Fisioteca

EXAMEN · FISIOTERAPEUTA

Comunidad de Madrid

Convocatoria 2021 Bis · Teórico

85 preguntas

Documento oficial publicado por Comunidad de Madrid. 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

1. Conforme a lo dispuesto en el artículo 26 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, en el ejercicio de las competencias exclusivas corresponderá a la Comunidad de Madrid:
   a) La potestad legislativa, la reglamentaria y la función ejecutiva que se ejercerán respetando, en todo caso, lo dispuesto en la Constitución Española.
   b) La potestad reglamentaria y la función ejecutiva, que se ejercerán respetando, en todo caso, lo dispuesto en la Constitución Española.
   c) La función ejecutiva, que se ejercerá respetando, en todo caso, lo dispuesto en la Constitución Española.
   d) La potestad legislativa, la reglamentaria, judicial y la función ejecutiva que se ejercerán respetando, en todo caso, lo dispuesto en la Constitución Española.

2. La Administración de la Comunidad de Madrid en su actuación, según el título IV, capítulo I, artículo 37.2 de la Ley 1/1983 de Gobierno y Administración de la Comunidad, se atendrá a los principios de:
   a) Objetividad, publicidad, celeridad, eficacia, economía, descentralización, desconcentración, coordinación y protección.
   b) Objetividad, publicidad, celeridad, eficacia, economía, descentralización, concentración, coordinación y participación.
   c) Objetividad, publicidad, celeridad, eficacia, economía, descentralización, desconcentración, coordinación y participación.
   d) Objetividad, publicidad, celeridad, eficacia, economía, descentralización, desconcentración, coordinación, protección y participación.

3. Para ejercer las competencias de la Unión, las instituciones adoptarán:
   a) Únicamente reglamentos, directivas y decisiones.
   b) Directivas, decisiones, recomendaciones y dictámenes.
   c) Reglamentos, directivas, decisiones, recomendaciones y dictámenes.
   d) Leyes orgánicas, leyes ordinarias, reglamentos y directivas.

4. Conforme al artículo 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación a los plazos del recurso de alzada, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA:
   a) El plazo para la interposición del recurso de alzada será de un mes, si el acto fuera expreso.
   b) El plazo máximo para dictar y notificar la resolución será de dos meses.
   c) El plazo para la interposición del recurso de alzada será de dos meses, si el acto fuera presunto.
   d) El plazo máximo para dictar y notificar la resolución será de un mes.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

5. La Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público tiene por objeto, según el artículo 1:
   a) Las bases del régimen jurídico de las Administraciones Públicas, los principios del sistema de irresponsabilidad de las Administraciones Públicas y de la potestad sancionadora, así como la organización y funcionamiento de la Administración General del Estado y de su sector público institucional para el desarrollo de sus actividades.
   b) Las bases del régimen jurídico de las Administraciones Públicas, los principios del sistema de responsabilidad de las Administraciones Públicas y de la potestad sancionadora, así como la organización y funcionamiento de la Administración General del Estado y de su sector público institucional para el desarrollo de sus actividades.
   c) Las bases del régimen jurídico de las Administraciones Públicas y la organización y funcionamiento de la Administración General del Estado y de su sector público institucional para el desarrollo de sus actividades, exclusivamente.
   d) Las bases del régimen jurídico de las Administraciones Públicas, los principios del sistema de responsabilidad de las Administraciones Públicas y de la potestad sancionadora, así como la organización y funcionamiento de la Administración General del Estado y de su sector público institucional para el desarrollo de sus actividades y la contratación del sector público, a fin de garantizar que la misma se ajusta a los principios de libertad de acceso a las licitaciones, publicidad y transparencia de los procedimientos, y no discriminación e igualdad de trato entre los licitadores.

6. Entre las definiciones que se recogen en el artículo 5 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y de Participación de la Comunidad de Madrid, se encuentra la siguiente, en cuanto al Portal de Transparencia:
   a) Espacio en el sitio web del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid que tiene por objeto, conforme a las definiciones de este artículo, descentralizar, publicar, facilitar y poner a disposición de cualquier persona jurídica, toda clase de servicios y la información que deba hacerse pública de acuerdo con esta Ley, relacionada con la Comunidad de Madrid. Igualmente tendrá por objeto el ejercicio del derecho de acceso a la información y participación.
   b) Espacio en el sitio web del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid que tiene por objeto, conforme a las definiciones de este artículo, centralizar, publicar, facilitar y poner a disposición de cualquier persona, toda clase de servicios y la información que deba hacerse pública de acuerdo con esta Ley, relacionada con la Comunidad de Madrid. Igualmente tendrá por objeto el ejercicio del derecho de acceso a la información y participación.
   c) Espacio en el sitio web del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid que tiene por objeto, conforme a las definiciones de este artículo, centralizar, publicar, facilitar y poner a disposición de cualquier persona, toda clase de servicios y la información que deba hacerse pública de acuerdo con esta Ley, relacionada con cualquier Comunidad Autónoma. Igualmente tendrá por objeto el ejercicio del derecho de acceso a la información y participación.
   d) Espacio en el sitio web del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid que tiene por objeto, conforme a las definiciones de este artículo, centralizar, publicar, facilitar y poner a disposición de cualquier persona, toda clase de servicios y la información que deba hacerse pública de acuerdo con esta Ley, relacionada con la Comunidad de Madrid. No obstante, en lo relativo al ejercicio del derecho de acceso a la información y participación, al situarse extramuros de esta norma, habrá que estar a lo dispuesto en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, exclusivamente.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

7. Según el artículo 118 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, en relación con los contratos menores:
   a) Se consideran contratos menores los contratos de valor estimado inferior a 30.000 euros, cuando se trate de contratos de obras, o a 15.000 euros, cuando se trate de contratos de suministro o de servicios.
   b) Se podrá requerir la aprobación del gasto y la incorporación al mismo de la factura correspondiente, de forma potestativa.
   c) Se consideran contratos menores los contratos de valor estimado inferior a 40.000 euros, cuando se trate de contratos de obras, o a 15.000 euros, cuando se trate de contratos de suministro o de servicios.
   d) En los contratos menores la tramitación del expediente exigirá la emisión de un informe del órgano de contratación justificando de manera motivada la necesidad del contrato y que se busca alterar su objeto con el fin de evitar la aplicación de los umbrales descritos en el apartado anterior, por motivos de eficiencia.

