

## **FISIOTERAPEUTAS CUESTIONARIO TEORICO**

1.- En el artículo 43 de la Constitución Española, el derecho a la protección de la salud queda garantizado:

- A) Concertando servicios sanitarios con instituciones privadas.
- B) Con campañas de vacunaciones, siguiendo el calendario de OMS.
- C) Mediante el establecimiento de un sistema sanitario público de carácter universal.
- D) Con una red de Hospitales Autonómicos, Regionales, Provinciales y Comarcales.

2.- La Ley 2/98 de Salud de Andalucía, en materia de Salud Pública, promueve desarrollar actuaciones relacionadas con:

- A) La elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionadas con la salud de los trabajadores.
- B) Educación para la salud de la población, como elemento primordial para contribuir a la mejora de la salud individual y colectiva.
- C) Disponer los pacientes de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos.
- D) Acceso de las personas a la información medioambiental de que disponen los poderes públicos.

3.- Se considera falta grave según el Estatuto Marco:

- A) La exigencia de cualquier tipo de compensación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.
- B) La falta de obediencia debida a los superiores.
- C) La incorrección con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.
- D) El abandono del servicio.

4.-Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA con respecto al Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía:

- A) Es coherente con los planes y herramientas de gestión para la mejora continua en el Sistema Sanitario Público Andaluz.
- B) Incluye buenas prácticas asociadas a cada competencia, evidencias y pruebas.
- C) Tiene carácter estático en el tiempo.
- D) Estructurado en cinco dimensiones: el ciudadano, la atención integral, el profesional, la eficiencia y los resultados.

5.- En el texto integrado de los Decretos de Apoyo a las Familias Andaluzas y de ampliación de medidas (Orden de 9 de marzo de 2004), en el Capítulo VII, dedicado a las medidas a favor de los mayores y personas con discapacidad, en su Artículo 29 hace referencia a:

- A) Convenios con Corporaciones Locales para el uso de instalaciones para mantenimiento físico y ayuda a la rehabilitación.
- B) Implantación del Plan de Alzheimer.
- C) Establecimiento de una red de Unidades de Fisioterapia y Rehabilitación en los Distritos de Atención Primaria de Salud.
- D) Prestación de cuidados enfermeros en domicilio, de forma reglada y continuada.

6.- El consentimiento informado se define como:

- A) La autorización de los familiares del paciente, con conocimiento de éste, para la realización de cualquier terapia.
- B) La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

- C) La conformidad consciente del paciente para la actuación del médico en lo referente a su salud.
- D) Modelo de autorización formal por escrito, de conformidad libre del paciente para la realización de una intervención quirúrgica.

7.- Elementos fundamentales de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados son:

- A) Mejorar la atención posible al usuario en nuestro medio. Procurar la contención del gasto público. Colaborar con los sistemas de información integrados.
- B) Desarrollar Guías de Práctica Clínicas. Optimizar el CMBD. Implicar a los profesionales en las Unidades de Gestión.
- C) Enfoque centrado en el usuario. Implicación de los profesionales. Sustento en la mejor práctica clínica a través de las Guías de Práctica y desarrollo de vías clínicas. Desarrollo de un sistema de formación integrado.
- D) Mejora la calidad asistencial. Economizar recursos al abonarse honorarios en función de los procesos asistenciales atendidos. Queda registrado en los sistemas informáticos todo lo desarrollado.

8.- Una Norma de Calidad del Proceso Asistencial Integrado Ataque cerebrovascular es:

- A) Disponer de un censo de pacientes de ACV de nuevo diagnóstico.
- B) Valoración fisioterapéutica en pacientes de ACV de nuevo diagnóstico.
- C) Inicio de tratamiento cinesiterápico en las primeras 48 horas, en pacientes encamados por ACV de nuevo diagnóstico.
- D) Inclusión en el Proceso el 95% de casos según la prevalencia estimada.

9.- En el trabajo en equipo, cada miembro del equipo debe:

- A) Obtener canales de comunicación permanentes y directos con los otros miembros y actitud tolerante con sus criterios.
- B) Ser flexible para adaptarse a los requerimientos de otros miembros del equipo y coordinarse con ellos.
- C) Reemplazar a los otros miembros siempre que sea necesario y adaptarse a sus criterios.
- D) Contribuir con sus conocimientos y práctica, realizar un trabajo compartido, asumir su responsabilidad.

10.- El CMBD es:

- A) El Contenido Máximo de la Base de Datos de Usuarios.
- B) El Contenido Mínimo Básico de prestaciones para Usuarios.
- C) El Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- D) El Conjunto Máximo de Base de Datos.

11.- En una Guía de Práctica clínica, el nivel A de evidencia científica de una recomendación significa que es obtenida a partir de:

- A) Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados.
- B) Ensayos clínicos controlados, meta-análisis o revisiones sistemáticas, bien diseñados.
- C) Estudios por consenso.
- D) Estudios de casos y controles.

12.- En epidemiología, “el número de casos nuevos de una enfermedad que se presenta en una población determinada y durante un tiempo determinado”, se denomina:

- A) Prevalencia.
- B) Incidencia.
- C) Morbilidad.
- D) Tasa.

- 13.- ¿Para qué se utiliza el instrumento Agree?:
- A) Para buscar bases de datos bibliográficas.
  - B) Para buscar revisiones bibliográficas
  - C) Para diseñar investigaciones cuantitativas.
  - D) Para evaluar Guías de Práctica Clínica.
- 14.-Cuál es la seguridad mínima habitualmente exigida a cualquier trabajo científico:
- A) 50%
  - B) 95%
  - C) 99%
  - D) 1%
- 15.-Cuál de los siguientes NO corresponde a un sesgo o error sistemático:
- A) Sesgo de selección.
  - B) Sesgo de clasificación.
  - C) Sesgo de confusión.
  - D) Sesgo de regresión logística.
- 16.- En relación a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la afirmación INCORRECTA es:
- A) Es un concepto multidimensional que se basa en la percepción subjetiva del paciente.
  - B) Incluye aspectos como: capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, sensación de bienestar, relaciones sociales, salud percibida.
  - C) Es un indicador para calcular la tasa de mortalidad.
  - D) Uno de los instrumentos que se han utilizado para su valoración es el COOP/WONCA.
- 17.- En Indicadores demográficos, el Índice de Dependencia General se obtiene:
- A) Dividiendo: el número de parados, entre el número de habitantes.
  - B) Dividiendo: el número de menores de 15 años más el número de mayores de 65 años, entre el número de personas entre 16 y 64 años.
  - C) Dividiendo: el número de minusválidos, entre el número personas activas.
  - D) Dividiendo: el número de individuos pasivos, entre el de trabajadores y multiplicado por 100.
- 18.- En cuanto a las habilidades en comunicación y entrevista clínica en la atención fisioterapéutica, la afirmación CORRECTA es:
- A) Se debe realizar la entrevista mediante observación, palpación, percusión y auscultación.
  - B) Debe realizar la entrevista orientada sólo al problema motivo de la derivación, puesto que el paciente debe llegarnos estudiado previamente.
  - C) Es una competencia del /de la fisioterapeuta, recogida en el programa de acreditación de competencias profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía.
  - D) Las habilidades de comunicación y entrevista no afecta a los resultados del trabajo asistencial y terapéutico.
- 19.- Previo al establecimiento de un juicio crítico fisioterapéutico, las valoraciones analíticas imprescindibles en el Examen General del paciente son:
- A) Valoración social y familiar.
  - B) Valoración articular y muscular.
  - C) Valoración funcional de miembros superiores e inferiores y de cabeza y raquis.
  - D) Estado mental y conducta del paciente.

- 20.- ¿Qué entiendes por diagnóstico fisioterapéutico?:
- A) La deducción de la patología que padece un paciente en función del análisis de sus signos y síntomas.
  - B) La deducción del tratamiento a realizar a un paciente, en función del anamnesis, diagnóstico y objetivos determinados por el médico.
  - C) La base proporcionada por el médico, sobre las que basar el programa de procedimientos terapéuticos a desarrollar.
  - D) Es un proceso de análisis de las deficiencias y discapacidades observadas que nos va a permitir establecer un programa de tratamiento y una evaluación del pronóstico final.
- 21.- El registro del/ de la fisioterapeuta en la historia de salud debe incluir:
- A) Los datos que hayamos obtenido en la exploración física realizada y el juicio crítico.
  - B) El tratamiento realizado y su duración.
  - C) Examen y valoración física y funcional, planificación de intervenciones, desarrollo del tratamiento, resultados, información complementaria relevante.
  - D) El /la fisioterapeuta no debe registrar en la historia de salud del paciente.
- 22.- Las aferencias propioceptivas musculares más interesantes para la fisioterapia son:
- A) Aferencias nociceptivas y viscerales.
  - B) Cutáneas, articulares y vestibulares
  - C) Las representadas por las estructuras contenidas en el aparato de Golgi y los husos neuromusculares.
  - D) Aferencias psicoemocionales y estomatognáticas.
- 23.- La posición de referencia cero para el balance articular es:
- A) Paciente en posición anatómica.
  - B) Paciente en decúbito supino, sobre mesa de exploraciones.
  - C) Paciente en posición anatómica con antebrazos en posición neutra y palmas de las manos pegadas al cuerpo.
  - D) A elección del examinador pero haciéndolo constar en la Historia.
- 24.- La compresión del nervio cubital, entre el hueso piriforme y la apófisis del hueso ganchoso produce:
- A) Síndrome del canal de Guyon.
  - B) Síndrome del túnel carpiano.
  - C) Síndrome del pronador redondo.
  - D) Síndrome del interóseo posterior.
- 25.- En el tratamiento electroterápico de la tendinopatía del manguito de los rotadores, si optamos por una corriente tipo TENS, los electrodos se colocan:
- A) 1 sobre el troquíter y 1 sobre la espina de la escápula.
  - B) 1 sobre la corredera bicipital y 1 sobre el bíceps braquial.
  - C) 1 sobre la bursa y 1 sobre la columna cervical C<sub>5</sub>-C<sub>6</sub>.
  - D) 1 sobre la V deltoidea y 1 sobre el deltoides.
- 26.- Una contraindicación de la radiación ultravioleta es:
- A) Anemia.
  - B) Hipertiroidismo.
  - C) Enfermedad de Sheuermann.
  - D) Psoriasis.

- 27.- Para efectuar una evaluación analítica de nivel 3 del músculo sartorio, se colocará al paciente:
- A) En decúbito supino, miembro inferior extendido, se le pide flexión+rotación externa+abducción de cadera.
  - B) En decúbito supino, miembro inferior extendido, con fijación pélvica con las manos del Fisioterapeuta, se le pide que deslice el talón desde el tobillo a la rodilla a lo largo de la cresta tibial contralateral.
  - C) Sentado, piernas colgando, se le pide flexión+abducción+rotación externa de cadera deslizando el talón por la cresta tibial contralateral.
  - D) En decúbito prono, rodilla en extensión, se le pide que haga una flexión completa de la pierna sobre el muslo.
- 28.- La cinesiterapia pasiva está indicada en el tratamiento de:
- A) Derrame articular abundante.
  - B) Retracciones músculo-tendinosas, ligamentosas y capsulares.
  - C) Trombosis local, varices complicadas, flebitis.
  - D) Inestabilidades del foco fractuario.
- 29.- La transmisión del calor profundo al organismo se realiza por:
- A) Conducción.
  - B) Convección.
  - C) Conversión.
  - D) Radiación.
- 30.- La poleoterapia está contraindicada en:
- A) Atrofias miógenas y neurógenas.
  - B) Paresias musculares, centrales y periféricas.
  - C) Anquilosis.
  - D) Secuelas de traumatismos osteoarticulares y musculares.
- 31.- Es una contraindicación absoluta realizar manipulaciones vertebrales en:
- A) Arterioesclerosis.
  - B) Neuralgia de Arnold.
  - C) Tortícolis.
  - D) Cervicobraquialgias.
- 32.- Los ejercicios de kegel se utilizan para:
- A) Mejorar el equilibrio.
  - B) Aumentar la capacidad respiratoria.
  - C) Fortalecer el suelo pélvico.
  - D) Potenciar la musculatura abdominal.
- 33.- Un trabajo dinámico excéntrico es aquel en el que:
- A) El momento motor es superior a la resistencia.
  - B) La contracción muscular provoca un acercamiento de los puntos de inserción del músculo.
  - C) El momento resistente es igual al momento motor.
  - D) El momento resistente es mas importante que el momento motor.
- 34.- En un paciente con secuelas por luxación, ¿qué objetivos fisioterapéuticos nos plantearíamos?

