

Listado de preguntas y respuestas correctas

Examen 10-04-2017 - KINESIOLOGIA

ATENCIÓN: Las respuestas correctas están en **negritas**

1-Según las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, la siguiente definición: "1er episodio de sibilancias asociadas a evidencia clínica de infección viral en un niño menor de 2 años. Es una inflamación difusa y aguda de vía aérea inferior de naturaleza infecciosa expresada por obstrucción de la vía aérea pequeña", corresponde a:

- a) Neumonía
- b) Neumonía con derrame
- c) **Bronquiolitis** @
- d) Asma

2 - Según las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años ¿en qué edad es más frecuente el diagnóstico de bronquiolitis?

- a) 24 meses
- b) 12 meses
- c) 6 meses
- d) **Menos de 6 meses** @

3 - Según las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, el agente etiológico más frecuente en la bronquiolitis es:

- a) **Virus Sincicial Respiratorio** @
- b) Parainfluenza
- c) Adenovirus
- d) Metapneumovirus

4 - Según las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años ¿cuál es la vía de transmisión más común del virus respiratorio más frecuente en pacientes hospitalizados con bronquiolitis?

- a) Vía hematogena.
- b) **Manos contaminadas del personal de salud.** @
- c) Contacto con un enfermo.
- d) Aerosoles.

5- ¿Qué signos clínicos considera el Score de Tal?

a) Saturación, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

b) Coloración de mucosas, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

c) Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, sibilancias y uso de músculos accesorios. @

d) Aleteo nasal, saturación, tensión arterial y temperatura.

6 - Según las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años ¿cuándo está indicada la kinesioterapia en pacientes con bronquiolitis?

a) Cuando existe broncoconstricción con secreciones mucosas.

b) En niños ambulatorios con broncoconstricción.

c) En pacientes que requieran oxígeno y presenten tiraje costal.

d) Cuando existen abundantes secreciones que aumentan el riesgo de producir atelectasias. @

7 - Según las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años ¿cuál de las siguientes drogas se encuentra indicada para el tratamiento de la obstrucción bronquial en pacientes con bronquiolitis?

a) Adrenalina.

b) Corticoides.

c) Teofilina.

d) Salbutamol. @

8 – Según las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, en un paciente con imposibilidad de alimentarse, cianosis y 9 puntos en el Score de Tal ¿Cuál es la conducta a seguir?

a) Requiere internación. @

b) Control en 24 horas.

c) Tratamiento ambulatorio.

d) Tratamiento domiciliario.

9 - Según el consenso argentino de oxigenoterapia crónica domiciliaria ¿a partir de qué valor de PaO₂ en reposo y respirando aire a nivel del mar es indicación de oxigenoterapia crónica domiciliaria?

a) Menor o igual a 80 mmHg.

b) Menor o igual a 65 mmHg.

c) Menor o igual a 60 mmHg.

d) Menor o igual a 55 mmHg. @

10 -Según el consenso argentino de oxigenoterapia crónica domiciliaria se considera aceptable el uso de oxígeno suplementario durante un tiempo mínimo de:

- a)6 horas continuas por día.
- b)12 horas continuas por día.
- c)15 horas continuas por día. @**
- d)20 horas continuas por día.

11 - Según el consenso argentino de oxigenoterapia crónica domiciliaria, durante la prueba de caminata de 6 minutos se debe administrar oxígeno suplementario durante el esfuerzo cuando el valor de la saturación de oxígeno caiga por debajo de:

- a)94 %.
- b)90 %.
- c)86 %.@**
- d)82 %.

12- Según el consenso argentino de oxigenoterapia crónica domiciliaria ¿cuál es la fuente de administración de oxígeno apropiada para un paciente con movilidad conservada y vida social activa?

- a)Oxígeno como gas comprimido.
- b)Concentrador de oxígeno.
- c)Oxígeno líquido. @**
- d)Concentrador portátil.

13-Según el consenso argentino de oxigenoterapia crónica domiciliaria ¿cuál es la fuente de administración de oxígeno apropiada para un paciente no ambulatorio, con una autonomía de movimiento menor a 15 metros alrededor de la fuente?

