales, que podría ofrecernos mucha información sobre la paciente.
d) La escala ABC (Activities-Specific Balance Confidence Scale) es una medida fiable de la movilidad y el equilibrio dinámico durante la marcha. Consta de 8 ítems con diferentes tareas mientras se camina, como cambiar la velocidad o sortear obstáculos y la puntuación máxima son 24 puntos.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

9. Según el Real Decreto 174/2011 a efectos de aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia a nuestra paciente, en la actividad "Desplazarse dentro del hogar", señale la respuesta correcta:

a) El desplazamiento de las personas que requieren el empleo de la silla de ruedas debe incluir la valoración de las transferencias.
b) En el caso de que en la vivienda haya más de una planta, se considerará el subir y bajar las escaleras para el acceso a las estancias de la vivienda.
c) En el caso de que la persona emplee producto de apoyo, que el ancho del marco de las puertas permita el desplazamiento, solamente se valorará en la tarea "Acceder a todas las estancias comunes del hogar".
d) La falta de iniciativa para desplazarse no se valorará en esta actividad sino en la de "Toma de decisiones".

10. El ejercicio terapéutico y la práctica deportiva aporta beneficios funcionales y psicológicos para las personas con Esclerosis Múltiple. Todas las siguientes son pautas y recomendaciones para que nuestra paciente pueda iniciar un programa de ejercicio excepto una, señale cual:

a) Las directrices de actividad física canadiense, recomiendan que las personas adultas con EM, realicen 30 minutos al día de ejercicio aeróbico de intensidad moderada y 30 minutos de entrenamiento de fuerza de intensidad moderada de los principales grupos musculares, dos veces por semana.
b) Recomendaremos a Lola un deporte que le guste ya que la adherencia a la actividad física, que es el objetivo principal, es mayor cuando resulta agradable y motivadora.
c) Antes de iniciar el programa de ejercicio terapéutico valoraremos a nuestra paciente con la escala EDSS (Expanded Disability Status Scale) con el fin de conocer su tolerancia al esfuerzo.
d) En pacientes como Lola, que presentan síntomas de fatiga, el tratamiento con ejercicios, particularmente de resistencia, puede reducir la fatiga percibida y mejorar la capacidad funcional y la energía.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

Descargado gratis de www.fisioteca.com

Descargado gratis de www.fisioteca.com

Descargado gratis de www.fisioteca.com

INSTRUCCIONES:

- **No abra este cuestionario** hasta que se le indique.
- Utilice **bolígrafo negro o azul**. Lea detenidamente antes de comenzar las instrucciones que figuran al dorso de la "Hoja de Examen".
- Este cuestionario consta de dos pruebas. Una primera prueba **con 90 preguntas más 5 de reserva,** y una segunda prueba **con dos supuestos prácticos** con **10 preguntas para cada uno de los dos supuestos.** Las preguntas de este cuestionario deben ser contestadas en la "Hoja de Examen".
- Todas las preguntas de la primera prueba de este cuestionario tienen el mismo valor y una sola respuesta correcta.
- Todas las preguntas de la segunda prueba de este cuestionario tienen el mismo valor y una sola respuesta correcta.
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la "Hoja de Examen" es la que corresponde con el número de pregunta del cuestionario.
- **Las respuestas deberán ser marcadas** en la "Hoja de Examen" teniendo en cuenta tanto estas instrucciones como las contenidas en la propia "Hoja de Examen".
- El tiempo de realización de este ejercicio es de **210 minutos.**
- En la "Hoja de Examen" **no deberá anotar ninguna otra marca o señal** distinta de las necesarias para contestar el ejercicio.
- Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- **No olvide firmar** la "Hoja de Examen" en el lugar reservado al efecto.

A

041

Castilla-La Mancha

Descargado gratis de www.fisioteca.com