- A) Potenciar la musculatura para evitar nueva luxación y disminuir el dolor.
- B) Disminuir el edema y el dolor.
- C) Sólo reducir el dolor.
- D) Disminuir el dolor, evitar rigideces articulares, atrofas musculares y laxitud articular.

35.- Un para-podium se utiliza para ayudar a instaurar la bipedestación en:

- A) Síndrome de Down.
- B) Espina bífida.
- C) Síndrome de Poland.
- D) Síndrome de Jeune.

36.- La maniobra que se utiliza para reducir una luxación congénita de cadera es:

- A) Maniobra del telescopaje.
- B) Maniobra de Poland.
- C) Maniobra de Ortolani.
- D) Maniobra de Allis.

37.- Indique la afirmación CORRECTA. La secuencia normal del desarrollo motor del niño tiene el siguiente orden:

- A) Control cefálico, control de tronco, volteos, verticalización y marcha.
- B) Control de tronco, control cefálico, verticalización, volteos y marcha.
- C) Volteos, control cefálico, control de tronco, verticalización y marcha.
- D) Control cefálico, volteos, control de tronco, marcha y verticalización.

38.- Para trabajar la marcha en el niño con Parálisis Cerebral:

- A) El terapeuta se coloca delante del niño.
- B) No es necesario insistir en el paso posterior.
- C) La mayoría de los pacientes con Parálisis Cerebral siempre llegan a adquirir la marcha hacia atrás y la marcha lateral.
- D) El fisioterapeuta guía la marcha por medio de la pelvis del niño.

39.- En un infarto de miocardio, durante la fase I, período en la unidad de cuidados intensivos, la actuación del fisioterapeuta irá encaminada a:

- A) Fortalecimiento de los músculos del tronco contraresistencia.
- B) Trabajo de musculación con carga de 3 Kg. en los miembros superiores.
- C) Ventilación costal.
- D) Relajación de tipo método Jacobson.

40.- El tratamiento fisioterápico de una pleuritis en fase aguda tendrá como objetivo:

- A) Disminución de la ventilación.
- B) Instaurar la aparición de adherencias rígidas y gruesas.
- C) Romper el círculo vicioso de dolor- hipocinesia.
- D) El trabajo inspiratorio debe ser tardío.

41.- Para la exploración de la radiculopatía cervical, la prueba de Spurling, se realiza:

- A) En extensión y rotación máxima del cuello con inclinación hacia el lado de la lesión.
- B) En flexión y rotación del cuello con inclinación hacia el lado de la lesión.
- C) En extensión e inclinación hacia el lado de la lesión.
- D) En extensión y rotación hacia el lado de la lesión.

42.- La amplitud articular NORMAL del codo es:

- A) Flexión de 0° a 90°.

- B) Extensión de 0° a 5°.
- C) Supinación de 50°.
- D) Pronación de 50°.

- 43.- Está indicado ultrasonidos:
- A) Sobre zonas de tromboflebitis.
  - B) En tumores cancerígenos.
  - C) Sobre corazón en cardiopatías.
  - D) En calcificaciones en tejidos blandos.
- 44.- La Hidroterapia está contraindicada en:
- A) Enfermedades reumáticas.
  - B) Enfermedades neurológicas.
  - C) Enfermedades psiquiátricas.
  - D) Enfermedades cardiovasculares no compensadas.
- 45.- En el postoperatorio inmediato (días 0-3) de prótesis total de rodilla, el tratamiento fisioterápico es:
- A) Cinesiterapia activo-asistida de flexo extensión de la rodilla.
  - B) Marcha con bastones de apoyo cubital.
  - C) Recuperación de la amplitud articular en flexión.
  - D) Cargas directas a nivel de tobillo.
- 46.- Indique la afirmación INCORRECTA. En iontoforesis, la superficie del electrodo que soporta la disolución medicamentosa influye directamente en la dosis:
- A) Por la cantidad de medicamento que puede sustentar.
  - B) Sobre la concentración del medicamento.
  - C) Sobre la intensidad de la corriente.
  - D) La frecuencia de las sesiones.
- 47.- En personas de edad avanzada con enfermedad de Parkinson:
- A) La reeducación evita la evolución de la enfermedad.
  - B) Estiramiento sistemático sólo de la musculatura extensora.
  - C) El trabajo irá encaminado a luchar contra las actitudes en flexión.
  - D) La reeducación no irá encaminada a preservar las capacidades de deambulación.
- 48.- En la Espondiloartritis Anquilosante o Espondilitis Anquilopoyética, la valoración fisioterápica se realiza:
- A) Valorando la limitación en rotación de la columna vertebral lumbar.
  - B) Midiendo de la estatura.
  - C) Midiendo la distancia dedos-rodilla.
  - D) A través del Test de Milgram.
- 49.- La fisioterapia en el pie zambo equinovaro, tendrá como objetivo:
- A) Corregir la aducción del antepié con relación al retropié.
  - B) Forzar el pie.
  - C) Hacer movimientos de torsión en la mediotarsiana.
  - D) Corregir la supinación haciendo descender el primer metatarsiano.
- 50.- La deambulación y la marcha en el Parapléjico adulto, se caracteriza por:
- A) Paraplejía S1: Ausencia del bloqueo de rodilla.
  - B) Paraplejía L5: La marcha pendular es la única posible.
  - C) Paraplejía L2 y L1: Marcha de cuatro tiempos.

D) Paraplejías de nivel superior a L2-L1: La marcha se consigue fácilmente llevando el calzado alto.

51.- Está contraindicado el masaje en:

- A) Patologías respiratorias.
- B) Patologías inflamatorias en fase de brote.
- C) Patologías cardiovasculares.
- D) Geriatria.

52.- ¿En qué consiste el masaje mediante fricción?

- A) En la movilización de los planos superficiales de piel sobre los planos profundos (tejidos subyacentes).
- B) Es la movilización de todas las estructuras mediante frotaciones.
- C) Es una presión dinámica acompañada de deslizamiento sobre la piel
- D) Consiste en deslizar las manos sobre la piel siempre longitudinalmente al músculo

53.- ¿Qué cadena muscular se encuentra en el tronco?:

- A) Cadena mediana ventral de flexión.
- B) Cadena frontal de abducción y adducción.
- C) Cadena transversa d rotación interna y externa.
- D) Cadena muscular de Borelli.

54.- Los patrones de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva combina el movimiento en los tres planos, indique la respuesta CORRECTA:

- A) En el plano sagital: Flexión y extensión.
- B) En el plano sagital: Abducción y adducción.
- C) En el plano sagital: Rotación.
- D) En el plano sagital: Flexión y abducción.

55.- En el método de Dotte o de resistencias directas progresivas, ¿cómo se realizan las series correspondientes?

- A) 1ª: 10 X  $\frac{1}{2}$  10 r m    2ª: 10 X  $\frac{3}{4}$  10 rm    3ª: 10 X 10 r. m
- B) 1ª: 10 X 10 RM    2ª: 10 X  $\frac{3}{4}$  10 RM    3ª: 10 X  $\frac{1}{2}$  10 R. M.
- C) 1ª: 10 X 10 R M    2ª: 10 X 10 RM    3ª: 10 X 10 R. M. – 4ª: 10 X 10 R. M.
- D) 1ª: 10 X  $\frac{2}{5}$  1 R M - 2ª: 10 X  $\frac{3}{5}$  1 RM    3ª: 10 X  $\frac{4}{5}$  1 R. M.

56.- ¿Qué es la capacidad inspiratoria?:

- A) El volumen de aire que queda en los pulmones al final de la espiración.
- B) Se compone de dos volúmenes: el volumen reserva espiratorio y el volumen residual.
- C) El volumen de aire contenido en los pulmones después de una inspiración máxima .
- D) Volumen máximo de aire que puede ser inhalado a partir de la capacidad residual funcional y posee dos subdivisiones: el volumen corriente y el volumen de reserva inspiratoria.

57.- En tortícolis muscular congénito es FALSO que:

- A) Los pacientes presentan una masa dentro del músculo esternocleidomastoideo.
- B) Si la contractura no mejora puede desarrollarse deformidad de la cara.
- C) Durante el primer año de vida, las medidas conservadoras: ejercicios de estiramientos, movilizaciones y posicionamiento, producen buenos resultados.
- D) La contractura del músculo esternocleidomastoideo rota la barbilla hacia el lado afecto y desvía la cabeza hacia el hombro contralateral.

58.- Las articulaciones trocoides:

- A) Tienen 3 grados de libertad de movimiento.
- B) Tienen 1 grado de libertad de movimiento.
- C) Son suturas óseas.
- D) Tienen 2 grados de libertad de movimiento.

59.- Respecto a los métodos y técnicas especiales en fisioterapia, señala la afirmación INCORRECTA:

- A) Método de Frenkel: ejercicios para desviaciones del raquis dorsal.
- B) Método Kabat: aplicaciones de esquemas de movimientos facilitadores de carácter espiral y diagonal.
- C) Técnica de Bobat: técnica que permite inhibir los esquemas de movimiento patológico e influir en el tono muscular.
- D) Método Klapp: gimnasia funcional creada para tratamiento de desviaciones vertebrales.

60.- Los parafangos, baños de parafina y agua caliente son formas de termoterapia que utilizan el calor:

- A) Por irradiación.
- B) Por contacto.
- C) Por conducción.
- D) Por inducción.

61.- En una lesión medular completa a nivel de L2. ¿Qué músculo NO se encuentra afectado?:

- A) Cuadricéps.
- B) Glúteo mayor.
- C) Cuadrado lumbar.
- D) Tríceps sural.

62.- En el drenaje bronquial en la bronquitis crónica NO está indicado:

- A) Posiciones de drenaje.
- B) Educación de la tos y de la expectoración.
- C) Ventilación dirigida.
- D) Movilizaciones pasivas de los miembros inferiores.

63.- Indique la afirmación CORRECTA. En el dolor de la columna del pulgar durante el movimiento de oposición, un vendaje funcional que limite este movimiento:

- A) Se coloca un anclaje a nivel del antebrazo.
- B) Las vendas adhesivas utilizadas son inelásticas.
- C) La primera venda coloca al pulgar en abducción.
- D) Es resultado: todos los movimientos están verdaderamente limitados.

64.- En el tratamiento de la lumbalgia crónica NO está indicado como tratamiento fisioterápico:

- A) Electroterapia: ultrasonido, onda corta.
- B) Manipulaciones osteopáticas.
- C) Ergoterapia.
- D) Reposo absoluto y uso continuo de lumbostato.

65.- Como tratamiento de la incontinencia urinaria en el post-parto es INCORRECTO:

- A) El factor mas importante es su prevención.

- B) Realizar ejercicios de Kegel en el embarazo y al menos durante tres a seis semanas en el post-parto.
- C) Realizar ejercicios abdominales lo mas precoz posible en el post-parto.
- D) Utilización de biofeedback y electroestimulación para reforzar la musculatura del suelo pélvico.

66.- Los Equipos Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia están coordinados por un Facultativo Especialista en Rehabilitación el cual depende orgánica y funcionalmente:

- A) Del Hospital de referencia de la Zona Básica de Salud.
- B) Del Distrito de Atención Primaria.
- C) Según cada caso. Unos dependen del Hospital de referencia y otros del Distrito de Atención Primaria.
- D) En estos equipos móviles no existe ningún Facultativo Especialista en Rehabilitación.

67.- Indique la afirmación CORRECTA respecto al signo de Schoober:

- A) Es una prueba indicativa de fractura de costilla.
- B) Diferencia el dolor cervical de tipo ligamentoso y muscular.
- C) Mide el grado de flexibilidad de la columna lumbar.
- D) Diferencia entre el dolor lumbar y sacroiliaco.