- a)Oxígeno como gas comprimido.
- b)Concentrador de oxígeno. @**
- c)Oxígeno líquido.
- d)Concentrador portátil.

14-Según el consenso de Ventilación No Invasiva (VNI) se denomina interface a:

- a)Aquellos dispositivos que conectan al paciente con el ventilador. @**
- b)Al tiempo entre la fase inspiratoria y espiratoria.
- c)Dispositivo de pared que administra oxígeno.
- d)Válvula espiratoria o puerto exhalatorio.

15-Según el consenso argentino de Ventilación No Invasiva (VNI) del 2005, el uso de la misma en las enfermedades restrictivas tiene una recomendación:

- a)Grado A.
- b)Grado B.@**
- c)Grado C.
- d)Grado D.

16-Según el consenso argentino de ventilación no invasiva (2005), con el fin de evitar la reinhalación de dióxido de carbono en los equipos binivelados con tubuladura única, se deben aplicar presiones espiratorias mayores a:

- a) 2 cmH₂O.
- b) **4 cmH₂O.** @
- c) 6 cmH₂O.
- d) 8 cmH₂O.

17-La utilización de ventilación no invasiva como tratamiento de primera elección en pacientes seleccionados con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipercápnicos es recomendación:

- a) **Grado A.** @
- b) Grado B.
- c) Grado C.
- d) Grado D.

18-A partir de qué nivel de presión se puede producir aerofagia al aplicar ventilación no invasiva:

- a) 15 cmH₂O.
- b) **25 cmH₂O.** @
- c) 30 cmH₂O.
- d) 35 cmH₂O.

19-¿Cuál es el tratamiento con recomendación A para pacientes con Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS)?

- a) Farmacológico.
- b) Quirúrgico.
- c) **Cpap.** @
- d) Dispositivo de avance mandibular (DAM).

20-Paciente que se realiza una polisomnografía nocturna con oximetría y supervisión técnica y tiene un índice de perturbación respiratoria (IPR) de 22 eventos/hora. ¿Qué gravedad de síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) tiene?

- a) Normal.
- b) Leve.
- c) **Moderado.** @
- d) Grave.

21-El paciente que cursa con Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS). ¿Qué alteración posee?

- a) Hipoglosia.
- b) Colapso faríngeo. @**
- c) Obesidad.
- d) Estrechez nasal.

22-¿Cuál de las siguientes opciones es un factor de riesgo para poseer Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS)?

- a) Obesidad. @**
- b) Diabetes.
- c) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- d) Hipertensión arterial.

23-En Ventilación No Invasiva (VNI) la interfase facial posee las siguientes características con respecto a la interfase nasal:

- a) Más fácil de sellar.
- b) Requiere mayor cooperación.
- c) Menor riesgo de aspiración.
- e) Mayor espacio muerto. @**

24-En el modo ventilatorio presión soporte, el ciclado se produce por:

- a) Tiempo.
- b) Flujo inspiratorio. @**
- c) Volumen.
- d) Presión.

25-Los valores normales del gradiente alveolo- arterial de oxígeno (A-aO₂) corresponde a las siguientes opciones:

- a) 0 – 5 mmHg.
- b) 5 – 15 mmHg. @**
- c) 15 – 30 mmHg.
- d) 30 – 40 mmHg.

26-La ventilación mecánica a presión positiva produce el siguiente cambio hemodinámico:

- a) Aumento de la tensión arterial diferencial.
- b) Aumento de la post carga del ventrículo izquierdo.
- c) Disminución de la disponibilidad de O₂.
- d) Disminución del retorno venoso. @**

27-Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008 ¿qué variables mejora la rehabilitación respiratoria?

- a) Capacidad física, síntomas y calidad de vida.
- b) **Capacidad física, actividad social y autonomía.** @
- c) Capacidad física, calidad de vida y ejercicio aeróbico.
- d) Síntomas, actividades de la vida diaria y resistencia.