8. Conforme al artículo 22 de Ley 1/1986, de 10 de abril, de la Función Pública de la Comunidad de Madrid, en relación con la selección del personal laboral:
   a) La selección del personal laboral no permanente para el desempeño de funciones laborales se realizará mediante libre designación y concurso, salvo en los casos de urgencia declarada.
   b) La selección del personal laboral no permanente para el desempeño de funciones laborales se realizará mediante libre designación y concurso, incluido en los casos de urgencia declarada.
   c) La selección del personal laboral permanente se realizará por convocatoria pública y mediante el sistema de oposición y concurso oposición, salvo cuando por la naturaleza de las funciones a desempeñar, o el número de aspirantes u otras circunstancias, resulte más adecuado el de concurso.
   d) La selección del personal laboral permanente se realizará por convocatoria pública y mediante el sistema de oposición y concurso oposición, salvo cuando por la naturaleza de las funciones a desempeñar, o el número de aspirantes u otras circunstancias, resulte más adecuado el de oposición libre.

9. La normativa que “tiene por finalidad garantizar y promover el derecho a la igualdad real y efectiva de las personas lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales (en adelante, LGTBI), así como de sus familias” (artículo 1.1), se denomina:
   a) Ley 4/2023, de 29 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas LGTBI y para la garantía de los derechos de las personas trans.
   b) Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.
   c) Ley 4/2022, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.
   d) Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas LGTBI y para la garantía de los derechos de las personas trans.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

10. Conforme al artículo 9 de la ley 40/2015 del Régimen Jurídico del Sector Público, señale la respuesta correcta:
    a) Los órganos de las diferentes Administraciones Públicas podrán delegar el ejercicio de las competencias que tengan atribuidas en otros órganos de la misma Administración, aun cuando no sean jerárquicamente dependientes.
    b) Puede ser objeto de delegación la resolución de recursos en los órganos administrativos que hayan dictado los actos objeto del recurso.
    c) En ningún caso pueden ser objeto de delegación las competencias relativas a la adopción de disposiciones de carácter particular.
    d) Las delegaciones de competencias deberán publicarse en el "Boletín Oficial del Estado", en el de la Comunidad Autónoma o en el de la Provincia, pero no será necesario publicar su revocación.

11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta respecto al uso de estimulación eléctrica neuromuscular (NMES) en la rehabilitación post-ictus?
    a) Es una corriente eléctrica de baja intensidad que se aplica a los músculos afectados para facilitar las contracciones musculares y crear movimientos repetitivos con una extremidad hemiparética o hemipléjica.
    b) Permite la reeducación neuromuscular o el reaprendizaje motor.
    c) Su aplicación a una extremidad hemiparética no tiene efecto sobre la plasticidad neural, solo produce contracciones musculares inmediatas.
    d) Puede estar contraindicada en pacientes con un tumor no controlado o una enfermedad activa.

12. En el tratamiento de fisioterapia tras una lesión de la médula espinal, ¿Qué intervención se utiliza para contrarrestar la hipertonía y las contracturas que afectan a la capacidad funcional?
    a) Crioterapia prolongada.
    b) Ejercicios selectivos de movilidad articular.
    c) Golpeteo.
    d) Hidroterapia.

13. El estado neurológico de la zona perineal y de la musculatura del suelo pélvico es muy importante para determinar si la disfunción urinaria y/o fecal es debida a patología neurológica. ¿cuál de los siguientes estudios neurológicos NO se relaciona con la exploración neurológica del suelo pélvico?
    a) Pruebas de electromiografía para medir la actividad de la unidad motora un músculo determinado.
    b) Estudios de la conducción nerviosa, sirve para valorar la coactivación de la musculatura profunda del abdomen durante la activación de los músculos del suelo pélvico.
    c) Estudio del reflejo bulbocavernoso y del reflejo anal, la intensidad de contracción refleja es representativa de la integridad del arco reflejo.
    d) Valoración de la sensibilidad según los dermatomas, es importante comparar bilateralmente la sensibilidad de los dermatomas de S2 a S4.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

14. Señale la técnica que NO se emplea como intervención terapéutica estándar en disfunciones del suelo pélvico:
    a) Masaje vaginal para tratar cicatrices dolorosas en el postparto, contracturas musculares y para flexibilizar y preparar el suelo pélvico al final del embarazo.
    b) Técnicas miofasciales para devolver la funcionalidad a los músculos del suelo pélvico tras alteraciones miofasciales (desgarros, episiotomías, etc.) y combinado con masaje transverso profundo para la resolución de fibrosis o adherencias.
    c) Estimulación del reflejo de estiramiento, consiste en traccionar de los músculos del suelo pélvico en sentido caudal y posterolateral, con el fin de poner en máxima tensión las fibras musculares.
    d) Trabajo manual activo para el inicio del fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico, consiste en un trabajo de activación muscular para aumentar la fuerza, la resistencia, la velocidad de reacción o el tono de base de estos músculos.

15. En un prematuro con síndrome de distrés respiratorio y riesgo de broncodisplasia pulmonar, ¿qué razonamiento apoya la elección de técnicas activas sobre la caja torácica frente a un abordaje exclusivamente pasivo?
    a) Las técnicas activas no modifican el patrón ventilatorio ni la expansión torácica, ya que el control respiratorio en prematuros depende exclusivamente del soporte mecánico.
    b) La estimulación torácica puede favorecer patrones de expansión y ventilación más eficientes, con potencial impacto en la prevención de atelectasias y disfunción pulmonar.
    c) El abordaje pasivo siempre es superior para prevenir complicaciones, dado que evita el riesgo de fatiga respiratoria y desaturaciones durante la intervención.
    d) Las técnicas activas están contraindicadas en cualquier prematuro con soporte respiratorio, ya que podrían interferir con la sincronía ventilatoria y aumentar el riesgo de barotrauma.