68.- Qué secuencia recomienda la European Resuscitation Council (ERC) para realizar la reanimación cardiopulmonar básica en adultos:

- A) En presencia de un reanimador: se debe iniciar la RCP con ciclos de 2 insuflaciones boca a boca continuadas de 15 compresiones torácicas externas hasta la llegada del Soporte Vital Avanzado.
- B) Las nuevas recomendaciones en adultos aconsejan: comenzar con 30 compresiones torácicas externas seguidas de 2 insuflaciones boca a boca.
- C) En presencia de dos reanimadores: los ciclos recomendados son de 5 compresiones seguidas de 1 insuflación.
- D) Con el objeto de facilitar el aprendizaje a la población general la ERC acordó aplicar la secuencia 15 compresiones / 2 ventilaciones independientemente del número de reanimadores.

69.- En caso de obstrucción incompleta de la vía aérea por atragantamiento en un adulto que presenta fuerte tos, la ERC aconseja:

- A) Animaremos a que siga tosiendo, es el mecanismo más eficaz para la desobstrucción de la vía aérea.
- B) Colocar al paciente inclinado ligeramente hacia delante y dar 5 palmadas en la región dorsal de la espalda entre las dos escápulas para intentar desobstruir la vía aérea, valorando nuevamente la situación.
- C) Situarnos detrás del paciente, entrelazar las manos alrededor de su abdomen y realizar 5 compresiones a nivel del epigastrio (Maniobra de Heimlich), verificando la posible salida del cuerpo extraño.
- D) Debemos alternar ciclos de 5 palmadas interescapulares con 5 compresiones abdominales (Heimlich) hasta que se resuelva la obstrucción o el paciente caiga inconsciente, momento en el que se iniciarían maniobras de RCP básicas.

70.- Indique la afirmación CORRECTA. Para planificar actividades de Educación para la Salud, el formato "PRECEDE", en la fase de "diagnóstico educativo":

- A) Se identifica y clasifica las causas que influyen en el comportamiento que ocasiona el problema de salud.
- B) Se valoran indicadores sociales y epidemiológicos.

- C) El diagnóstico identifica diferentes etapas: 1.- Estar informado de la conducta. 2.- Tomar la decisión de asimilarla. 3.- Etapa de ensayo del nuevo comportamiento. 4.- Etapa de adopción de la nueva conducta.
- D) Se identifican los factores Predisponentes, Facilitadores y Reforzadores que influyen en el comportamiento que se pretende adquirir.

71.- ¿Cómo se denomina la siguiente maniobra?: “el terapeuta ejerce una presión de arriba hacia abajo sobre el antebrazo en supino del paciente, quien debe mantener o seguir abduciendo a 90° el brazo hiperextendido y en flexión horizontal de 30° con la palma de la mano mirando hacia arriba”:

- A) Speed.
- B) Neer.
- C) Hawkins.
- D) Yergason.

72.- En el tratamiento fisioterápico del síndrome femoropatelar indique lo que NO es correcto:

- A) Aprendizaje de técnicas para relajar la rótula.
- B) Aconsejar reposo en sedestación prolongada.
- C) Cinesiterapia para mantener la extensión y la rotación interna de la rodilla.
- D) Ejercicios de propiocepción.

73.- Un esguince grave corresponde a:

- A) A un estiramiento ligamentoso y capsular.
- B) A un desgarro de algunas fibras ligamentosas.
- C) A un desgarro capsular y ligamentoso.
- D) A una fractura ósea.

74.- El método de Delorme es:

- A) Un método de medida de diseño.
- B) Un método de fortalecimiento muscular por contracciones dinámicas.
- C) Un método de poleoterapia progresiva.
- D) Un método de fortalecimiento muscular por contracciones estáticas o isométricas.

75.- En el postoperatorio inmediato (2, 3 días) de un paciente sometido a cirugía abdominal. ¿Qué técnica de fisioterapia respiratoria utilizaría?:

- A) Soplar globos
- B) Espiración forzada
- C) Ventilación diafragmática
- D) Ventilación global e inspirómetro incentivado

76.- ¿Qué es la prueba de 6 minutos marcha (P6MM)?

- A) Es una prueba máxima de ejercicio dinámico.
- B) Es una prueba máxima con protocolo incremental.
- C) Es una prueba máxima de ejercicio progresivo.
- D) Es una prueba submáxima de carga constante.

77.- En qué momento se realizarán las vibraciones manuales en Fisioterapia Respiratoria:

- A) Durante el ciclo inspiración y espiración.
- B) Al final de la espiración
- C) Al final de inspiración
- D) Durante una apnea inspiratoria.

78.- Indique la afirmación CORRECTA referente al disco intervertebral

- A) Somos mas altos por la mañana que por la noche.
- B) Somos mas altos por la noche que por la mañana.
- C) Somos igual de altos por la mañana que por noche.
- D) Somos igual de bajos por la mañana que por la noche.

79.- En la escoliosis, las masas musculares paravertebrales se hayan desequilibradas, ¿qué afirmación es CORRECTA?:

- A) En la concavidad están tensas y fuertes.
- B) En el lado de la convexidad están tensas y son fuertes.
- C) En la convexidad están acortadas y débiles.
- D) En la convexidad y concavidad están normales.

80.- Indique la afirmación CORRECTA. Para hacer un estiramiento del cuadriceps:

- A) La cadera debe estar en flexión y la rodilla en extensión.
- B) La cadera debe colocarse en extensión y la rodilla en flexión.
- C) La cadera en flexión y la rodilla en flexión.
- D) La cadera en extensión y la rodilla en extensión.

81.- La ventilación dirigida de Jiménez se caracteriza por:

- A) Una respiración de tipo diafragmática.
- B) Una respiración de tipo costal.
- C) Una respiración costo-diafragmática.
- D) Una respiración libre pero calmada.

82.- ¿Qué fin tiene el inspirón incentivado?

- A) Fluidificar las secreciones.
- B) Aspirar secreciones.
- C) Reeducar la espiración.
- D) Favorecer la expansión torácico-pulmonar.

83.- En una fractura de tobillo, ¿cuál será el tratamiento correcto al retirar el yeso?:

- A) Masaje circulatorio del pie y del miembro inferior en declive.
- B) Movilización activa asistida de tobillo y rodilla.
- C) No comenzar en este periodo con los ejercicios funcionales y la adaptación (a) al esfuerzo.
- D) Reeducción propioceptiva del tobillo con mesas móviles.

84.- ¿Qué recomendación es FALSA acerca de la preinscripción del ejercicio físico para prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares?

- A) La frecuencia cardiaca debe mantenerse elevada.
- B) La duración del ejercicio oscilará entre 30-60 minutos.
- C) La practica del ejercicio o actividad física se debe realizar de forma regular.
- D) Ejercicios aeróbicos y controlando la frecuencia cardiaca.

85.- El drenaje linfático manual está especialmente indicado en:

- A) Estadíos edematosos de origen linfático.
- B) Tenosinovitis-hematomas.
- C) Acné.
- D) Flebitis, trombosis, tromboflebitis.

- 86.- En el amputado de miembro inferior, en el primer periodo, ¿qué NO debemos realizar?:
- A) Luchar contra el edema.
  - B) Levantar al paciente sin el vendaje elástico del muñón.
  - C) Ejercicios activo del resto de articulaciones.
  - D) Ejercicios de independencia.
- 87.- ¿Qué factores deben considerarse para la dosificación de la radiación infrarroja?
- A) El tiempo de aplicación y la patología a tratar
  - B) Tiempo, intensidad y zona a tratar.
  - C) La distancia de la lámpara al paciente, el tiempo de aplicación, la termosensibilidad del paciente y la naturaleza de la afección a tratar.
  - D) Tiempo, zona a tratar y sensibilidad a la luz del paciente
- 88.- En los ejercicios autopasivos asimétricos:
- A) Los ejercicios realizados pasivamente por el fisioterapeuta y los realizados por el propio paciente son asimétricos
  - B) Las poleas están montadas de tal forma que el miembro activo y el miembro pasivo se movilizan en igual dirección.
  - C) Las poleas están montadas de tal forma que el miembro sano y el miembro enfermo se movilizan antagónicamente.
  - D) Las poleas se montan de forma asimétrica, una más alta que otra, quedando la más baja en lado enfermo.
- 89.- Indique la afirmación CORRECTA. La función docente del fisioterapeuta debe comprender las actividades:
- A) Formación de pregrado de los futuros profesionales.
  - B) Formación de pregrado de los futuros fisioterapeutas y comunicaciones orales o escritas en reuniones científicas.
  - C) Participar de la enseñanza de prácticas de los estudiantes encomendados.
  - D) Formación de pregrado de estudiantes de Fisioterapia, formación de posgrado, asegurando la formación continuada y colaboración en la educación de otros profesionales del equipo de salud.
- 90.- Según el Adenda 2007 al Contrato Programa de los Distrito de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008, en el anexo XIX establece como estándar para las Salas de Fisioterapia y Rehabilitación, “número de pacientes nuevos cada mes en tratamiento individual por fisioterapeuta” es:
- A) 20
  - B) 16
  - C) 12
  - D) 30
- 91.- Puede derivar a la Sala de Fisioterapia de Atención Primaria para tratamiento grupal:
- A) Enfermera Comunitaria de Enlace.
  - B) Médico rehabilitador y médico de familia.
  - C) Enfermera de familia.
  - D) Únicamente el médico rehabilitador.

92.- Según la Guía sobre Pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de atención primaria (EBAP) y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación (DAR), ¿cuál de las siguientes patologías no estaría indicada que se tratara de forma grupal?

- A) Esguince de tobillo.
- B) Capsulitis adhesiva de hombro.
- C) Epicondilitis.
- D) Síndromes subacromiales en estadio III de Neer.

93.- ¿Qué es Diraya?:

- A) Es una Historia de Salud Única que integra toda la información sanitaria de cada zona básica de salud.
- B) Es una red de información global de todos los recursos sanitarios del sistema sanitario público de Andalucía.
- C) Es el Dispositivo Informático de Red Asistencial Y Administrativa.
- D) Es la Historia de Salud del Ciudadano.

94.- La presencia de Trendelemburg en caso de ciática debe hacernos pensar en radiculopatía de:

- A) L<sub>3</sub>.
- B) L<sub>4</sub>.
- C) L<sub>5</sub>.
- D) S<sub>1</sub>.

95.- Con el Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, se crean Salas de Fisioterapia en Atención Primaria con el objetivo de:

- A) Disminuir el gasto sanitario.
- B) Facilitar la accesibilidad al servicio.
- C) Gestionar eficientemente la demanda en los centros hospitalarios.
- D) Disminuir la demora en los centros hospitalarios.

96.- En una "propuesta normal" de remisión a la Sala de Fisioterapia de Atención Primaria se debe iniciar tratamiento:

- A) En menos de 3 meses.
- B) En menos de 6 meses.
- C) En menos de 5 semanas.
- D) En menos de 48 horas.

97.- Para prevenir caídas en el anciano, ¿qué recomendaremos con respecto al domicilio?. Indique la respuesta INCORRECTA:

- A) Utilizar sillones bajos.
- B) Que las zonas de paso no sean estrechas.
- C) No utilizar alfombras en las zonas de paso.
- D) Evitar suelos muy encerados o pulidos.

98.- Según el listado de Procesos en domicilio, incluido en la Guía de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria, ¿cuál de los siguientes procesos NO está incluido?:

- A) Accidente cerebro-vascular, excepto en fase crónica.
- B) Linfedemas postmastectomía cronicados.
- C) EPOC leve o moderado.
- D) Intervenciones ortopédicas en aparato locomotor y sustituciones articulares.

99.- Al realizar una transferencia silla-silla, cama-silla y viceversa, indique lo que NO es correcto:

- A) Paciente sentado: pies apoyados en el suelo, espalda recta y piernas juntas.

- B) nos situamos de cara al paciente colocando nuestros pies y rodillas contra los suyos con rodillas extendidas y espalda recta.
- C) Pedimos al paciente que flexione el tronco y nos coja por la cintura mientras nosotros lo cogemos por las axilas o cintura del pantalón.
- D) Atraemos el peso de la persona hacia nosotros y desplazamos nuestros pies sobre el suelo para llevar a cabo el traslado.