28-Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008 ¿cuáles son los objetivos de la rehabilitación respiratoria?

- a) **Reducir síntomas, mejorar tolerancia al ejercicio físico y calidad de vida.** @
- b) Reducir síntomas, aumentar la fuerza muscular y actividades social.
- c) Mejorar la fuerza muscular, actividades de la vida diaria y calidad de vida.
- d) Disminuir síntomas, aumentar sobrevida y disminuir el uso de fármacos.

29-Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008, con respecto a los grados de evidencia A en la rehabilitación respiratoria ¿cuál es la correcta?

- a) Mejoría al entrenamiento de músculos respiratorios.
- b) Mejoría en la sobrevida.
- c) **Mejoría en la calidad de vida.** @
- d) Mejoría en la tolerancia al ejercicio de miembros superiores.

30-Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008 ¿cuáles son las 3 propiedades fisiológicas alteradas en la disfunción muscular que presenta el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

- a) Fuerza, adaptabilidad y contracción.
- b) Resistencia, tono y contracción.
- c) **Fuerza, fatigabilidad y resistencia.** @
- d) Fatigabilidad, elasticidad y relajación.

31-Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008 ¿cuál es la duración mínima del entrenamiento en el tratamiento de rehabilitación respiratoria?

- a) 8 semanas.
- b) 10 semanas.
- c) 14 semanas.
- d) **12 semanas.** @

32-Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008 ¿en qué pacientes es obligatoria la rehabilitación respiratoria?

- a) Pacientes con neumonía y bronquitis.
- b) Pacientes con fibrosis quística y bronquiectasias.
- c) **Pacientes con cirugía de reducción de volumen o trasplante pulmonar.** @
- d) Pacientes con cáncer de pulmón.

33-Según el Consenso Nacional de Fibrosis Quística, la frecuencia de sesiones de kinesioterapia será:

a)Una sesión diaria y durante las exacerbaciones se incrementará la cantidad y duración de las sesiones.

b)Dos sesiones diarias y durante las exacerbaciones se incrementará la cantidad y duración de las sesiones. @

c)Tres sesiones diarias y durante las exacerbaciones se incrementará la cantidad y duración de las sesiones.

d)Cuatro veces diarias y durante las exacerbaciones se incrementará la cantidad y duración de las sesiones.

34-Según el Consenso Nacional de Fibrosis Quística, las sesiones de kinesioterapia respiratoria para el tratamiento de esta enfermedad, en fase estable, deberán ser realizadas:

a)En el hospital de manera ambulatoria

b)En el hogar @

c)De forma grupal

d)En un gimnasio

35-Según el Consenso Nacional de Fibrosis Quística, la duración de las sesiones deberá ser:

a)Menor a 30 minutos

b)Entre 30 y 60 minutos @

c)Mayor a 60 minutos

d)Según tolerancia del paciente

36-Según el Consenso Nacional de Fibrosis Quística, la kinesioterapia está contraindicada si el paciente presenta:

a)Fiebre, taquipnea y taquicardia

b)Hemoptisis, dolor torácico y broncoespasmo @

c)Tos, expectoración y vómitos

d)Desaturación, astenia y escalofríos

37 - Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se considera un signo temprano de limitación al flujo aéreo:

a)Una relación FEV1/FVC < 70% con una FEV1 > 80% del teórico. @

b)Una relación FEV1/FVC > 70% con una FEV1 > 80% del teórico.

c)Una relación FEV1/FVC < 70% con una FEV1 < 80% del teórico.

d)Una relación FEV1/FVC > 70% con una FEV1 < 80% del teórico.