16. En la aplicación del incremento del flujo espiratorio (AFE) en un prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio, ¿qué objetivo fisiológico es prioritario?
    a) Disminuir la presión intratorácica al final de la espiración hasta colapsar alvéolos inestables.
    b) Facilitar el vaciamiento espiratorio progresivo y la movilización de secreciones sin provocar inestabilidad hemodinámica ni hipoxemia.
    c) Mantener una espiración pasiva sin modificar el patrón ventilatorio, garantizando que el neonato no experimente variaciones en su mecánica respiratoria.
    d) Aumentar la frecuencia respiratoria por encima de lo normal para favorecer el lavado de CO_2 y mejorar la ventilación alveolar.

17. En el abordaje de la vejiga neurógena en niños con espina bífida, ¿qué parámetros técnicos se utilizan en la aplicación de electroestimulación?
    a) 100–150 ms de ancho de pulso y 30–40 Hz de rango de frecuencia.
    b) 300–350 ms de ancho de pulso y 10–20 Hz de rango de frecuencia.
    c) 210–250 ms de ancho de pulso y 10–20 Hz de rango de frecuencia.
    d) 300–350 ms de ancho de pulso y 10–20 Hz de rango de frecuencia.

18. Durante la fase I (primeras tres semanas) del tratamiento de la parálisis braquial neonatal, ¿cuál es la medida inicial más importante?
    a) Estiramiento muscular suave de la extremidad afectada.
    b) Inmovilización en aducción y rotación interna con la manga prendida a la ropa.
    c) Aplicación de electroterapia excitomotora de baja frecuencia.
    d) Entrenamiento motor precoz con apoyo en antebrazo.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

19. La indicación de ortesis GRAFO en marcha dipléjica: niveles GMFCS I-III (Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa), se considera en fases iniciales y posquirúrgicas. Según los patrones de Sutherland, Rodda y Graham está indicada en:
    a) Marcha en equino moderado.
    b) Marcha en flexión/agachada.
    c) Ataxia severa.
    d) Disquinesia generalizada.

20. ¿Cuál de los siguientes efectos NO corresponde a la aplicación de diatermia (onda corta o microonda) en uso terapéutico?
    a) Puede producir calor en la piel y en tejidos superficiales, sobre todo cuando se emplean frecuencias alrededor de 200 MHz.
    b) Cuando se aplica en modo pulsado con un ciclo de trabajo bajo, la intensidad media de la energía emitida es baja y no se produce un aumento sostenido de la temperatura tisular.
    c) La diatermia con una intensidad suficiente para aumentar la temperatura tisular produce efectos favorables como son el control del dolor, la aceleración de la cicatrización tisular, la mejoría de la rigidez articular y, si se combina con estiramiento, el aumento del arco de movilidad articular.
    d) La aplicación de onda corta pulsada durante 40-45 minutos con una intensidad, que según el fabricante no aumenta la temperatura corporal, aumenta la perfusión microvascular en personas sanas y alrededor de la úlcera en pacientes con úlceras diabéticas.

21. ¿Cuál es la causa de la analgesia en la distribución sensitiva del nervio cubital (la cara palmar e interna del antebrazo) producida al aplicar radiación infrarroja sobre el nervio cubital en el codo?
    a) Vasoconstricción del vasa nervorum.
    b) Alteración de la conducción nerviosa.
    c) Liberación de endorfinas locales.
    d) Disminución de la excitabilidad de las placas motoras.

22. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión la evidencia actual sobre el entrenamiento de control motor en pacientes con dolor lumbar crónico?
    a) El entrenamiento de control motor se centra en aumentar la fuerza máxima del tronco, ya que la evidencia indica que la principal alteración en el dolor crónico es la debilidad muscular global.
    b) El entrenamiento de control motor busca restaurar la coordinación y modulación del reclutamiento muscular profundo y superficial, debido a patrones alterados de activación presentes en el dolor crónico.
    c) El entrenamiento de control motor es más efectivo que la terapia cognitivo-conductual para modificar creencias de miedo-evitación y catastrofismo.
    d) El entrenamiento de control motor está contraindicado en pacientes con dolor crónico persistente (>3 meses), ya que la sensibilización central reduce la capacidad para reentrenar patrones motores.

23. ¿Cuál es la indicación clínica fundamentada del biofeedback respiratorio dentro del abordaje fisioterapéutico del dolor crónico?
    a) Aumentar la capacidad vital forzada mediante estímulo visual.
    b) Facilitar la reducción del drive simpático y mejorar la regulación autonómica.
    c) Inducir ventilación controlada para disminuir el dolor nociplástico.
    d) Corregir la postura torácica sin necesidad de intervención manual.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

24. ¿Cuál de estas escalas para medir la disnea en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) podría usar en su valoración? Indique la respuesta correcta.
    a) mMRC, EDS, BDI.
    b) EDS, SGRQ, Borg.
    c) CCQ, CAT, TDI.
    d) Todas son correctas.

25. El bubble-PEP es un dispositivo de presión espiratoria positiva para remover secreciones del árbol bronquial, ¿a qué velocidad debe llegar para influir en dichas secreciones? Indique la respuesta correcta:
    a) 10 Hz.
    b) 13 Hz.
    c) 20 Hz.
    d) 8 Hz.

26. Un paciente que tras un infarto agudo de miocardio va a iniciar la fase II de la rehabilitación cardiaca. En la prueba de esfuerzo que fue concluyente se determina que la capacidad funcional es de 7,8 METs, fracción de eyección 62%. Estratifique a dicho paciente (indique la respuesta correcta):
    a) Riesgo medio.
    b) Riesgo bajo.
    c) Riesgo alto.
    d) Riesgo muy alto.