100.- En el tratamiento fisioterapéutico de la prótesis parcial de cadera sin complicaciones, a las dos semanas de la intervención quirúrgica, ¿qué ejercicios están indicados?:

- A) Trabajo activo contra resistencia de glúteo mayor, glúteo mediano, cuádriceps e isquiotibiales.
- B) Marcha con bastones ingleses en 3 puntos.
- C) Marcha sin ayudas.
- D) Escaleras y rampas.

101.- En Atención Primaria, ¿Cuál es la crona máxima recomendable para tratamientos domiciliarios de fisioterapia en Zonas Básicas de Salud con un fisioterapeuta por cada 20000 habitantes?:

- A) 10 minutos.
- B) 15 minutos.
- C) 20 minutos.
- D) 30 minutos.

102.- Indique la afirmación INCORRECTA con respecto a las corrientes interferenciales:

- A) Son corrientes alternas.
- B) La sensación de paso de corriente es débil.
- C) Hay que vigilar el peligro de quemaduras.
- D) Los electrodos permiten separarlos y recolocarlos aunque la corriente esté pasando.

103.- En un puesto de trabajo con soporte informático, indique qué recomendación es INCORRECTA.

- A) La pantalla del equipo de trabajo debe estar frente al trabajador.
- B) El ángulo máximo de giro debe ser de 90°.
- C) La distancia de la pantalla no debe ser inferior a 55 cm.
- D) La inclinación de la cabeza frente al monitor debe ser neutra.

## SUPUESTO PRACTICO A

Paciente hombre de 60 años con una **EPOC** de enfermedad de base y que ingresa en UCI con una insuficiencia respiratoria por neumonía necesitando Ventilación Mecánica Invasiva y traqueostomía posterior.

La prescripción de tratamiento fisioterapéutico se hace ante la imposibilidad de retirarle la Ventilación Mecánica.

- 1.- ¿Qué valor es de interés para el fisioterapeuta en el primer contacto con el paciente?:
  - A) Cifras de presión venosa
  - B) El recuento último de plaquetas
  - C) El estado cognitivo y grado de colaboración
  - D) Resultado de los iones en sangre
  
- 2.- A Continuación ¿qué haría?:
  - A) Comenzaría el tratamiento
  - B) Le subiría la cabecera
  - C) Le bajaría el flujo de oxígeno
  - D) Me presentaría al paciente si está despierto
  
- 3.- ¿Qué realizaría antes de comenzar la valoración fisioterapéutica?:
  - A) Lectura de la historia clínica
  - B) Auscultarlo
  - C) Me pondría bata y mascarilla
  - D) Bajaría el cabecero de la cama
  
- 4.- Al comenzar la valoración ¿qué tendría en cuenta?:
  - A) Evaluación de su nivel cultural
  - B) La simpatía del paciente
  - C) Evaluación de riesgo infeccioso
  - D) La empatía con el paciente
  
- 5.- Continuaría con:
  - A) Valoración de Fc; Sat de O<sup>2</sup> y TA reflejada en el monitor
  - B) Valoración de la fórmula leucocitaria
  - C) Valoración de la marcha
  - D) Valoración del índice de Manzini
  
- 6.- El modo ventilatorio nos indicará la situación del paciente. Indique lo que NO proceda:
  - A) En la ventilación asistida el paciente necesita hacer un esfuerzo inspiratorio para que el respirador demande una insuflación, pero si no lo hace la ventilación queda asegurada,
  - B) En la ventilación controlada el paciente no interacciona con el respirador. Debe estar sedado
  - C) En la presión de soporte es un modo asistido y el paciente debe iniciar la inspiración con un mínimo esfuerzo. La interacción con el respirador es importante.
  - D) No importa el modo ventilatorio para proyectar nuestro tratamiento
  
- 7.- ¿Qué siguientes valores nos interesaría?. Indique lo que NO proceda:
  - A) El balance articular
  - B) El balance muscular

- C) El estado de la piel (posibles escaras?)
- D) La administración de tratamiento farmacológico

8.- Referente a la valoración de las secreciones. Indique lo que NO proceda:

- A) Valoración de la cantidad
- B) Valoración de la calidad y coloración
- C) Facilidad para su aspiración
- D) Valoración de adecuado cierre glótico

9.- Indique lo que NO proceda referente a la auscultación:

- A) La auscultación nos revelará zonas de hipoventilación
- B) Zonas de acúmulo de secreciones
- C) Zonas de obstrucción bronquial
- D) Grado de disnea

10.- En la valoración radiográfica nos interesará. Indique lo que NO proceda:

- A) Zonas de condensación
- B) Zonas atelectasiadas
- C) Derrames pleurales
- D) Ruidos adventicios

11.- Con respecto a los gases sanguíneos. Indique La afirmación INCORRECTA:

- A) La  $PaO_2$  su valor es normal es de  $90 \pm 5$  mmHg y disminuye con la edad
- B) La  $PaCO_2$  su valor normal está entre 38 y 42 mmHg y no variará con la edad
- C) La Sat de  $O_2$  en sangre: su valor normal es de 60%
- D) La hemoglobina su tasa habitual es de 12 a 15 gr/100 ml de sangre

12.- Indique la afirmación CORRECTA. En cuanto al desacondicionamiento muscular presentado por el paciente es debido a los siguientes factores:

- A) La EPOC es una enfermedad multisistémica que tiene una afectación muscular
- B) Al síndrome de inmovilidad
- C) Al tratamiento farmacológico como son los relajantes musculares y/o corticoides
- D) A todos los factores enunciados arriba

13.- Es necesario valorar la movilidad del paciente para poder comparar con valoraciones posteriores. ¿Qué Escalas utilizarías?:

- A) Índice de Barthel
- B) Test de Karnofsky
- C) Test de Fagerstrom
- D) Test de Pfeiffer

Como resultado de la valoración tenemos: A un paciente en ventilación mecánica prolongada en modo ventilatorio asistido/controlado y portador de traqueostomía. Despierto con una colaboración aceptable en aislamiento de contacto y estable hemodinámicamente. Gran desacondicionamiento muscular, gran cantidad de secreciones purulentas y una hipoventilación global. El índice de Barthel nos marca una dependencia severa.

14.- Una vez valorado el paciente marcamos los objetivos a corto plazo que serían. Indique la opción CORRECTA en cuanto al manejo de secreciones:

- A) Mejorar el aclaramiento mucociliar
- B) Mejorar la relación familiar
- C) Mejorar la marcha
- D) Optimizar la deambulaci3n

- 15.- Otro objetivo importante sería:
- A) Mejorar el equilibrio
  - B) Mejorar la frecuencia cardiaca
  - C) Mejorar la ventilación
  - D) Optimizar la alimentación
- 16.- Indique lo que NO proceda en cuanto a los objetivos a corto plazo:
- A) Mejorar la TA
  - B) Movilización y fortalecimiento muscular
  - C) Mejorar la retención de orina
  - D) Mejorar la retención de heces
- Plan terapéutico:
- 17.- El paciente está sedado ¿cómo utilizaría la tos controlada?:
- A) En quintas
  - B) A volumen pulmonar total
  - C) A volumen corriente
  - D) No la utilizaría ya que el paciente no está consciente
- 18.- ¿Cómo mejoraría la ventilación del paciente, teniendo en cuenta que es el primer día y está sedado?. Indique lo que NO proceda:
- A) Con inspirón incentivado
  - B) Con posiciones favorecedoras de la ventilación
  - C) Con Trendelemburg
  - D) Con flutter
- 19.- El paciente sigue sedado y en ventilación controlada. ¿cómo mejoraría el aclaramiento mucociliar?:
- A) Con inspirón incentivado
  - B) Con tos dirigida
  - C) Con presiones torácicas y vibraciones manuales
  - D) Con ciclo activo de terapia respiratoria CATR
- 20.- ¿Qué tipo de movilizaciones utilizaría estando el paciente sedado?:
- A) Activas
  - B) Resistidas
  - C) Pasivas
  - D) Activas-resistidas
- 21.- El paciente tiene un aislamiento de contacto. ¿Qué medidas deberá tomar?. Indique lo que NO proceda:
- A) Deberá usar bata y guantes
  - B) La mascarilla solo la utilizaré cuando tenga que aspirarle
  - C) Antes de salir de la habitación dejaré dentro todo lo que he usado en un cubo especial
  - D) Solamente es obligatorio usar mascarilla
- 22.- En colaboración con el personal de Enfermería sería conveniente:
- A) Organizar un plan de cuidados posturales
  - B) Organizar un plan de rotación de turnos
  - C) Organizar un plan de traslado del paciente
  - D) Organizar una ponencia sobre el caso
- 23.- Los objetivos de un plan de cuidados posturales son: Indique lo que NO proceda:

- A) Prevenir las úlceras por presión
- B) Prevenir secuelas osteomusculares
- C) Mejorar la ventilación por zonas
- D) Despertar al paciente

24.- Al tercer día de tratamiento el paciente está despierto y en ventilación asistida. El trabajo diafragmático sería conveniente para:

- A) Ventilar las bases pulmonares
- B) Mejorar la ventilación costal
- C) Mejorar la cinética costal
- D) Luchar contra el respirador

25.- Continuando con el diafragma sería conveniente que: Indique lo que NO proceda

- A) Mientras lo trabajamos, que el paciente se conciencie y diferencie su respiración y la de la máquina
- B) La mano del fisioterapeuta debe acompañar el movimiento estimulándolo
- C) Debemos dar órdenes verbales
- D) Debe realizar una respiración "paradójica"

26.- Referente a los cambios posturales:

- A) Ya no sería necesario hacerlos
- B) Se continuará con ellos hasta que el paciente pueda realizarlos por el mismo
- C) Los realizará el familiar
- D) Se harán solo por la tarde

27.- El paciente tiene hipoventilación global pero mas marcada en el pulmón derecho. Indique la opción CORRECTA:

- A) Inspirón incentivado
- B) Expansiones costales izquierdas y derechas insistiendo en el pulmón derecho
- C) Expansiones costales izquierdas
- D) Respiración con labios fruncidos

28.- Para drenar las secreciones pulmonares ¿Qué técnica se utilizaría?:

- A) Drenaje postural
- B) Espiración forzada
- C) Ciclo activo de terapia respiratoria CATR
- D) La que mejor se adapte a la fatiga y tolerancia del paciente

29.- El paciente presenta una paresia del tibial anterior derecho. ¿A qué puede ser debida?:

- A) Afectación del nervio plantar interno
- B) Afectación del ciático poplíteo externo
- C) Por una afectación del nervio obturador
- D) Afectación del nervio plantar

30.- La ventilación está controlada y el paciente tolera perfectamente las técnicas de aclaramiento mucociliar. ¿Qué objetivos debemos alcanzar en ese momento?:

- A) La retirada de la ventilación mecánica o "destete"
- B) La asistencia mecánica de la tos
- C) Protección de la vía aérea
- D) La progresión del fallo respiratorio

31.- Para retirar al paciente de la ventilación mecánica necesitaríamos. Indique la afirmación CORRECTA:

- A) Los músculos inspiratorios adaptados a la fuerza

- B) Los músculos inspiratorios adaptados a la resistencia
- C) Los músculos inspiratorios adaptados a la fuerza y resistencia
- D) Las miopatías son irreversibles

32.- Como trabajaría estos músculos con el paciente en ventilación mecánica. Indique lo que NO proceda:

- A) Potenciando los músculos periféricos. Así aumentará la demanda ventilatoria y se fortalecerán los músculos respiratorios.
- B) Con el inspirón incentivado
- C) Bajando la asistencia a la máquina
- D) Pidiendo al paciente que realice periódicamente inspiraciones profundas

33.- ¿Qué secuencias seguiría en el tratamiento fisioterapéutico dirigido al fortalecimiento?:

- A) Esquema corporal y sensibilidad posicional, patrones de movimiento y lograr autonomía en la cama
- B) Comenzaría a fortalecer sin más
- C) Tengo poco tiempo, le daría una pesa
- D) Resistiría manualmente