38 - Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (2003), el estadio propuesto por la iniciativa global en EPOC (GOLD) que presenta un FEV1/FVC <70% y FEV1 > 50% y < 80%, corresponde a:

- a)Estadio I - EPOC Leve
- b)Estadio II - EPOC Moderado@**
- c)Estadio III - EPOC Grave
- d)Estadio IV - EPOC Muy grave

39 - Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (2003), los broncodilatadores inhalatorios han demostrado producir mejoría sintomática en pacientes con EPOC. Esta afirmación es considerada:

- a)Evidencia A@**
- b)Evidencia B
- c)Evidencia C
- d)Evidencia D

40 - Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 2003, la abstinencia de consumo de tabaco es una de las medidas que evita la progresión de la EPOC. Esta afirmación se considera:

- a)Evidencia A@**
- b)Evidencia B
- c)Evidencia C
- d)Evidencia D

41-Podemos saber si un test evalúa el grado de concordancia entre éste y la prueba de referencia a través del estudio de su...

- a)Validez diagnóstica@**
- b)Fiabilidad diagnóstica
- c)Precisión diagnóstica
- d)Sensibilidad diagnóstica

42-El coeficiente de correlación intraclase es el más utilizado para denotar la fiabilidad de un test clínico que utilice unas escalas del tipo...

- a)Nominal u Ordinal
- b)De razón o de Intervalos@**
- c)Ordinal o de Razón
- d)De Intervalos o Nominal

43-Si un test de inestabilidad cervical tiene los siguientes valores de validez diagnóstica: Sensibilidad=0,69; Especificidad=0,96; Razón de Probabilidad Positiva=17,25 y Razón de Probabilidad Negativa=0,32; entonces sería más útil para...

- a)Descartarla
- b)Corroborarla@**
- c)Corroborarla o descartarla
- d)No tiene utilidad diagnóstica

44-Si hablamos de la capacidad del test para detectar pacientes que presenten una alteración, según la prueba de referencia, nos estamos refiriendo a su

- a)Especificidad
- b)Fiabilidad
- c)Sensibilidad@**
- d)Razón de verosimilitud

45-Si hablamos de una alteración facetaria que es muy frecuente y no produce dolor, nos estamos refiriendo a:

- a)Sinovitis/hemartrosis facetaria
- b)Rigidez facetaria@**
- c)Compresión facetaria dolorosa
- d)Bloqueo mecánico facetario

46-En pacientes con dolor o patologías de hombro se observa un aumento de la actividad de un determinado músculo durante las diferentes tareas en las que se requiere la elevación del miembro inferior. ¿Cuál?

- a)Serrato anterior
- b)Trapecio superior@**
- c)Trapecio medio
- d)Trapecio inferior

47-¿Hobbies u ocupaciones asociadas con qué movimiento enérgico y repetido predisponen al individuo a neuropatía del Nervio Interóseo Posterior?

- a)Flexión de muñeca
- b)Extensión de muñeca
- c)Supinación@**
- d)Pronación

48-La prueba de aprensión en el choque o impingement femoroacetabular valora la estabilidad anterior de la cadera ¿qué movimientos combina?

- a)Extensión, abducción y rotación externa
- b)Extensión, abducción y rotación interna
- c)Extensión, aducción y rotación externa@**
- d)Extensión, aducción y rotación interna

49-En pacientes con enfermedad de Legg-Calvé-Perthes grave, la articulación femoroacetabular puede ser incongruente. En muchos casos, la parte de la cabeza del fémur que conserva la esfericidad es la porción

- a)Anterolateral
- b)Anteromedial
- c)Posteromedial@**
- d)Posterolateral

50-En la cadera, el signo de media luna se ve temprano en la Resonancia Magnética como la disminución de señal indicativa del hueso necrótico el cual se encuentra ante una...

- a)Osteoporosis
- b)Osteonecrosis@**
- c)Osteogénesis
- d)Osteoblastosis

51-El goldstandard para la rotura meniscal es

- a)Rx
- b)Ecografía
- c)RM
- d)Artroscopía@**

52-Infarto de Freiberg (necrosis avascular dolorosa de la segunda o, raramente, la tercera cabeza del metatarsiano), por lo general se observa en personas que a menudo están involucrados en actividades como correr y saltar, y del siguiente grupo etario...