27. Durante la rehabilitación cardíaca en pacientes post-infarto con compromiso de la función diastólica, ¿qué criterio de progresión del entrenamiento aeróbico se considera más seguro según la evidencia actual?
    a) Incrementar la intensidad basada únicamente en la percepción subjetiva de esfuerzo (Borg 6–20).
    b) Introducir intervalos de alta intensidad desde la primera sesión, sin monitorización cardíaca.
    c) Aumentar la duración antes de la intensidad, controlando FC, presión arterial y síntomas de congestión.
    d) Mantener siempre la misma intensidad y duración, independientemente de la evolución clínica.

28. Durante el uso del dispositivo RAGodoy® en el tratamiento del linfedema, ¿cuál es el mecanismo fisiológico descrito que explica en mayor medida su capacidad para reducir el volumen del miembro afectado?
    a) Genera vasodilatación de las arteriolas en la extremidad, aumentando el filtrado capilar.
    b) Produce contracciones musculares voluntarias que bombean la linfa activamente.
    c) Induce movimientos pasivos de flexión-extensión articular que actúan como bomba músculo-venosa/linfática pasiva, facilitando el desplazamiento de la linfa cuando se favorece la presión intersticial adecuada.
    d) Solo mejora el retorno venoso superficial sin influir sobre el sistema linfático profundo.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

29. Según la Sociedad Internacional de Linfología, en su documento de consenso en 2023, además del estadio, evalúa la severidad por el aumento porcentual de volumen de la extremidad afectada respecto de la sana. (Indique la incorrecta):
    a) Severo > 40%.
    b) Leve < 20%.
    c) Moderado 20-40%.
    d) Muy leve 15%.

30. Si durante el tratamiento de un paciente con ventilación mecánica aparece en el bucle flujo-volumen, en su parte espiratoria un patrón en “dientes de sierra”, es probable que exista:
    a) Secreciones.
    b) Obstrucción del tubo endotraqueal.
    c) No es posible que ocurra tal evento.
    d) La necesidad de cambiar a otra modalidad de ventilación mecánica.

31. El síndrome de debilidad adquirida en la unidad de cuidados críticos o DAUCI es (indique la respuesta correcta):
    a) Atrofia muscular.
    b) Polineuropatía axonal sensitivo-motora simétrica.
    c) Neuromiopatía por enfermedad crítica.
    d) Todas son correctas.

32. Si queremos estimular con corrientes TENS las fibras nerviosas del grupo II de manera óptima, indique que frecuencia debería aplicarse:
    a) Entre 60-110 c/s.
    b) Entre 5-10 Hz.
    c) Más de 200 c/s.
    d) Entre 1-5 c/s.

33. Si a un paciente tras haber sufrido un ictus se decide aplicar una corriente eléctrica con pulso de 100 a 1000 µseg y una frecuencia de 10 a 100 Hz con una amplitud máxima de 120 mA, ¿qué corriente estaremos aplicando?
    a) Mega-A
    b) Estocásticas
    c) FES
    d) No se puede aplicar corrientes eléctricas a un paciente con patología neurológica

34. En la sección longitudinal de un haz de ultrasonidos durante su aplicación aparecen crestas y valles en su región cercana, ¿con qué otra denominación se conoce? (indique la respuesta correcta):
    a) Zona de Fresnel
    b) BNR
    c) Efecto piezoeléctrico
    d) Zona de Fraunhofer

35. En la aplicación de la magnetoterapia, las frecuencias más utilizadas en un paciente con osteoporosis serán de:
    a) 50 Hz
    b) 40 Hz
    c) 120 Hz
    d) 110 Hz

Descargado gratis de www.fisioteca.com

36. ¿Cuál de los siguientes términos es un sinónimo aceptado para describir el fenómeno fisiológico conocido como HUNTING LEWIS REACTION?:
    a) Respuesta de caza.
    b) Vasodilatación inducida por frio.
    c) Respuesta oscilante.
    d) Tolas las respuestas son correctas.

37. Señale la respuesta correcta:
    a) En la fase 3ª de las fases del enfriamiento se produce relajación profunda del tejido sin aumento del metabolismo.
    b) En la fase 3ª de las fases del enfriamiento se produce sedación de la zona.
    c) En la fase 3ª de las fases del enfriamiento se produce sensación de frio puede ser más profunda, y dolorosa en función de la temperatura del agente crioterápico (a menor temperatura, sensación más dolorosa). También puede aparecer sensación de quemazón.
    d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

38. La escala de Norton fue desarrollada en 1962, se utiliza principalmente en el ámbito de la salud para valorar el riesgo que un paciente desarrolle úlceras por presión. Esta escala es especialmente útil para pacientes geriátricos o aquellos que están encamados durante períodos prolongados. La puntuación total oscila entre:
    a) 5 y 20, siendo 5 riesgo muy bajo de sufrir úlceras por presión.
    b) 5 y 20, siendo 20 riesgo muy bajo de sufrir úlceras por presión.
    c) 0 y 20, siendo 0 riesgo muy bajo de sufrir úlceras por presión.
    d) 0 y 20, siendo 20 riesgo muy bajo de sufrir úlceras por presión.

39. El programa OTAGO consiste:
    a) Método de aprendizaje basado en el modo pasivo, modo controlado, modo ayudado y finalmente modo autónomo para mejorar la funcionalidad, los cambios posturales y las trasferencias en ancianos con movilidad reducida o dependientes.
    b) Conjunto de ejercicios diseñados para mejorar la fuerza y el equilibrio en adultos mayores, con el objetivo de prevenir caídas.
    c) Es una herramienta clínica que ayuda a los profesionales sanitarios a decidir si las radiografías son necesarias para pacientes que han sufrido un traumatismo reciente en el tobillo o medio pie.
    d) Es una metodología de tratamiento de niños con espina bífida.