34.- Tenemos que sentar al paciente en el sillón. ¿Cómo lo haríamos?:

- A) Cuando sea capaz de tolerar la sedestación al borde de la cama y lo indique el intensivista
- B) Pasaría directamente al sillón
- C) No lo levantaría tan pronto
- D) No es mi problema

35.- El paciente ya pasa varias horas diarias en el sillón, ha ganado fuerza muscular y está en presión de soporte. Indique la opción CORRECTA:

- A) Trabajaría menos con él y lo dejaría descansar
- B) Indicaría ejercicios fáciles para que los realice en nuestra ausencia
- C) El paciente ya sabe lo que tiene que hacer y que trabaje solo
- D) Le haría clapping

36.- El paciente ya realiza transferencias cama-sillón ayudado por el/ la fisioterapeuta y se mantiene en bipedestación, ¿qué se debe vigilar en estos momentos?. Indique lo NO proceda:

- A) La saturación de oxígeno
- B) La frecuencia cardíaca
- C) La tensión arterial
- D) La presión venosa

37.- Ya le retiran varias horas el respirador. ¿qué insistiríamos en este periodo?:

- A) En la ventilación dirigida
- B) En el inspirón incentivado
- C) En el drenaje postural
- D) En la tos mecánica

38.- Ya le han retirado la ventilación mecánica y le han tapado la cánula de traqueostomía. ¿Qué haría?:

- A) Me despediría del enfermo ya que ha terminado mi cometido
- B) Introduciría la tos dirigida
- C) Insistiría en el drenaje postural
- D) Le daría globos para inflar

39.- Utilizaría drenaje postural en este paciente?. Indique la opción CORRECTA:

- A) Sí. Así drenarían todos los lóbulos
- B) No. Ya que está contraindicado adoptar las posiciones de drenaje porque el paciente no las toleraría
- C) Si. Y además recomendaría que lo hiciera 2 veces al día
- D) Insistiría en el drenaje postural, pero le tomaría la tensión arterial

40.- ¿Qué otra técnica introduciría teniendo en cuenta que al paciente se le han administrado corticoides previos a su ingreso?:

- A) Clapping
- B) Vibraciones mecánicas
- C) Tos asistida mecánicamente
- D) Inspirón incentivado con precaución y vigilancia para no aumentar la hiperinsuflación

41.- El paciente es trasladado a planta. ¿Qué es lo prioritario?:

- A) Plan de cuidados de fisioterapia y manejo del paciente para el cuidador
- B) Creo que debe quedar bajo la tutela de enfermería
- C) Hacerle un estudio del sueño
- D) Quitarle el aislamiento de contacto

42.- Referente a la paresia del tibial anterior. ¿Qué medidas adoptaríamos?:

- A) Aplicaríamos fomentos
- B) Un zapato antiequino
- C) Estimulaciones eléctricas y movilizaciones y cuando camine valorar de nuevo
- D) Se le aplicará onda corta

43.- ¿Cuándo se le quitará el aislamiento al paciente?:

- A) En la planta tiene que estar con otro paciente
- B) Cuando los resultados de microbiología sean satisfactorios
- C) En planta no es necesario el aislamiento
- D) Tiene que estar siempre aislado

44.- Se le retira el aislamiento y el paciente sale a caminar con ayuda al pasillo. ¿Qué valoraríamos antes y después del esfuerzo?. Indique lo que NO proceda:

- A) La disnea
- B) El esfuerzo
- C) El cansancio de piernas
- D) La calidad del sueño

45.- ¿Qué escala mide la percepción subjetiva al esfuerzo, a la disnea y al cansancio de piernas?:

- A) La de Giménez
- B) La Escala de Borg
- C) La Escala de Rodríguez y Kendall
- D) La Escala de Beltrán

46.- ¿Qué vigilaría especialmente durante el esfuerzo?. Indique lo que NO proceda:

- A) Que el paciente no desature
- B) Que no se eleve la frecuencia cardiaca por encima de la preestablecida
- C) La temperatura
- D) Mareo o sudoración

47.- El paciente baja a la Unidad de Fisioterapia Respiratoria para su reeducación. ¿Qué técnica se utilizaría?:

- A) Clapping
- B) ELGOL
- C) Flutter
- D) Ventilación dirigida

48.- ¿Cómo practicaría la ventilación dirigida?:

- A) Delante de su cuidador/a
- B) Delante de un espejo
- C) Delante nuestra
- D) A cargas crecientes

49.- El paciente es dado de alta hospitalaria y asiste de forma ambulatoria a nuestra Unidad para entrenamiento al esfuerzo. ¿Qué realizaremos en su valoración?:

- A) Prueba de 6MM
- B) Prueba de esfuerzo máximo
- C) No realizaremos ninguna prueba en especial
- D) Prueba de caminar libremente

50.- Sobre el principio de sobrecarga. Indique lo que NO proceda:

- A) Debe ser progresiva
- B) Debe ser permanente
- C) Hay que reajustar la sobrecarga a medida que mejoran los resultados
- D) Hay que producir fatiga y agotamiento

51.- Respecto al entrenamiento. Indique lo que NO proceda:

- A) Las mejoras de las posibilidades físicas empiezan a partir de 3 sesiones semanales
- B) Con 2 sesiones semanales solo se mantiene el estado físico
- C) El entrenamiento en bicicleta no es específico para la preparación para la marcha
- D) Se debe entrenar a una frecuencia cardiaca máxima

52.- Acerca del tratamiento fisioterapéutico en EPOC. ¿Qué enunciado es el CORRECTO?:

- A) Se desaconseja el entrenamiento de brazos
- B) El entrenamiento de brazos no influye en la mejoría del paciente
- C) Existen recomendaciones basadas en la evidencia de inclusión de entrenamiento de brazos en la EPOC
- D) Hay evidencia de su contraindicación en esta patología

53.- El paciente ha finalizado su entrenamiento. Indique lo que NO proceda:

- A) Realizaría un Informe al alta para su médico.
- B) Realizaría un informe al alta para el paciente con las indicaciones precisas de mantenimiento.
- C) Registraría en la historia y demás registros fisioterapéuticos.
- D) No es necesario cumplimentar ningún sistema de información.

## SUPUESTO PRACTICO B

Paciente de 58 años, varón, diestro, diabético e hipertenso, con moderado sobrepeso, tendencia al sedentarismo (actividad laboral como oficinista), antecedentes de fumador, que ingresa de urgencia hospitalaria con cefalea intensa y signos de debilidad en hemicuerpo izquierdo.

Presenta hemiparesia intensa en rostro izquierdo. Dificultad para mantener la bipedestación, por falta de control en tronco y Miembro Inferior izquierdo. Fuerte hipotonía en Miembro Superior izquierdo. Hipoestesia moderada en los Miembros izquierdos.

En pruebas de neuroimagen se diagnostica **Accidente Vascular Cerebral (ACV)** con lesión subcortial parietal derecha, de origen isquémico, a nivel de la arteria cerebral media; también se ve afectado el Tálamo postero-lateral.

Es ingresado en la Unidad de Ictus, donde se procede con el protocolo de tratamiento farmacológico establecido. Pasados varios días, y una vez estable hemodinamicamente, es trasladado a la Unidad de Hospitalización de Neurología (tiene a su esposa como cuidadora familiar principal), donde se procede inmediatamente a la evaluación, diagnóstico e inicio del tratamiento Fisioterapéutico.

En la valoración inicial, el Fisioterapeuta aprecia alteraciones espaciales y temporales, con heminegligencia moderada, y dificultad para orientarse frente a un estímulo importante presentado al lado opuesto a la lesión cerebral. La percepción hacia el lado más afectado está marcadamente disminuida (no percibe por su lado mas afectado un estímulo presentado simultáneamente sobre ambos hemicuerpos). Las trasferencias y reacciones de equilibrio y enderezamiento en sedestación son muy dificultosas en estas etapas iniciales, ya que su musculatura abdominal está fuertemente hipotónica; mala alineación en sedestación, con tendencia a caer la lado más afectado y marcada resistencia a la corrección postural hacia la verticalidad. Hipotonía izquierda moderada, de predominio braquial; signos iniciales de edema en dorso de la mano. El paciente se cansa con frecuencia durante las actividades terapéuticas, por lo que es necesario incluir frecuentes descansos. El paciente mantiene la cabeza levemente inclinada a la izquierda y rotada hacia la derecha.

A las 3-4 semanas del inicio del cuadro, las alteraciones a nivel del esquema corporal y espacial han empeorado, habiéndose, acentuado la situación de elevación torácica (con el paciente en decúbito supino). El hombro izquierdo se muestra moderadamente doloroso ante la flexión y abducción glenohumeral, si bien radiológicamente no se evidencian signos de subluxación glenohumeral. El paciente mantiene sistemáticamente su Miembro Superior en aducción y rotación internas a nivel del hombro, con la mano apoyada sobre el abdomen cuando reposa en decúbito supino o está sentado. Comienza a haber cierta actividad flexora en codo y muñeca. En bipedestación usa un cabestrillo. La mano izquierda muestra signos marcados de edema en el dorso y dedos. El tono del Miembro inferior es levemente hipotónico a nivel proximal y de rodilla, por lo que el paciente recurre frecuentemente a compensaciones del lado menos afectado, aunque se aprecia una tendencia a la flexión plantar y de dedos del pié más afectado.

1.- En este paciente se observa una lesión en el tálamo postero-lateral del lado derecho. ¿Cual de las siguientes funciones cabría esperar que estuviera principalmente afectada?:

- A) Recepción de información olfativa y vestibular
- B) Control de las actividades emocionales
- C) Transmisión y procesamiento sensorial al Cortex
- D) Control de los movimientos grosos.

2.- En este tipo de pacientes, una correcta estimulación permitirá mantener elevados los niveles de la "Growth Associated Protein" (GAP) 43, lo que se relacionará con una mejora en:

- A) El tono postural
- B) La innervación recíproca
- C) La plasticidad neuronal
- D) Las alteraciones sensitivas

3.- Al verse afectado el lóbulo parietal (lesión subcortical), podremos esperar una alteración en la información:

- A) Sensitiva
- B) Motora
- C) Emocional
- D) Visual

4.- Ante el foco lesional cortical de este paciente (parietal) podría aparecer:

- A) Crisis epiléptica Jacksiana
- B) Afasia de Wernicke
- C) Afasia de Broca
- D) Apraxia constructiva

5.- Como consecuencia de esta lesión, la corteza parietal verá alterada su función de recibir información y enviarla al:

- A) Área de Wernicke
- B) Área de Broca
- C) Área interpretativa visual
- D) Área de formación de las palabras

6.- El /la fisioterapeuta deberá tener en cuenta que la evolución que cabe esperar del paciente que nos ocupa, debido a la lesión cerebral en el hemisferio derecho dominante, contemplará la disminución en:

- A) El procesamiento manipulo-espacial
- B) El control del lenguaje
- C) El control motor
- D) El razonamiento analítico

7.- Ya que el paciente sufre un accidente vascular cerebral de tipo isquémico, el/la Fisioterapeuta deberá considerar que este tipo de lesiones tiene un:

- A) Mejor pronóstico de recuperación que los hemorrágicos
- B) Peor pronóstico de recuperación que los hemorrágicos.
- C) Estancamiento en la recuperación pasados 6 meses
- D) Regresión espontánea del cuadro clínico

8.- La evolución del cuadro clínico del ACV establecido, como el que padece este paciente, tiene una duración de:

- A) Menos de una semana
- B) Entre 1-2 semanas
- C) Mas de 3 semanas
- D) No tiene relación con el tiempo

9.- Debido a la lesión de la arteria cerebral media, se puede presentar, además de la hemiparesia de predominio braquial, un cuadro de:

- A) Monoparesia sensitiva en Miembro Inferior
- B) Incontinencia urinaria

- C) Irritación meníngea
- D) Afectación facial

10.- La marcada resistencia a la corrección postural hacia la vertical gravitacional, mostrada por este caso en las primeras semanas, es propia de los pacientes con:

- A) Compensación del lado más afectado
- B) Síndrome del Empujador
- C) Disdiadococinesia
- D) Hipotonía del lado menos afectado.