- a)Infantes
- b)Niños
- c)Adolescentes o adultos jóvenes@**
- d)Tercera edad

53-Para la evaluación objetiva de la funcionalidad de la marcha y riesgo de caídas, uno de los test comúnmente utilizado es:

- a)Test de Integración Sensorial y Equilibrio modificado (Clinical Test of Sensory Interaction and Balance - mCTSIB)
- b)Posturografía Dinámica
- c)Test de Romberg sensibilizado
- d)Índice Dinámico de la Marcha (Dynamic Gait Index – DGI) @**

54-La electro-estimulación funcional (FES) puede ser utilizada como neuroprótesis en el pie péndulo por ejemplo, pero tiene como condición para su uso:

a)La denervación del grupo muscular a estimular

b)Que el grupo muscular a estimular este inervado @

c)La inexcitabilidad del grupo muscular por medio de corrientes rectangulares

d)El uso de asistencia para la marcha (bastón, trípode, andador)

55-En pacientes con hipotonía y parálisis de miembro superior, en decúbito sentado o parado, la posición en rotación interna de la escápula provoca a nivel de la articulación escapulo-humeral:

a)Hiperactivación de los estabilizadores activos y coaptación articular

b)Inhibición de la musculatura circundante y subluxación inferior del húmero

c)Pérdida de tensión en la parte superior de la cápsula y subluxación inferior del húmero @

d)Tendinitis de la porción larga del bíceps braquial

56-Un caso de vértigo posicional presenta a la maniobra evaluatoria Dix Hallpike cuadro de vértigo y nistagmo vertical descendente (down beat), es indicativo de:

a)Compromiso del canal semicircular anterior o compromiso central @

b)Compromiso del canal semicircular anterior y posterior

c)Compromiso del canal semicircular posterior

d)Hipotensión ortostática

57-Qué test evalúa la frecuencia cardíaca, respiratoria, irritabilidad, tono, color de la piel del niño al momento del nacimiento?

a)Bayley

b)Brazelton

c)Gesell

d)Apgar @

58-En niños con trastornos de aprendizaje, cuándo el área de la conducta está afectada, ¿Qué síndrome se constituye?

a)De torpeza motora

b)De dislexia – disgrafía

c)De Gilles de la Tourette

d)Hiperkinético @

59-El Consentimiento Informado a un Paciente, entre otras obligaciones supone:

a)La declaración de riesgos generales sobre la práctica sanitaria.

b)La declaración de riesgos probables, aunque mínimos sobre la práctica sanitaria.

c)La declaración de riesgos probables sobre la práctica sanitaria.

d)La declaración de riesgos probables y efectos adversos previsibles sobre la práctica sanitaria. @

60-De acuerdo al Art. 14 de la Ley 10.392 el médico tratante debe indicar en la Interconsulta Kinésica:

- a) Motivo de la Derivación, tratamiento y contraindicaciones.
- b) Diagnóstico, tratamiento y contraindicaciones.
- c) Diagnóstico y contraindicaciones. @**
- d) Diagnóstico y Tratamiento.

61-La Enfermedad Inculpable en el trabajador es:

- a) Aquella que padece el trabajador que no se origina en el trabajo.
- b) Aquella que no es catalogada como enfermedad profesional ni se origina en el trabajo. @**
- c) Aquella contingencia o enfermedad común incapacitante en las que el ambiente laboral habría actuado como desencadenante o agravante.
- d) Enfermedad preexistente en el trabajador.

62-Acaecido un accidente de trabajo y luego de los primeros 10 días, las prestaciones dinerarias y en especie cubiertas por la A.R.T., se extienden hasta:

- a) Un período máximo de 6 meses.
- b) Un período máximo de 9 meses.
- c) Un período máximo de 12 meses. @**
- d) Un período máximo de 18 meses.

63-La Incapacidad Laboral Permanente que origina una jubilación por Invalidez alcanza a:

- a) El 45% de la incapacidad total obrera.
- b) El 56% de la incapacidad total obrera.
- c) El 66 % de la incapacidad total obrera. @**
- d) El 75% de la incapacidad total obrera.