40. En la escala Hoehn y Yahr modificada, en el 1,5 encontraremos:
    a) Afectación unilateral y axial.
    b) Afectación bilateral sin alteración del equilibrio.
    c) Afectación bilateral leve con recuperación en la prueba de retropulsión. (Test del empujón).
    d) Afectación bilateral leve a moderada; cierta inestabilidad postural, pero físicamente independiente.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

41. El masaje de los puntos reflejos o de Knapp se caracteriza por la aplicación de una técnica manual específica sobre determinados puntos del organismo. Señale la afirmación correcta:
    a) Los puntos de Knapp son unas emergencias nerviosas, más gruesas que los puntos de acupuntura, que se localizan a nivel de las inserciones musculares, ligamentosas y tendinosas. Consiste en realizar con la punta de los dedos presiones circulares y profundas sobre estos puntos que corresponden a puntos de mayor hipertonía muscular, consiguiendo una disminución del dolor y de la contractura.
    b) El masaje reflejo de knapp es aplicado sobre el periostio óseo y su rica inervación (efecto local trófico y antiálgico) pero también actúa de forma refleja a distancia.
    c) El masaje de Knapp es un masaje reflejo. Se trata de la reeducación secretomotriz del estómago mediante reflejos abdominales que van a influir en las secreciones gástricas. Se aplica una presión deslizante lenta del abdomen o varios pasos rápidos y superficiales (ley de la sumación).
    d) Consiste en realizar movilizaciones articulares pasivas y con un ritmo regular de ciertas articulaciones, por lo general poco accesibles, como la cadera o la columna vertebral. En las articulaciones dolorosas, las movilizaciones se dirigen a los músculos tónicos profundos: manguito rotador del hombro, pelvitrocantéreos de la cadera o poplíteos de la rodilla.

42. En el contexto de la masoterapia, el masaje revulsivo se caracteriza principalmente:
    a) Su utilización para activar la circulación de forma rápida con maniobras enérgicas y superficiales.
    b) Su aplicación profunda y lenta con efectos de drenaje.
    c) Su empleo en los músculos en reposo obligado, con maniobras intensas y de gran duración para mejorar tono, trofismo, oxigenación etc.
    d) Se usa para preparar al músculo para el ejercicio, se realiza con maniobras intensas y prolongadas.

43. Cuál de las siguientes opciones no corresponde a una técnica de vendaje utilizada en el ámbito de la fisioterapia:
    a) Straping.
    b) Souple.
    c) Bandage.
    d) Banding.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

44. En relación con los principios de aplicación de la técnica de vendaje funcional, señale la opción correcta según la posición que deben adoptar las estructuras anatómicas lesionadas durante la colocación del vendaje.
    a) En las lesiones capsulo-ligamentosas, los elementos anatómicos lesionados se situarán en posición acortada. En las tendinitis, el tendón afectado se posicionará distendido, relajado. En las lesiones musculares, la musculatura implicada debe colocarse en posición acortada.
    b) En las lesiones capsulo-ligamentosas, los elementos anatómicos lesionados se situarán en posición distendida. En las tendinitis, el tendón afectado se posicionará distendido, relajado. En las lesiones musculares, la musculatura implicada debe colocarse en posición acortada.
    c) En las lesiones capsulo-ligamentosas, los elementos anatómicos lesionados se situarán en posición distendida. En las tendinitis, el tendón afectado se posicionará distendido, relajado. En las lesiones musculares, la musculatura implicada debe colocarse en posición distendido.
    d) En las lesiones capsulo-ligamentosas, los elementos anatómicos lesionados se situarán en posición acortada. En las tendinitis, el tendón afectado se posicionará distendido, relajado. En las lesiones musculares, la musculatura implicada debe colocarse en posición distendido.

45. En el Concepto Maitland, los movimientos pasivos se dividen en diferentes grados. ¿cuál de los siguientes enunciados corresponde al grado II?
    a) Movimiento de pequeña amplitud al inicio del rango de movimiento, sin resistencia.
    b) Movimiento de gran amplitud con resistencia al final del rango.
    c) Movimiento de pequeña amplitud en el límite del recorrido articular.
    d) Movimiento de gran amplitud dentro del rango articular disponible sin resistencia.

46. Según el método Mckenzie, con los resultados de la exploración, los pacientes pueden clasificarse en 3 síndromes mecánicos, cada uno de los cuales responde a un tratamiento específico. ¿Cuál de los siguientes NO corresponde a dichos Síndromes mecánicos?
    a) Síndrome postural.
    b) Síndrome articular.
    c) Síndrome de disfunción.
    d) Síndrome de desarreglo.

47. Según las disfunciones sacroiliacas, la disfunción en torsión anterior derecha de sacro encontramos:
    a) Movimiento en eje oblicuo, sacro fijado en rotación izquierda y lateroflexión derecha.
    b) Movimiento en eje oblicuo. Sacro fijado en rotación izquierda y lateroflexión izquierda.
    c) Movimiento en eje oblicuo. Sacro fijado en rotación derecha y lateroflexión izquierda.
    d) Movimiento en eje oblicuo. Sacro fijado en rotación derecha y lateroflexión derecha.

48. Con respecto a las fracturas de clavícula diga que respuesta es FALSA:
    a) Su localización más frecuente afecta al tercio medio.
    b) El tratamiento de elección suele ser el quirúrgico.
    c) La complicación más frecuente en este tipo de fracturas es la pseudoartrosis.
    d) El mecanismo más frecuente de este tipo de fracturas es la caída sobre el hombro.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

49. Cuál de las siguientes fracturas NO son una fractura de pie:
    a) Fractura de Jones.
    b) Fractura de Maisonneuve.
    c) Fractura de Lisfranc.
    d) Fractura de Shepherd.