11.- El cuadro de hombro doloroso, como el que muestra este paciente desde sus etapas iniciales, se asocia más frecuentemente con:

- A) Lateralidad derecha
- B) Incapacidad para realizar actividades funcionales de autonomía e independencia
- C) Marcado déficit motor
- D) Afasia

12.- Ya que la mano más afectada presenta un edema en dorso y dedos, se evitará:

- A) Carga de peso sobre el miembro superior con la muñeca en extensión
- B) Carga de peso sobre el miembro superior con los dedos en flexión
- C) El uso de férulas adaptadas en muñeca y mano
- D) Actividades voluntarias del miembro superior contralateral a la lesión

13.- En este caso, si el paciente presentara reacciones asociadas (RA) no desables, habría que diferenciarlas de posibles movimientos asociados (MA), en cuanto que:

- A) Las RA son controlables por el paciente
- B) Cuando aparecen las RA, el paciente no logra relajarlas activamente del todo.
- C) Las RA se consideran, al igual que los MA, como respuestas anormales
- D) Las RA aparecen en ambos hemisferios.

14.- El componente de aducción y rotación interna del hombro que el paciente manifiesta podría deberse a :

- A) Hipertonía del Deltoides posterior
- B) Hipertonía del Pectoral mayor
- C) Hipertonía del Supraespinoso
- D) Hipertonía del Serrato Mayor

15.- Este paciente no percibe, por el lado más afectado, un estímulo presentado simultáneamente sobre ambos hemisferios, situación que es propia de un cuadro de:

- A) Fenómeno de extinción.
- B) Anosognosia
- C) Placing
- D) Apraxia ideatoria

16.- A la hora de evaluar (y tratar) a este paciente, si se optara por emplear el enfoque actual del Concepto Bobath, se deberían contemplar el:

- A) Tronco y ambos hemisferios
- B) Tronco y lado más afectado
- C) Tronco y lado menos afectado
- D) Lado más afectado

17.- Al evaluar a este paciente, si encontramos que evaluamos fisioterapéuticamente algún punto clave y lo calificamos de "estable", es que pensamos que:

- A) Su inervación recíproca es anormal

- B) Su tono es demasiado bajo (hipotonía)
- C) Su inervación recíproca es normal
- D) Su tono es demasiado alto (hipertonía)

18.- En la evaluación, al habernos encontrado un tono postural demasiado bajo (hipotonía), deberíamos plantearnos para el tratamiento:

- A) Aumentar la compensación del lado menos afectado.
- B) Disminuir la compensación del lado más afectado.
- C) Aumentar la amplitud de la superficie de apoyo corporal.
- D) Disminuir la amplitud de la superficie de apoyo corporal.

19.- Dado que el paciente presentaba una hipotonía moderada (tras las dos primeras semanas) que pasó a ser sustituida por hipertonia leve creciente (entre las 3-4 semanas), presentando actividad motora refleja dentro de un marcado patrón flexor del miembro superior, podríamos situar su evolución, según la clasificación de Brunnstrom, en la Fase:

- A) 1
- B) 5
- C) 2
- D) 6

20.- En el paciente que nos ocupa nos encontramos con un marcado descenso del tono postural inicial, que podría ser evaluado con la denominada prueba de:

- A) Gaiting
- B) Mirroring
- C) Holding
- D) Placing

21.- Ante la marcada alteración espacial y heminegligencia que el paciente muestra en la evaluación inicial, es muy necesario valorar el denominado "sentido de movimiento pasivo" o "sentido de la posición", con el cual obtendremos información sobre:

- A) La sensibilidad superficial del lado mas afectado
- B) La sensibilidad profunda del lado mas afectado
- C) La capacidad de inhibición refleja en el lado mas afectado
- D) El grado de control motor en el lado más afectado.

22.- Debido al estado inicial del paciente, uno de los objetivos primordiales del plan de actuación fisioterapéutica será:

- A) Impedir la inervación recíproca
- B) Facilitar los movimientos selectivos bajo control facilitador
- C) Mejorar la movilidad de los patrones posturales
- D) Normalizar el tono postural

23.- Si el paciente mostrara una sensibilidad conservada, por lo menos parcialmente, podría plantearse una opción terapéutica mediante el empleo del Método de Perfetti ("Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo"), para lo que inicialmente aplicaríamos ejercicios de grado I, a fin de evitar:

- A) Irradiación anormal
- B) Esquema elementales de movimiento
- C) Reacción anormal al estiramiento
- D) Reclutamiento motor

24.- A medida que el paciente vaya controlando su actividad motora, se puede centrar su reaprendizaje motor en la orientación hacia el ejercicio y la función, siguiendo las directrices propuestas por:

- A) Bobath
- B) Brunnstrom
- C) Perfetti
- D) Carr & Shepherd

25.- Ante la marcada desalineación mostrada al colocar al paciente en sedestación sería necesario alinear el "punto clave central", que se encuentra situado a la altura de la vértebra:

- A) T12
- B) S2
- C) T8
- D) L4

26.- Dada la marcada hipotonía, el Fisioterapeuta deberá impedir sobreesfuerzos en el lado más afectado del paciente, a fin de evitar que se invierta el principio de reclutamiento de Hennemann, porque de producirse tal inversión, se podrían activar inicialmente las neuronas que inervan las:

- A) Fibras motoras fásicas
- B) Fibras motoras atónicas
- C) Fibras motoras tónicas
- D) Fibras motoras distónicas

27.- En el tratamiento postural en cama, colocando la paciente en decúbito lateral sobre el lado más afectado, es necesario mantener, en dicho hemicuerpo:

- A) La retracción y alineación escapular
- B) La elongación del cuello
- C) La protracción escapular
- D) La flexión marcada del Miembro Inferior

28.- Desde el primer momento en que vamos a instaurar el tratamiento fisioterápico, incluiremos las técnicas neurodinámicas, que deberán ser:

- A) Siempre pasivas
- B) Locales en la zona afectada
- C) Exclusivas del lado homolateral a la lesión
- D) Integradas en el tratamiento general y activas si el paciente tiene capacidad.

29.- Un de las técnicas propuestas en los últimos años para tratar el Neglect (Heminegligencia), cuadro como el que presenta este paciente, es:

- A) Electroestimulación funcional nerviosa
- B) Ejercicio inducido restringido ("Constraint-Induced Movement Therapy")
- C) Uso de espejos para autocorrección
- D) "Terapia regional compleja"

30.- En las etapas iniciales del control del miembro inferior mas afectado, le resultará mas fácil para el paciente, y por tanto se empleará terapéuticamente, el:

- A) Mantener dicho miembro en una posición de flexión al que lo ha llevado el Fisioterapeuta.
- B) Elevar el miembro inferior con ayuda el otro.
- C) Llevar el miembro inferior controlado a extensión en distintos grados
- D) Elevar el miembro inferior en bloque extendido

31.- A fin de facilitar el movimiento normal, y ante la posible presencia de hipertonías localizadas, para que dicha musculatura se pueda inhibir, podemos aplicar “movilizaciones/manipulaciones específicas de la musculatura” en sentido:

- A) Disto-proximal
- B) Próximo-distal
- C) Estática
- D) Mediante cadenas musculares periféricas-axio-periféricas

32.- Ya que el paciente tiende a mantener su miembro superior en aducción de hombro, esta posición puede acarrear hipertonía en los rotadores internos de la escápula, por lo que el Fisioterapeuta evitará:

- A) Cargar peso a lo largo del miembro superior
- B) Realizar actividades en sistemas de ejercicios autopasivos
- C) Voltear, con protracción escapular, sobre el lado más afectado
- D) Movilizar la escápula manualmente en campanilla externa y ascenso.

33.- Antes de movilizar el miembro superior mas afectado a la flexión o abducción, debemos asegurarnos de:

- A) El correcto funcionamiento del “ritmo escapular”
- B) Que los músculos elevadores del hombro funcionen activamente
- C) La efectividad del Fenómeno de “Souques”
- D) Que el miembro superior contralateral pueda compensar.

34.- En estas etapas iniciales del tratamiento fisioterapéutico, estando el paciente en decúbito supino, se procurará, a la hora de movilizar el miembro superior hacia la flexión glenohumeral,:

- A) Elevarlo en rotación interna glenoumeral
- B) Elevarlo con decoaptación glenohumeral
- C) Colocar una presa distal (mano) y otra proximal (codo) en el M.S. del paciente
- D) Inducir movimientos de rotación externa e íntimos de deslizamiento inferior glenohumeral.

35.- Ya que es necesario inicialmente entrenar el volteo, cuando se le pida a este paciente hacerlo sobre su lado más afectado, se debe:

- A) Permitir que apoye el pié menos afectado para facilitar el volteo
- B) Estimular el uso de los músculos extensores del raquis
- C) Estimular el uso de los músculos abdominales
- D) Evitar la estabilización del miembro inferior mas afectado

36.- Los músculos abdominales se deben entrenar especialmente, sobre todo en pacientes como el que nos ocupa, donde hay una marcada tendencia a la hipotonía abdominal, a fin de conseguir que dicha musculatura realice funciones de:

- A) Sinergistas de los paravertebrales
- B) Elevadores de la pelvis
- C) Rotadores del tronco superior
- D) Estabilizadores del tronco

37.- Con el paciente en decubito supino y posteriormente en sedestación y bipedestación, se debe entrenar la actividad conjunta y sinérgica de la musculatura abdominal junto con:

- A) El Glúteo mayor
- B) El Tensor de la Fascia Lata
- C) Los Estabilizadores de la rodilla
- D) El Cuadrado lumbar

- 38.- Dado que el paciente comienza a presentar signos de un hombro mal alineado, podremos emplear electroestimulación funcional, cuyo objetivo será:
- A) Disminuir el grado de subluxación glenohumeral
  - B) Mejora la rotación interna del hombro
  - C) Disminuye el dolor del hombro
  - D) Aumenta el tono en los depresores de la cabeza del húmero
- 39.- Cuando el paciente permanezca en decúbito supino durante mucho tiempo, y a fin de evitar el excesivo tono extensor global que podría aparecer, el/la Fisioterapeuta procurará:
- A) Colocar al paciente alineado y sin almohada bajo la cabeza
  - B) Colocar al paciente con dos almohadas cruzadas elevando ambas cinturas escapulares del plano de la camilla
  - C) Colocar al paciente con una almohada bajo la pelvis
  - D) Rotar la cabeza del paciente hacia el lado más afectado
- 40.- En pacientes como el que nos ocupa, con una marcada tendencia hipotónica, se procurará realizar las actividades :
- A) En decúbito supino para que pueda adaptar su tono
  - B) Colocándole varias almohadas bajo los distintos segmentos corporales
  - C) En sedestación
  - D) Dándole muchos puntos de apoyo y descarga de la gravedad
- 41.- Complementariamente, para facilitar la flexión dorsal del tobillo, entre otras medidas se:
- A) Estimulará el choque del talón contra el suelo
  - B) Apoyará el antepié en carga
  - C) Trasladará peso lateralmente sobre el miembro inferior menos afectado
  - D) Mantendrá el pie mas afectado levemente adelantado en relación al contrario
- 42.- En este paciente con una hipotonía marcada en miembro inferior, y como paso previo a la actividad, podríamos aplicar hielo de forma breve sobre dicha musculatura, lo que produciría un efecto:
- A) Facilitador de la respuesta motora
  - B) Inhibidor de la respuesta motora
  - C) Relaja el espasmo muscular
  - D) Mejora la innervación reciproca
- 43.- Dentro de la reeducación del tronco con el paciente en sedestación, estimularemos las reacciones de enderezamiento, a fin de:
- A) Mantener el equilibrio
  - B) Recuperar el equilibrio
  - C) Realizar cambios inapreciables del tono postural
  - D) Aumentar la base de apoyo
- 44.- Cuando solicitemos que el paciente mantenga la sedestación corregida, debe procurarse inicialmente la alineación:
- A) Desde la pelvis y columna lumbar
  - B) Desde la columna torácica
  - C) Desde los miembros superiores
  - D) Desde la cabeza
- 45.- Con el paciente en sedestación corregida y alineado, se deberá procurar que los piés contacten con el suelo y que los Miembros Superiores estén en apoyo, a fin de:
- A) Evitar la hiperactividad de la musculatura erectora del tronco
  - B) Facilitar la función a nivel del tracto orofacial

- C) Aumentar el tono en general
- D) Evitar Reacciones Asociadas.