64-La consecuencia de la inobservancia de los Principios de Ergonomía en el lugar de trabajo impacta en el trabajador en:

- a) Fatiga, accidentes laborales y mala salud.
- b) Fatiga y mala salud. @**
- c) Accidentes laborales y fatiga.
- d) Accidentes laborales y mala utilización del ambiente de trabajo.

65-La Responsabilidad del Profesional Kinesiólogo abarca:

- a) La Responsabilidad Civil, penal y ética.
- b) La Responsabilidad civil, penal y administrativa.
- c) La Responsabilidad civil, penal, ética y administrativa. @**
- d) Responsabilidad civil y penal.

66-El plazo de conservación de la Historia Clínica es de:

a)5 años.

b)10 años. @

c)15 años.

d)20 años.

67-Las Obligaciones Jurídicas del Profesional Kinesiólogo son entre otras:

a)Abstenerse de asegurar un resultado al paciente, respetar la dignidad del paciente, guardar el secreto profesional.

b)Abstenerse de asegurar un resultado al paciente, respetar la dignidad del paciente, guardar el secreto profesional, ajustarse al saber científico.

c)Abstenerse de asegurar un resultado al paciente, guardar el secreto profesional, ajustarse al saber científico. @

d)Abstenerse de asegurar un resultado al paciente guardar el secreto profesional

68-De acuerdo al Art. 14 de la Ley 10.392 el médico tratante debe indicar en la Interconsulta Kinésica:

a)Motivo de la Derivación, tratamiento y contraindicaciones.

b)Diagnóstico, tratamiento y contraindicaciones.

c)Diagnóstico y contraindicaciones. @

d)Diagnóstico y Tratamiento.

69-De acuerdo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo (ONU, 2006), se define a las personas con discapacidad como aquellas:

a)que tengan deficiencias a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. @

b)que tengan deficiencias y limitaciones funcionales permanentes que impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

c)que tengan deficiencias a largo plazo que determinen minusvalía y que impida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

d)que tengan lesiones en la estructura y/o función corporal que impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

70-De acuerdo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo (ONU, 2006), se entenderán como “ajustes razonables”:

a) las adaptaciones necesarias y adecuadas independientemente de su costo, cuando se requiera en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio en igualdad de condiciones con los demás.

b) las modificaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requiera en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio en igualdad de condiciones con los demás. @

c) las readaptaciones sucesivas y necesarias para el uso exclusivo de todas las personas con discapacidad para garantizarles el goce o ejercicio en igualdad de condiciones con los demás.

d) las modificaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requiera en la población total, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio en igualdad de condiciones con los demás.

71-De acuerdo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo (ONU, 2006), se entenderá por “Diseño Universal”:

a) el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar solamente las personas con discapacidad sin necesidad de adaptación ni diseño especializado.

b) el diseño de productos, entornos, programas y servicios que pueda utilizar algún grupo específico de personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado.

c) el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. @

d) el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, con necesidad de adaptación y diseño especializado.

72-Las concepciones y modelos sobre la discapacidad responden a distintos modelos socio-históricos. En el “Modelo Médico o Rehabilitador” según el INADI se entiende que:

a) El origen de la discapacidad obedece a causas preponderantemente sociales, colocando a la discapacidad como una característica más, dentro de la diversidad que existe entre las personas.

b) Las causas que dan origen a la discapacidad responden a un motivo religioso.

c) La génesis de la discapacidad responde a la combinación de motivos religiosos, médicos y sociales.

d) La discapacidad obedece a causas individuales y médicas, y debido a ello las personas con discapacidad deben ser rehabilitadas para ejercer normalmente su función en la sociedad. @

73-Las concepciones y modelos sobre la discapacidad responden a distintos modelos socio-históricos. El “Modelo Social” según el INADI se entiende que:

a) la discapacidad obedece a causas individuales y médicas, y debido a ello las personas con discapacidad deben ser rehabilitadas.

- b) Las causas que dan origen a la discapacidad responden a un motivo religioso.
- c) una persona con discapacidad atraviesa una situación de desigualdad que puede modificarse a través de acciones tendientes a la remoción de barreras @**
- d) La génesis de la discapacidad responde a la combinación de motivos religiosos, médicos y sociales.