50. Ante un niño obeso de 14 años que presenta dolor en la zona de la rodilla, sin traumatismo alguno, acompañado de claudicación y de más de 6 semanas de evolución hablaríamos de:
    a) Epifisiólisis de la cabeza femoral.
    b) Rotura meniscal.
    c) Condropatía rotuliana.
    d) Ninguno de los anteriores.

51. ¿Cuál es el valor mínimo del ángulo de Cobb para diagnosticar una escoliosis idiopática en una radiografía?
    a) 5°.
    b) 10º.
    c) 15º.
    d) 20º.

52. ¿Cuál de estas afirmaciones NO corresponde a la espondilitis anquilosante?
    a) La uveítis aparece como manifestación extraarticular.
    b) Suele iniciarse a partir de los 50 años.
    c) La manipulación sacroilíaca de alta velocidad está contraindicada en la fase inflamatoria.
    d) La alteración radiológica más precoz y característica es la sacroileitis.

53. En relación con al síndrome de Sjögren diga cual es la respuesta correcta:
    a) Afecta casi exclusivamente a varones jóvenes.
    b) Presenta una clara predominancia femenina.
    c) Es común en la infancia.
    d) Es una enfermedad congénita que suele afectar al pie.

54. ¿Cuáles son los huesos más comúnmente afectados en la enfermedad de Paget?
    a) Costillas, esternón y clavícula.
    b) Cráneo, pelvis, columna vertebral, fémur y tibia.
    c) Falanges y metacarpos.
    d) Vértebras cervicales exclusivamente.

55. Con respecto a las epicondilalgias diga cuál es FALSA:
    a) Se sabe que la reacción inflamatoria es el factor predominante.
    b) Hay estudios que muestran el beneficio de añadir el tratamiento cervical al tratamiento del codo.
    c) Es frecuente su aparición en trabajadores manuales y deportistas.
    d) La prueba de la silla o “chair test” es empleada en su diagnóstico clínico.

56. ¿Qué tipo de dolor se asocia principalmente con la fibromialgia según la IASP?
    a) Dolor nociceptivo.
    b) Dolor neuropático.
    c) Dolor nociplástico.
    d) Dolor psicógeno.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

57. Diga cuál de las siguientes herramientas no se usa en la valoración del dolor:
    a) Cuestionario de McGill.
    b) Escala de Bayley.
    c) Índice de Lattinen.
    d) Escala analógica visual.

58. ¿Cuál de las siguientes intervenciones clínicas tiene mayor evidencia actual en cuanto a la disminución del dolor postpunción de los puntos gatillo miofasciales?
    a) Kinesiotape sobre el punto tratado.
    b) Sugerencias verbales positivas sobre la punción seca.
    c) Ejercicio excéntrico de baja carga (low-load eccentric exercise).
    d) Reposo del músculo afecto.

59. Según los estudios de microdiálisis de Shah et al. ¿Qué cambio bioquímico inmediato se produce en el entorno de un punto gatillo activo tras obtener una Respuesta de Espasmo Local (REL) con punción seca?
    a) Aumento de la concentración de Acetilcolina (ACh) y disminución del pH.
    b) Disminución significativa de la concentración de Sustancia P y CGRP.
    c) Aumento de citoquinas proinflamatorias (TNF- α) como respuesta a la lesión de la aguja.
    d) No hay cambios bioquímicos inmediatos, sólo cambios mecánicos.

60. Una persona que presente una tendinopatía del manguito rotador, de 12 meses de evolución, con restricción de la movilidad pasiva los últimos 30 grados de flexión y abducción, y con una movilidad activa que no llega a los 90 grados de abducción deberá acudir a
    a) Urgencias.
    b) Atención primaria.
    c) Atención especializada.
    d) Trabajo Social de zona.

61. El Modelo de Cuidado Crónico:
    a) Se compone de seis dimensiones Organización del sistema de salud, Salud comunitaria, Modelo asistencial, Autocuidado. Apoyo en la toma de decisiones clínicas y Sistemas de información.
    b) Se compone de nueve dimensiones Organización del sistema de salud, Salud comunitaria, Modelo asistencial, Autocuidado. Apoyo en la toma de decisiones clínicas, Sistemas de información, Protocolo de derivación de pacientes a centros de media estancia, Plan de respiro familiar y Prevención del Sedentarismo.
    c) Se compone de seis dimensiones Determinantes del nivel de Dependencia, Salud comunitaria, Modelo asistencial, Autocuidado. Reducción de factores de riesgo y Sistemas de información.
    d) Se compone de nueve dimensiones Organización del sistema de salud, Salud comunitaria, Modelo asistencial, Programa de actividad física regular. Apoyo en la toma de decisiones clínicas, Determinantes del nivel de Dependencia, Protocolo de derivación de pacientes a centros de media estancia, Plan de respiro familiar y Prevención del Sedentarismo.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

62. Al valorar a un paciente observamos que la fuerza de agarre de los músculos flexores de la mano disminuye considerablemente al flexionar la muñeca. Esta condición se denomina
    a) Insuficiencia activa, y es siempre patológica.
    b) Insuficiencia pasiva, y es siempre patológica.
    c) Insuficiencia activa y es fisiológica.
    d) Insuficiencia pasiva y es fisiológica.

63. En la evaluación fisioterapéutica de un paciente, siguiendo la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud se deben tener en cuenta los siguientes parámetros
    a) Observación, evaluación general, palpación y pruebas de movimiento y función.
    b) Siempre se ha de evaluar la marcha y todos sus componentes por separado.
    c) Se evaluarán los síntomas del paciente mediante test estandarizados cuantitativos.
    d) Se evaluará la función, estructura y actividades corporales, así como su participación en las actividades de la vida diaria.

64. La medición de la capacidad vital es un indicador de la función ventilatoria y puede ser medido con:
    a) Un manovacuómetro.
    b) Un vitalómetro.
    c) El Hi-Lo test.
    d) Todas son correctas.