46.- Cuando el paciente se encuentre en sedestación, y a fin de evitar la tendencia a la subluxación del hombro mas afectado, se deben:

- A) Realizar ejercicios orientados a la acción
- B) Mantener los Miembros Superiores en apoyo sobre una mesa o tablero delantero
- C) Usar un cabestrillo
- D) Mantener el Miembro Superior mas afectado en aducción y rotación interna

47.- En el caso de usar un cabestrillo clásico para tratar un hombro doloroso, se deberá tener en cuenta que puede:

- A) Aumentar la hipertonía del músculo pectoral mayor
- B) Favorecer el control de la sinergia flexora básica
- C) Ayudar a disminuir el edema de la mano mas afectada
- D) Contrarrestar la tendencia a la subluxación glenohumeral.

48.- Cuando el paciente disponga del suficiente control motor y reacciones de enderezamiento, se entrenará el paso de sedestación a bipedestación:

- A) Con el paciente ayudándose de su miembro superior menos afectado
- B) Adelantando el tronco erguido con flexión de caderas y báscula anterior de la pelvis
- C) Pidiendo al paciente que eleve el tronco usando los extensores del raquis
- D) Manteniendo las caderas mas bajas que las rodillas

49.- Una vez el paciente pueda estar en bipedestación estable, si presentara hipertonía en el Miembro Superior mas afectado, se debería:

- A) Tumbarlo en decúbito supino
- B) Estimular los músculos coaptadores del hombro
- C) Movilizar el miembro superior con el tronco mantenido quieto
- D) Mover su tronco proximalmente contra el miembro superior distalmente mantenido quieto.

50.- Al estar el paciente en bipedestación, dado que muestra una tendencia flexora plantar y de dedos, procuraremos inhibirla:

- A) Usando una órtesis estática tipo "Rancho de los Amigos"
- B) Cargando en antepié
- C) Usando el reflejo tónico laberíntico
- D) Colocando un rodillo (venda enrollada) pequeño debajo de los dedos.

51.- Previo al inicio de la marcha, es imprescindible que le paciente entrene inicialmente los pasos automáticos de protección, para lo que:

- A) Se procurará desequilibrarle en sentido anterior, posterior y lateral
- B) Se pedirá que camine salvando obstáculos
- C) Se solicitará que de un paso en la dirección correctora
- D) Se permitirá una respuesta fundamentalmente en el hemicuerpo menos afectado

52.- Para facilitar la marcha, si el paciente tiene tendencia a la flexión plantar con supinación del pie, es aconsejable:

- A) Usar una órtesis estática
- B) Permitir que eleve la pelvis del lado más afectado
- C) Flexionar la cadera y rodilla al dar el paso

D) Colocar un vendaje encima del calzado, que favorezca la eversión.

53.- Durante el inicio de la marcha, y a fin de facilitar la misma de la forma mas funcional posible, el/la Fisioterapeuta podrá asistir desde el Miembro Inferior más afectado:

- A) Desplazando la pelvis hacia delante con sus manos
- B) Induciendo un movimiento de la cadera más afectada hacia arriba y delante
- C) Induciendo un movimiento de la cadera hacia rotación interna
- D) Induciendo un movimiento de la cadera más afectada hacia abajo y delante

**SUPUESTO PRACTICO C**

Paciente de 79 años de edad, viuda, vecina de Sevilla, que vive con su hermana de 82 años soltera y diagnosticada de demencia senil en fase inicial, la vivienda está situada en un tercer piso sin ascensor.

Como antecedente personal más destacado presenta bronquitis crónica.

Tras caída accidental, presenta fractura subcapital y basicervical de fémur, que es tratada quirúrgicamente mediante osteosíntesis con clavo-placa DHS.

Se le prescribe un control radiográfico para realizarlo a los cuarenta días de la intervención

1.-Respecto a la fractura que ha sufrido María, ¿es cierto qué?:

- A) Ambas fracturas son intracapsulares
- B) Ambas fracturas son extracapsulares
- C) Que la subcapital es intracapsular y la basicervical es extracapsular
- D) Que la subcapital es extracapsular y la basicervical es intracapsular

2.-Debido a la edad y al periodo en el que María no podrá realizar carga sobre el miembro afecto, tendremos en cuenta que las consecuencias del decúbito provocarán, Indique la INCORRECTA:

- A) Síndrome de regresión psicomotora
- B) Disminución importante de las capacidades para el esfuerzo
- C) La capacidad para el esfuerzo puede situarse por debajo del umbral funcional de la autonomía
- D) Mejora de la absorción de calcio por los huesos

3.- Debido a la edad de María, la consideramos un paciente geriátrico con lo cual a la hora de establecer un protocolo de tratamiento fisioterápico tenemos que tener en cuenta como objetivo principal:

- A) Conseguir el recorrido articular en toda su amplitud
- B) Realizar una reeducación analítica
- C) Preservar y mejorar las capacidades de la paciente con el objetivo de permitirle la realización de actividades de la vida cotidiana
- D) Que pueda correr las paraolimpiadas

4.- Tendremos en cuenta durante el periodo de inmovilización en cama, la aparición de signos somáticos, ¿Cuál NO es un signo somático?:

- A) Alteraciones cutáneas
- B) Obstrucción bronquial
- C) Amiotrofia
- D) Esquizofrenia

5.- Por el historial de María, sabemos que padece una bronquitis crónica, señala la respuesta INCORRECTA:

- A) Esta patología no se va a ver influida por el inmovilismo
- B) La tendremos en cuenta, en el programa de ejercicios
- C) Es una patología que cursa con hiperplasia e hipertrofia de las glándulas secretoras de moco
- D) Las vías aéreas están estrechadas por tapones de moco

6.- Sabemos que en la bronquitis crónica NO vamos a encontrarlos:

- A) Historia de tos y producción de esputos durante años
- B) Disnea evidente en reposo
- C) Ritmo respiratorio normal o ligeramente aumentado

## D) Disnea de esfuerzo

7.- Antes de realizarse la fisioterapia respiratoria vamos a valorar a María, para ello NO es necesario incluir:

- A) Pruebas funcionales respiratorias
- B) Exploración de la musculatura inspiradora y espiradora
- C) Valoración de la mecánica respiratoria
- D) Balance muscular de los miembros inferiores

8.- Al valorar a María observamos, que cuando respira lo hace ayudada por la musculatura intercostal y la musculatura accesoria y en la inspiración deprime el abdomen. ¿Cómo se llama este tipo de respiración?:

- A) Respiración abdómino-diafragmática
- B) Respiración paradójica
- C) Respiración accesoria
- D) Respiración intercostal

9.- En las pruebas funcionales respiratorias y gasometría que se le han realizado a María, aparece que la capacidad vital está moderadamente disminuida, las tasas de corriente espiratoria máxima son bajas y que la presión parcial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>) es de 45 milímetros de mercurio y la presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>) está disminuida. ¿Qué indica esto?:

- A) Estos datos son erróneos, estos datos corresponden al asma bronquial
- B) Nos indican que el diagnóstico de María es un EPOC con predominio de enfisema
- C) Confirman el diagnóstico de la bronquitis crónica
- D) Los volúmenes corresponden a la bronquitis pero los datos de la gasometría están invertidos, debería estar disminuida la presión parcial de dióxido de carbono y aumentada la presión parcial de oxígeno

10.- Una vez valorada, pasamos a realizar la fisioterapia respiratoria en la que debemos incluir una serie de técnicas, señala la incorrecta:

- A) Drenaje postural y tos dirigida
- B) Ventilación dirigida respiración con labios fruncidos
- C) Punción de drenaje esternal
- D) Técnicas de relajación

11.- El material de osteosíntesis utilizado con María ha sido el DHS. ¿En que consiste dicho material?:

- A) Son unas agujas intramedulares
- B) Dynamic Hip Screw: tornillo dinámico de cadera
- C) Es un tornillo canulado
- D) Dispositivo Hipopresivo Superficial

12.- Debido al material utilizado con respecto a la carga sabemos:

- A) Podemos hacer apoyo parcial al 5º día
- B) Podemos hacer apoyo parcial a los 2 meses
- C) Podemos hacer apoyo parcial a los 3 semanas
- D) Podemos hacer apoyo parcial en una semana

13.- Durante el postoperatorio inmediato NO hay que evitar:

- A) La rotación externa del miembro intervenido
- B) El decúbito contralateral
- C) En la cinesiterapia, las rotaciones de cadera

D) El decúbito supino

14.- En este periodo la cinesiterapia a realizar en la cadera intervenida, será:

- A) Cinesiterapia contrarresistencia
- B) Cinesiterapia activa-asistida manual de flexo-extensión y abducción- aducción
- C) Cinesiterapia activa de flexión de cadera , elevando el miembro con extensión de rodilla
- D) Rotaciones de cadera

15.- Durante este periodo, María tampoco podrá realizar:

- A) Movimientos activos de anteversión y retroversión de la pelvis
- B) Contracciones isométricas de cuádriceps y glúteo mayor
- C) Ejercicios de los miembros superiores y miembro inferior contralateral
- D) Elevación del miembro inferior intervenido en extensión de rodilla

16.- A partir del 3º a 5º día, María puede pasar del decúbito prono a la sedestación y progresivamente iremos verticalizándola hasta conseguir que al 10º día haga una deambulación sin apoyo del miembro afecto y ejercicios de equilibrio con apoyo unilateral, señala la afirmación correcta:

- A) Esto es falso, María puede hacer apoyo parcial de la cadera intervenida en la 1ª semana
- B) Es verdadero
- C) Es falso, no podrá hacer una carga parcial hasta el 1er. mes
- D) Desde el 5º día puede pasar a la sedestación y ese mismo día debe hacer una deambulación sin apoyo

17.- Por tanto el tratamiento de fisioterapia durante el periodo que María esté ingresada será, señala la afirmación INCORRECTA:

- A) Tratamiento postural
- B) Cinesiterapia respiratoria
- C) Cinesiterapia activa- libre del miembro inferior sano y cinesiterapia activa-asistida del miembro inferior intervenido
- D) Al cuarto día marcha con bastones ingleses

18.- Tras una buena evolución, y la posibilidad de ser dada de alta, se valora la posibilidad de tratamiento en domicilio, la población diana del tratamiento rehabilitador y fisioterapéutico en domicilio es:

- A) Discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario para tratamiento fisioterapéutico
- B) Pacientes discapacitados con patologías crónicas
- C) Mayores de 65 años
- D) Personas que vivan solas

19.- Se define como paciente del grupo 1 (G-1) de tratamiento fisioterapéutico a domicilio:

- A) Paciente con deficits susceptible de reversión total o parcial con necesidad de tratamiento fisioterapéutico
- B) Paciente con deficits sin posibilidad de reversión
- C) Pacientes de entre 65 y 95 años
- D) Pacientes discapacitados con una gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida

20.- Cuál NO es un criterio de inclusión para tratamiento domiciliario, en pacientes definidos como G-1:

- A) Criterios de adecuación: el proceso debe estar incluido en el listado de procesos asistenciales
  - B) Criterios de accesibilidad: el paciente no puede desplazarse a una sala de rehabilitación por existir barreras arquitectónicas
  - C) Criterios de seguridad: el desplazamiento incrementa los factores de riesgo dado la comorbilidad
  - D) Criterio de adecuación: índice de Barthel menor de 40
- 21.- NO es criterio de exclusión en el programa de fisioterapia a domicilio:
- A) Residir fuera de la zona de actuación de una sala de rehabilitación y fisioterapia
  - B) Ser cuidador principal de pacientes discapacitados
  - C) Ausencia de consentimiento expreso del paciente en aceptar el tratamiento propuesto
  - D) Paciente discapacitado físico que pueden ser trasladados a sala
- 22.- En el listado de procesos para tratamiento fisioterapéutico en domicilio, ¿qué patología NO está incluida?:
- A) Problemas tendinosos en fase aguda
  - B) Intervenciones ortopédicas en aparato locomotor y sustituciones articulares
  - C) Amputaciones de miembros superiores
  - D) Accidente vascular cerebral, excepto en fase crónica
- 23.- Si incluimos a María dentro del tratamiento de fisioterapia en domicilio como G-1. ¿Quién puede derivarla?
- A) Médico de familia y enfermera comunitaria de enlace
  - B) Médico rehabilitador exclusivamente
  - C) Médico de familia y médico rehabilitador
  - D) Médico rehabilitador y enfermera comunitaria de enlace
- 24.- Para la valoración funcional en las actividades de la vida diaria de María, le calculamos el índice de Barthel. ¿Qué dato NO recoge dicho índice?:
- A) Incapacidad funcional que produce el dolor en las actividades de la vida diaria
  - B) Aseo personal
  - C) Deambulación
  - D) Micción o incontinencia urinaria
- 25.- María es dada de alta hospitalaria y antes de comenzar el tratamiento fisioterapéutico, vamos a realizarle un examen y una valoración fisioterapéutica. ¿Cuál sería el objetivo de la toma de estos datos?:
- A) Esto no es una función del fisioterapeuta, lo debe hacer otro profesional
  - B) Permitir el análisis de la situación del paciente en cualquier momento
  - C) Son datos subjetivos que no permiten realizar una valoración objetiva, por tanto no tiene sentido realizarlos
  - D) Recogida de datos estadísticos
- 26.- En la evaluación analítica y funcional de María, NO es necesario incluir:
- A) Evaluación analítica de tejido cutáneo y subcutáneo
  - B) Evaluación analítica articular
  - C) Evaluación analítica musculotendinosa
  - D) Evaluación de la ayuda social
- 27.- Al realizar la evaluación analítica de tejido cutáneo y subcutáneo de María, observamos un edema que deja fovea en ambos miembros inferiores, que puede indicarnos este dato:

- A) Que la paciente tiene una tromboflebitis
- B) Sólo es una consecuencia del encamamiento prolongado, no hay ninguna patología
- C) Dilatación e hipertrofia del ventrículo derecho debido a la bronquitis crónica
- D) Obesidad

28.- Al realizar la valoración pasiva articular del miembro inferior afecto de María encontramos los siguientes datos: flexión de cadera 80°, extensión 15°, abducción 35°. ¿Cuáles serían los grados de amplitud máxima articular pasiva de la articulación de la cadera?:

- A) Flexión de cadera 90°, extensión 15° y abducción de cadera 30°
- B) Flexión de cadera con rodilla en flexión 140°, extensión de cadera con rodilla en extensión 20° y abducción de cadera 45°
- C) Flexión de cadera con rodilla en flexión 100°, extensión de cadera con rodilla en flexión 20° y abducción de cadera 45° sumando las dos caderas
- D) Flexión de cadera con rodilla en flexión 90°, extensión de cadera con rodilla en extensión 15° y abducción de cadera 125°

29.- A continuación realizaremos la evaluación analítica articular en la cual debemos incluir

- A) Palpación de las mucosas
- B) Observación del entorno
- C) Palpación y valoración muscular
- D) Palpación, observación y valoración articular

30.- Para realizar la cuantificación y cualificación articular debemos tener en cuenta:

- A) Los exámenes deben compararse con respecto al lado contralateral
- B) El examen debe realizarse activamente por parte del paciente para ver su balance muscular
- C) La posición de referencia no importa para dicha exploración
- D) Nunca usaremos goniómetro

31.- Para la palpación y movilización articular se debe respetar la siguiente condición:

- A) La movilización articular se limita única y exclusivamente a la articulación de la cadera
- B) El examen articular se extiende a las articulaciones supra y subyacentes
- C) Este examen no tiene porque respetar la regla del no dolor
- D) No existe ningún tipo de reglas a tener en cuenta, queda al libre albedrío del evaluador

32.- Una vez realizada la evaluación analítica articular, pasamos a realizar la evaluación analítica musculotendinosa, para lo que debemos tener en cuenta:

- A) Hay que realizar una evaluación pasiva y una evaluación activa
- B) Realizamos únicamente una evaluación activa
- C) Realizamos solo una evaluación pasiva
- D) No realizamos evaluación musculotendinosa en este tipo de pacientes

33.- A continuación realizaremos el balance muscular en María, para ello empezamos con la flexión de cadera, en este movimiento intervienen los siguientes músculos:

- A) Psoas mayor e iliaco
- B) Cuadriceps
- C) Glúteo menor
- D) Tríceps sural

- 34.- Colocamos a María en decúbito lateral con el miembro a examinar arriba y sostenido por nosotros, le pedimos que mueva la rodilla hacia el pecho y es capaz de completar la amplitud de movimiento, sin embargo en decúbito supino de forma activa libre no lo realiza. ¿En qué grado estarían los músculos flexores de cadera según la escala de Daniels?:
- A) Grado 1
  - B) Grado 0
  - C) Grado 2
  - D) Grado 3
- 35.- Para la abducción de cadera determina qué músculos intervienen:
- A) Obturador externo
  - B) Glúteo mediano
  - C) Pectíneo
  - D) Recto interno
- 36.- Para la evaluar la aducción activa de María, ¿Cómo la colocaríamos?:
- A) Decúbito lateral con el miembro a examinar e posición superior y le pedimos a María que eleve la pierna activamente
  - B) En decúbito supino y le pedimos que intente aproximar ambas piernas entre si
  - C) Decúbito prono y que separe las piernas una de la otra
  - D) De rodillas y que realice una genuflexión hacia delante
- 37.- ¿Cuáles son los músculos que intervienen en la extensión de cadera?
- A) Cuadriceps femoral
  - B) Tibial anterior
  - C) Psoas iliaco
  - D) Bíceps femoral
- 38.- Colocamos a María en decúbito prono y le pedimos que realice una extensión de cadera con la rodilla flexionada a 90°:
- A) En esta posición la amplitud de la extensión de la cadera es mayor
  - B) En esta posición exploramos fácilmente el tensor de la fascia lata
  - C) Esta posición es idónea para valorar la fuerza de los músculos isquiotibiales
  - D) En esta posición valoramos la extensibilidad del glúteo mayor
- 39.- En la pregunta anterior para la extensión de cadera hemos obtenido un grado 3 en la escala de Daniels. ¿Qué quiere decir esto?:
- A) La posición del miembro puede ser mantenida contra una resistencia intensa o moderada
  - B) Completa la amplitud de movimiento disponible y mantiene la posición final, pero no soporta resistencia
  - C) Completa la amplitud de movimiento disponible y mantiene la posición final contra la máxima resistencia
  - D) No es capaz de completar la amplitud articular en esta posición
- 40.- En cuanto a la evaluación del dolor que siente María, NO tendremos en cuenta:
- A) La localización del dolor, ¿Donde?
  - B) Momento en el que aparece el dolor, ¿Cuándo?
  - C) Percepción subjetiva del dolor, ¿Cómo?
  - D) Control de esfínteres
- 41.- ¿Por qué no hemos valorado las rotaciones en el balance muscular y articular?:
- A) Porque debe evitarse hacer rotaciones de cadera en el periodo postoperatorio inmediato

- B) Porque se nos ha olvidado
- C) Porque el tipo de material de osteosíntesis utilizado, fija la cadera imposibilitando las rotaciones
- D) Porque en la articulación de la cadera no existe el movimiento de rotación

42.- Una vez valorada María, continuaremos el tratamiento que se empezó durante el ingreso hospitalario, con respecto al periodo de puesta en carga progresiva tenemos que tener en cuenta una serie de premisas , indique la INCORRECTA:

- A) Desplazamientos siempre en silla de ruedas
- B) Podemos utilizar bastones
- C) Si usamos bastones hacemos: apoyo contacto, marcha en tres puntos y en cuatro puntos
- D) Debe ser progresiva e indolora

43.- Tras el tratamiento quirúrgico María tiene como tratamiento medico la administración de anticoagulantes, cuál es la finalidad de este tratamiento médico:

- A) Tratamiento preventivo de la trombosis venosa profunda y así minimizar el riesgo de embolismo pulmonar
- B) Evitar complicaciones neurológicas
- C) Evitar el aflojamiento del componente femoral
- D) Como tratamiento de la hipertensión arterial

44.- ¿Cuál es la complicación más frecuente que podemos encontrar en la fractura que ha sufrido Maria?

- A) Microfracturas secundarias
- B) Infecciones
- C) Lesiones neurovasculares
- D) Necrosis avascular y pseudoartrosis

45.- Tras control radiográfico a los cuarenta días de la fractura, aparece la cabeza femoral con aspecto muy denso y osteoporosis del hueso circundante, lo que nos indica:

- A) Que la fractura está bien consolidada y que puede empezar a cargar
- B) Que la reconstrucción ósea, es lenta y solo puede hacer carga parcial
- C) Que se ha producido una necrosis avascular
- D) Que no hay consolidación de la fractura y debe permanecer otro mes más sin carga

46.- Es valorada nuevamente por el servicio de traumatología y se decide realizar una artroplastia de cadera, mediante la colocación de una prótesis parcial cementada por fracaso en el tratamiento con D.H.S. La vía de abordaje para la intervención ha sido posteroexterna. Esta intervención quirúrgica consiste en:

- A) Colocación de un vástago femoral y un componente acetabular
- B) Colocación de un vástago femoral, sin componente acetabular, liso que encaja en el hueso utilizando un cemento para la consolidación
- C) Colocación de un vástago femoral fabricado con un fina capa de alambres de titanio que permiten una fijación de la prótesis al hueso
- D) Colocación de un vástago femoral sin componente acetabular , con una superficie porosa que permite el crecimiento del hueso y la formación de callo óseo

47.- Debido a la vía de abordaje en la intervención quirúrgica tendremos que tener en cuenta que durante la primera semana no debemos realizar:

- A) Flexión, aducción y rotación interna
- B) Extensión, abducción y rotación externa

- C) Flexión, abducción y rotación interna
- D) Extensión, aducción y rotación interna

48.- En la primera semana, María podrá realizar:

- A) Sedestación, verticalización y marcha progresiva
- B) Sedestación en la primera semana y verticalización y marcha progresiva a partir de la segunda o tercera semana
- C) Deberá permanecer un mes sin apoyo
- D) Solo realizará tratamiento postural

49.- Con respecto al apoyo:

- A) Comenzamos con verticalización progresiva, luego marcha con andador o paralelas en la primera semana y continuamos con marcha con bastones ingleses en tres puntos y progresivamente en cuatro puntos en la segunda y tercera semana
- B) Marcha con bastones ingleses en tres puntos y progresivamente en cuatro puntos a partir de la cuarta semana
- C) Verticalización progresiva, luego marcha con andador en la tercera semana y progresivamente bastones con tres y cuatro puntos de apoyo
- D) Desde el tercer día puede caminar con apoyo utilizando un bastón

50.- ¿Cuándo comenzamos la tonificación muscular (activos-resistidos)?:

- A) Desde el tercer día
- B) No se realiza cinesiterapia activa-resistida
- C) A partir de la cuarta semana
- D) A los seis meses

51.- María tras el nuevo tratamiento quirúrgico puede padecer las siguientes complicaciones, indique la INCORRECTA:

- A) Fractura del componente femoral
- B) Fractura de fémur
- C) Infección subaponeurótica
- D) Pseudoartrosis

52.- El último día hacemos una nueva valoración analítica de María y una valoración funcional en la que realizamos como fisioterapeutas:

- A) Valoración analítica de sangre
- B) Observación de la estática en carga y de la marcha
- C) Control radiográfico
- D) Estática en carrera sobre un tapiz rodante

53.- En la observación de la marcha que realiza María, se hace visible una anomalía: realiza una elevación de la pelvis del miembro inferior sano para adelantarlo y el miembro inferior intervenido lo apoya sobre la punta del pie. ¿A qué es debido esta anomalía en la marcha?:

- A) A la hipotonía del glúteo medio
- B) A un acortamiento del miembro intervenido
- C) A una parálisis del nervio ciática poplíteo externo
- D) A un vicio en la marcha no asociado a ningún déficit funcional.