74-La condición que debe disponer un entorno urbano, edificación, producto, servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas, incluso por aquellas con diferentes capacidades motrices o sensoriales se denomina:

- a) Diseño Universal
- b) Accesibilidad Universal @**
- c) Accesibilidad Total
- d) Cadena de Accesibilidad

75-La capacidad de aproximarse, acceder, usar y salir de todo espacio o recinto con independencia, facilidad y sin interrupciones se denomina:

- a) Accesibilidad Transversal
- b) Diseño accesible
- c) Diseño Universal
- d) Cadena de accesibilidad @**

76-El diseño de productos y entornos aptos para el uso del mayor número de personas sin necesidad de adaptaciones ni de un diseño especializado se denomina:

- a) Diseño Universal @**
- b) Diseño Accesible
- c) Accesibilidad Transversal
- d) Cadena de Accesibilidad

77-Para determinar el Perfil de Funcionamiento de acuerdo a la Normativa para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia física de origen motor (neurológico, traumatológico y reumatológico) se emplea:

- a) la Medida de la Independencia Funcional (FIM)
- b) el Índice de Barthel (BI)
- c) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) @**
- d) Berg Balance Scale (BBS)

78-¿Cuál de los siguientes fenómenos vestibulares se lo denomina PERCEPTUAL?

- a) Ataxia
- b) Náuseas
- c) Nistagmo
- d) Vértigo @**

79-¿Que debe tener un nistagmo para decir que es periférico?

- a)Vertical puro
- b)Horizontal puro
- c)**Latencia @**
- d)Torsional a mirada primaria

80-¿Que patología debo descartar de importancia en un paciente con Drop Attack?

- a)Problemas metabólicos
- b)Problemas Psicologicos
- c)Problemas visuales
- d)**Arritmias Cardíacas @**

81-En la articulación Témporo-Mandibular (ATM): ¿Por qué se denomina disco y no menisco articular?

- a)Porque tiene forma cónica
- b)**Porque divide la articulación en dos @**
- c)Por su forma 3-2-1
- d)Porque no posee sinovial

82-¿Qué significa Oclusión Céntrica del sistema estomatognático?

- a)Posición de reposo articular
- b)Posición de relajación erguida
- c)**Posición intercuspidea dentaria @**
- d)Triturar

83-En la Articulación Témporo-Mandibular (ATM): ¿Qué músculo fija la lesión en una luxación discal sin recaptura?

- a)Pterigoideo interno
- b)Masetero
- c)Temporal
- d)**Pterigoideo Lateral Superior @**

84-La siguiente definición: “distención de los espacios aéreos distales al bronquiolo terminal con destrucción de sus paredes” se refiere a:

- a)Bronquitis Crónica
- b)Asma
- c)**Enfisema @**
- d)Bronquiolitis

85-La hipoventilación pulmonar es un mecanismo de hipoxemia que se acompaña de:

- a)Alteración del factor surfactante
- b)Disminución de PaCO₂
- c)**Aumento de PaCO₂ @**
- d)Aumento del nitrógeno Alveolar

86-La contracción del músculo liso en las paredes de las pequeñas arteriolas en la región hipóxica. (cuando la PO₂ del gas alveolar se reduce) se conoce con el nombre de:

- a)Hipoventilación alveolar
- b)Hiper-capnia permisiva
- c)Reflejo vasovagal
- d)Vasoconstricción pulmonar hipóxica @**

87-El procedimiento de intubación orotraqueal tiene riesgos tales como:

- a)Aspiración, hipoxia, lesiones por decúbito del tubo @**
- b)No tiene riesgos
- c)Hipoventilación alveolar
- d)Aumento de las secreciones pulmonares.