65. En el contexto de los procedimientos para valorar el grado de afectación de la inervación, ¿qué caracteriza a la electroneurografía dentro del proceso diagnóstico fisioterapéutico?
    a) Permite identificar de forma directa la integridad histológica del nervio periférico mediante la cuantificación de la resistencia tisular y el análisis de continuidad estructural.
    b) Determina exclusivamente la actividad muscular voluntaria mediante el registro eléctrico superficial, sin ofrecer información sobre los segmentos nerviosos implicados.
    c) Mide la respuesta motora tardía para descartar patologías neuromusculares, pero carece de capacidad para localizar la lesión dentro del trayecto nervioso.
    d) Evalúa la velocidad y amplitud de conducción nerviosa para estimar el grado de desmielinización o axonotmesis, proporcionando datos objetivos que orientan la intervención fisioterapéutica.

66. La educación física, el atletismo y el deporte se consideran dentro del concepto de:
    a) Cinesiterapia.
    b) Cinesiología.
    c) Gimnasia médica.
    d) Cinefilaxia.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

67. En relación con los principios generales de la cinesiterapia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor precisión el fundamento biomecánico que determina la dosificación del movimiento terapéutico?
    a) El movimiento debe aplicarse priorizando la amplitud máxima disponible en cada sesión, ya que el aumento de tensión tisular genera adaptaciones inmediatas que favorecen la recuperación funcional.
    b) La intensidad del movimiento debe ajustarse a la percepción subjetiva del paciente, pues las respuestas tisulares dependen principalmente del umbral nociceptivo individual y no de la resistencia mecánica intrínseca.
    c) La progresión terapéutica requiere introducir movimientos de alta velocidad para estimular la reorganización tisular, incluso cuando el rango de movilidad aún no está completamente recuperado.
    d) La dosificación se basa en aplicar fuerzas progresivas dentro del rango disponible, evitando cargas excesivas que superen la resistencia tisular inicial y permitiendo la adaptación mecánica gradual del tejido.

68. ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente la Paradoja de LOMBARD?
    a) Fenómeno biomecánico donde músculos aparentemente antagonistas, se activan simultáneamente durante un movimiento.
    b) Fenómeno reflejo que se produce cuando un movimiento violento o doloroso provoca una contracción automática de protección de la articulación.
    c) Fenómeno por el cual la combinación de dos movimientos simples del hombro (flexión y aducción o abducción y extensión) en planos perpendiculares generan un tercer movimiento automático de rotación (externa o interna) en el tercer plano, sin que el paciente realice un movimiento de rotación consciente.
    d) Todas las respuestas son falsas.

69. La escala de Beighton es un instrumento clínico estandarizado utilizado para evaluar la hipermovilidad o laxitud articular generalizada. ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente dicha escala?
    a) Se basa en la valoración de 3 maniobras simples bilateralmente con una puntuación máxima de 9.
    b) Se basa en la valoración de 4 maniobras simples, 3 de ellas bilaterales, con una puntación máxima de 9 puntos.
    c) Se basa en la valoración de 5 maniobras simples, 4 de ellas bilaterales, con una puntuación máxima de 9 puntos.
    d) Se basa en la valoración de 6 maniobras simples, 5 de ellas bilaterales, con una puntuación máxima de 9 puntos.

70. ¿Cuál es el propósito funcional de los ejercicios de Frenkel?
    a) Entrenar la coordinación mediante movimientos lentos, repetitivos y con guía visual, enfocados principalmente en mejorar el control motor grueso en trastornos vestibulares.
    b) Aumentar la estabilidad postural mediante patrones automáticos sin retroalimentación visual, dirigidos especialmente a pacientes con déficit propioceptivo periférico.
    c) Mejorar la coordinación mediante movimientos dirigidos, secuenciales y visualmente controlados, orientados sobre todo a pacientes con ataxia cerebelosa que requieren precisión en la ejecución motora.
    d) Desarrollar la coordinación fina mediante ejercicios resistidos en cadenas cinéticas abiertas, diseñados principalmente para trastornos espásticos de origen piramidal.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

71. La fase de elevación de los ejercicios de Buerger Allen parten del paciente en decúbito supino:
    a) Con elevación de los miembros inferiores entre 60º y 80º.
    b) Con elevación de los miembros inferiores entre 50º y 70º.
    c) Con elevación de los miembros inferiores entre 40º y 60º.
    d) Con elevación de los miembros inferiores entre 30º y 50º.

72. Según la descripción integral del ejercicio profesional del fisioterapeuta, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja de manera más precisa la articulación entre las áreas de desempeño del fisioterapeuta (servicios humanos, investigación y praxis) dentro del ámbito de la Salud Ocupacional?
    a) La actuación del fisioterapeuta en Salud Ocupacional se limita principalmente al nivel terciario de atención, debido a que su función central es la rehabilitación del trabajador lesionado.
    b) La praxis del fisioterapeuta en Salud Ocupacional se concibe como la aplicación mecánica de protocolos establecidos, independiente de los avances en investigación y de la evaluación de los factores de riesgo presentes en el entorno laboral.
    c) En Salud Ocupacional, la interacción entre servicios humanos, investigación y praxis permite al fisioterapeuta integrar la evaluación de la competencia cinética del trabajador, el análisis de factores de riesgo y la aplicación racional de estrategias de promoción, prevención y rehabilitación.
    d) La función investigativa del fisioterapeuta no tiene implicaciones directas en su desempeño en Salud Ocupacional, ya que esta área se basa principalmente en la experiencia práctica acumulada en el entorno industrial.

73. La ergonomía es la ciencia que estudia la adaptación de las condiciones de trabajo (espacio, herramientas, tareas) a las necesidades y capacidades físicas y mentales de los empleados. ¿Cuantos tipos de ergonomía existen?
    a) Ergonomía laboral, cognitiva, adaptativa y ambiental.
    b) Ergonomía física, cognitiva, organizacional y ambiental.
    c) Ergonomía física, cognitiva, organizacional y laboral.
    d) Ergonomía laboral, cognitiva, mecánica y ambiental.

74. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de forma más precisa la amputación de Pirogoff?
    a) Desarticulación tibioperoneoastragalina asociada a una osteotomía bimaleolar.
    b) Amputación a través de las articulaciones mediotarsianas, conservando el calcáneo y el astrágalo.
    c) Desarticulación de tobillo asociada a una osteotomía de calcáneo, rotando el fragmento posterior del hueso 180º y fijándolo a la superficie distal de la tibia, de modo que el paciente puede apoyar el extremo del muñón.
    d) Amputación distal de la articulación de tobillo, resección de astrágalo junto con la unión ósea de la tibia con el calcáneo.

75. ¿Cuál de las siguientes opciones no corresponde a una complicación asociada al muñón en pacientes amputados?
    a) Presencia de edema.
    b) Alteración sensitiva.
    c) Deshidratación de la piel.
    d) Neuroma.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

76. En el ámbito de la práctica clínica en fisioterapia, y en relación con la aplicación de los estiramientos musculotendinosos, indique la afirmación incorrecta:
    a) La fase plástica ocurre después de la fase elástica y permite mantener los cambios una vez cesa la fuerza.
    b) La finalidad es alargar la fibra muscular mediante la elongación de los sarcómeros y el cambio viscoelástico del tejido.
    c) La plasticidad es la capacidad de los tejidos para retornar a su longitud inicial tras cesar la fuerza aplicada.
    d) La fase elástica precede a la fase plástica y desaparece al cesar la fuerza.

77. Respecto a las propiedades mecánicas del tejido conjuntivo durante la aplicación de un estiramiento musculotendinoso, señale la afirmación incorrecta:
    a) La resistencia de cada músculo al estiramiento varía en función de la proporción de tejido conjuntivo presente y su distribución interna.
    b) Todos los tejidos conjuntivos, incluidas cápsula, ligamentos, tendón y piel, muestran un comportamiento uniforme e idéntico frente a la aplicación progresiva de fuerza externa.
    c) La deformación del tejido es directamente proporcional a la fuerza aplicada, aunque no sigue un incremento lineal constante debido a la naturaleza viscoelástica del tejido.
    d) La resistencia mecánica relativa ofrecida por los ligamentos al estiramiento supera con creces la ofrecida por la piel.

78. Señale la respuesta correcta:
    a) Un MET es la cantidad de oxígeno que se requiere para mantener las necesidades metabólicas de un adulto en reposo y sentado, durante un minuto. Un MET equivale a 3,3 ml de VO2/KG/min.
    b) Un MET es la cantidad de oxígeno que se requiere para mantener las necesidades metabólicas de un adulto en reposo y sentado, durante un minuto. Un MET equivale a 1,4 ml de VO2/KG/min.
    c) Un MET es la cantidad de oxígeno que se requiere para mantener las necesidades metabólicas de un adulto en reposo y sentado, durante un minuto. Un MET equivale a 1,4 kcal/min.
    d) Un MET es la cantidad de oxígeno que se requiere para mantener las necesidades metabólicas de un adulto en reposo y sentado, durante un minuto. Un MET equivale a 3,5 kcal/min.

79. Señale la afirmación correcta sobre la rodilla de corredor:
    a) Es un cuadro de dolor provocado por la fricción de la cintilla iliotibial sobre el cóndilo femoral interno en los primeros grados de flexión.
    b) Es un cuadro de dolor provocado por la fricción de la cintilla iliotibial sobre el cóndilo femoral externo en los primeros grados de flexión.
    c) Es la lesión por sobreuso del tendón rotuliano y es típica de deportes que requieren saltos repetitivos y carrera.
    d) Todas las respuestas son incorrectas.

80. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de conceptos corresponde a los principios secundarios del método Pilates?
    a) Simetría, progresión, visualización, concentración.
    b) Simetría, progresión, visualización, rutina.
    c) Simetría, progresión, visualización, precisión.
    d) Simetría, progresión, visualización, respiración.

Descargado gratis de www.fisioteca.com

PREGUNTAS DE RESERVA

81. De acuerdo con el artículo 14.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, “estarán obligados a relacionarse a través de medios electrónicos con las Administraciones Públicas para la realización de cualquier trámite de un procedimiento administrativo”:
    a) Quienes representen a un interesado, en todo caso.
    b) Los empleados de las Administraciones Públicas, para todos los trámites y actuaciones que realicen con las Administraciones Públicas.
    c) Las entidades sin personalidad jurídica.
    d) Las personas físicas y jurídicas.

82. En la técnica de RPG, existen cuatro familias de posturas que proporcionan estiramiento de diferentes cadenas y grupos musculares. En la familia 1 apertura del ángulo coxofemoral con brazos aducidos, ¿qué tipo de posturas NO utilizaremos?
    a) Postura rana en el suelo, brazos aducidos.
    b) Postura de pie contra la pared.
    c) Postura sentada.
    d) Postura de pie en el centro.

83. En el proceso de recuperación motora tras un infarto cortical, ¿cuál es el fenómeno que permite distinguir la espasticidad de las sinergias motoras?
    a) La aparición inmediata tras la lesión.
    b) La evolución temporal diferenciada.
    c) La dependencia exclusiva de reflejos tónicos.
    d) La ausencia de respuesta al estiramiento.

84. La escala FAST se utiliza para:
    a) Valoración de demencias tipo Alzheimer.
    b) Valoración de marcha y equilibrio.
    c) Valoración funcional del miembro inferior.
    d) Valoración funcional miembro superior.

85. El concepto “Semipermeable brickwall” o muro de ladrillos semipermeable pertenece al concepto:
    a) Concepto Sohier.
    b) Concepto Kaltenborn-Evjenth.
    c) Concepto Maitland.
    d) Método Mckenzie.

Descargado gratis de www.fisioteca.com