88-La limitación al flujo aéreo que caracteriza a la EPOC estable es consecuencia de:

- a)La Hipoventilación Alveolar
- b)Disminución de la fuerza de los músculos inspiratorios
- c)La hiper-capnia
- d)Perdida de retracción elástica pulmonar y aumento de la resistencia de la vía aérea. @**

89-El stress en una sección de un objeto o tejido corporal puede producirse con una fuerza que actúa paralela al plano de la sección en estudio, dicho stress es:

- a)De compresión
- b)De tracción
- c)De cizallamiento @**
- d)De tensión

90-El cartílago articular o hialino presenta en su constitución, predominantemente, fibras de colágeno tipo:

- a)I
- b)II @**
- c)III
- d)IV

91-Los mecanismos extrínsecos que le brindan estabilidad a la columna son:

- a)Musculatura, presión intradiscal y articulaciones interapofisarias
- b)Musculatura, presión intrabdominal y fascia dorsolumbar @**
- c)Musculatura, cápsulas y ligamentos
- d)Musculatura, presión intrabdominal y ligamentos

92-El movimiento alrededor del eje de rotación que une las articulaciones costovertebrales y costotransversas, para la elevación de las costillas superiores produce:

- a)Aumento del diámetro longitudinal del tórax
- b)Aumento del diámetro transversal del tórax
- c)Aumento del diámetro diagonal del tórax
- d)Aumento del diámetro anteroposterior del tórax @**

93-La articulación esternocostoclavicular posee un fibrocartílago que divide funcionalmente a la misma y en cada cavidad permite los movimientos de:

- a)Cavidad menisco-clavicular para movimientos de rotación, elevación y descenso y cavidad menisco esternal para movimientos de antepulsion y retropulsión
- b)Cavidad menisco-clavicular para movimientos de elevación y descenso y cavidad menisco esternal para movimientos de rotación, antepulsion y retropulsión @**
- c)Cavidad menisco-clavicular para movimientos de antepulsion y retropulsión y cavidad menisco esternal para movimientos de rotación, elevación y descenso
- d)Cavidad menisco-clavicular para movimientos de rotación, antepulsion y retropulsión y cavidad menisco esternal para movimientos de, elevación y descenso

94-El ligamento cruzado anterior de la rodilla presenta diferentes fascículos, dos de ellos se relajan entre determinados grados de flexión. A qué fascículos y en qué rango de flexión se refiere:

- a)Anterointerno y posteroexterno entre 10° y 40° de flexión
- b)Intermedio y posteroexterno entre 10° y 40° de flexión
- c)Intermedio y anterointerno entre 20° y 60° de flexión @**
- d)Anterointerno y posteroexterno entre 20° y 60° de flexión

95-Nombre el reflejo de protección que ocurre en las disfagias, además del tusígeno:

- a)Faríngeo
- b)Vagal
- c)Vasomotor
- d)Nauseoso@**

96-Todo movimiento en el plano sagital que desplaza una parte del cuerpo hacia atrás de la posición anatómica se llama:

- a)Flexión
- b)Extensión@**
- c)Aducción
- d)Abducción

97-El plano que divide al cuerpo en una parte anterior y otra posterior y es cruzado perpendicularmente por el eje anteroposterior, y se llama plano...

- a)Sagital
- b)Frontal@**
- c)Transversal
- d)Medial

98-Si un músculo o grupo muscular puede completar la amplitud de movimiento sólo o contra la resistencia de la gravedad, se considera que alcanza un grado

- a)1
- b)2
- c)3@**
- d)4

99-En ventilación mecánica. ¿Qué método de humidificación le puede asegurar la entrega de Humedad absoluta de 44 mg H₂O/L.?

- a)Intercambiador de calor y humedad (ICH o HME)
- b)Humidificador activo o de alto flujo @**
- c)Nebulizador de gran volumen
- d)Nebulizador en línea o de pequeño volumen

100-En pacientes con lesión pulmonar unilateral. La posición en decúbito lateral con el "pulmón sano hacia abajo" ...

- a)Empeora la oxigenación siempre
- b)Mejora en forma significativa la eliminación de CO₂ de las zonas no dependientes
- c)Mejora en forma significativa la oxigenación en pacientes en ventilación mecánica y en ventilación espontánea @**
- d)Está contraindicado en pacientes bajo ventilación mecánica