

# LISTADO DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS CORRECTAS

## EXAMEN 16-04-2018 - KINESIOLOGÍA

---

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

- 1) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, el mecanismo que produce las fuerzas, movimientos y presiones en la deglución es:
  - a. Orofaringeo
  - b. Bucolingual
  - c. Orofaringolaringo**
  - d. Faríngeo
  
- 2) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, los receptores del reflejo disparador deglutorio se encuentra en:
  - a. Base de la lengua, pilar anterior y pared faríngea posterior**
  - b. Base de la lengua, úvula y pilar posterior
  - c. Base de la lengua, úvula y laringe
  - d. Labios, base de la lengua y paladar duro
  
- 3) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, las 4 etapas de la deglución son:
  - a. Oral preparatoria, bucal general, faríngea y esofágica
  - b. Oral preparatoria, oral, faríngea y esofágica**
  - c. Oral preparatoria, oral, faringe y laríngea
  - d. Oral preparatoria, oral, faríngea y gástrica
  
- 4) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, cuál de las siguientes opciones son válvulas que intervienen en el mecanismo deglutorio:
  - a. Labios y velo lingual**
  - b. Epiglotis y amígdala
  - c. Base de la lengua y paladar duro
  - d. Velo laríngeo y esfínter esofágico inferior
  
- 5) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, los mecanismos de defensa de la laringe durante el proceso de deglución son:
  - a. Ascenso epiglótico y cierre glótico
  - b. Descenso epiglotis, cierre cordal, aumento de presión subglótica**
  - c. Descenso epiglotis, apertura cordal, aumento de presión subglótica
  - d. Descenso epiglotis, cierre lingual, aumento de presión supraglótica

- 6) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, el valor de la presión subglótica durante la deglución es de:
- 1-2 cmH<sub>2</sub>O
  - 7-10 cmH<sub>2</sub>O**
  - 20-25 cmH<sub>2</sub>O
  - 30-35 cmH<sub>2</sub>O
- 7) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, se define disfagia como:
- Pérdida de coordinación, sincronismo y eficacia de las etapas de la deglución**
  - Incapacidad de generar el tránsito del bolo alimenticio desde la boca hasta el intestino
  - Pasaje de alimento hacia la vía aérea
  - Imposibilidad de deglutir alimentos
- 8) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, se denomina aspiración al:
- Ingreso del material bucal por debajo de la cavidad orofaríngea
  - Ingreso de material orofaríngeo por debajo del plano glótico**
  - Pasaje del material orofaríngeo por los pilares anteriores
  - Pasaje del material orofaríngeo al espacio retropalatino
- 9) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, son complicaciones de la disfagia:
- Ageusia, broncoaspiración, neumonitis
  - Hipoalbuminemia, neumonía, disglusia
  - Reflujo nasal, deshidratación, anemia
  - Desnutrición, deshidratación, neumonía**
- 10) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, cuando el material orofaríngeo queda por encima de las cuerdas vocales se denomina:
- Aspiración
  - Disfagia
  - Reflujo
  - Penetración**
- 11) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, corresponde a un grado de disfagia severo:
- Nutrición del paciente solo por método alternativo, no ingiere alimento por boca**
  - Nutrición del paciente requiere supervisión constante y asistencia
  - Nutrición del paciente limitada a dieta blanda
  - La alimentación del paciente requiere técnicas específicas para lograrse

- 12) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, son síntomas de disfagia:
- Dolor de cabeza matinal y somnolencia
  - Reflujo y tos
  - Tos y cambio de la tonalidad de la voz durante la comida**
  - Náuseas y acúfenos
- 13) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, los reflejos que se deben evaluar en un paciente con probabilidad de alteración en la deglución son:
- Maseterino y tusígeno
  - Nauseoso y tusígeno**
  - Velo palatino y deglutorio
  - Nasopalpebral y palpebral
- 14) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, la maniobra deglutoria supraglótica consiste en:
- Paciente inspira, tose, traga y tose
  - Paciente inspira, traga, tose e inspira
  - Paciente inspira, mantiene el aire, tose y traga
  - Paciente inspira, mantiene aire, traga y tose**
- 15) Según H. Cámpora en el artículo evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución, usted recomienda al alimentar a un paciente con disfagia:
- Posición sentada entre 60° y 90°, cabeza flexionada y no acostarse hasta después de una hora de haberse alimentado**
  - Posición sentada entre 60° y 90°, cabeza en posición neutra y ejercicios respiratorios
  - Cabeza en rotación hacia la derecha y ejercicios respiratorios
  - Cabeza con inclinación hacia la izquierda.
- 16) Según el consenso de 2008 de fibrosis quística, cuándo se encuentra contraindicada la kinesioterapia respiratoria convencional?
- Cuando el paciente presenta hemoptisis, dolor torácico o broncoespasmo.**
  - Cuando el paciente se encuentra en una exacerbación.
  - Ante la utilización de oxígeno suplementario diario.
  - Si el paciente acude a sesiones grupales de kinesioterapia respiratoria.

- 17) Según el consenso de 2008 de fibrosis quística, ante una exacerbación respiratoria:
- a. Se intensifican las estrategias que favorecen la depuración de la vía aérea y se espera 48hs para la administración de antibióticos.
  - b. Se intensifican las estrategias que favorecen la depuración de la vía aérea y se indican antibióticos específicos.**
  - c. No se realizan sesiones de kinesioterapia y se administran antibióticos específicos.
  - d. Se encuentra contraindicado la administración de broncodilatadores.
- 18) Según el consenso de 2008 de fibrosis quística, cuál es la tríada característica de esta enfermedad?
- a. Fiebre, obstrucción bronquial e inflamación
  - b. Obstrucción bronquial, broncoespasmo e infección.
  - c. Infección, fiebre y obstrucción bronquial
  - d. Obstrucción bronquial, inflamación e infección**
- 19) Según el consenso de 2008 de fibrosis quística, cuándo debe iniciarse kinesioterapia respiratoria:
- a. Luego de la primera exacerbación de la enfermedad
  - b. Luego de la primera internación
  - c. Inmediatamente después de confirmado el diagnóstico**
  - d. Al cumplir criterios de trasplante pulmonar
- 20) Según Teresa Acuña en las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, ¿Cuál es uno de los factores de riesgo de insuficiencia respiratoria aguda baja grave?
- a. Padres fumadores.
  - b. Cardiopatía congénita.**
  - c. Internación durante el primer mes de vida.
  - d. Fiebre persistente más de 48 horas.
- 21) Según Teresa Acuña en las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, la hipoxemia, como alteración más frecuente en la insuficiencia respiratoria aguda baja, corrige rápidamente con :
- a. Aspiración de secreciones
  - b. Broncodilatadores
  - c. Antibiótico
  - d. Administración de oxígeno**

- 22) Según Teresa Acuña en las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, la valoración a través del puntaje clínico de TAL (modificada) permite establecer categorías de gravedad, marque la correcta:
- a. Tres puntos o menos: leve
  - b. Cinco a ocho puntos: moderada**
  - c. Diez puntos o más : grave
  - d. Cuatro o nueve puntos: moderada
- 23) Según Teresa Acuña en las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, se define neumonía con derrame como :
- a. Presencia de líquido hemático en la cavidad pleural, asociada a una neumonía
  - b. Presencia de líquido purulento en la cavidad pleural, asociada a una neumonía**
  - c. Presencia de líquido purulento o hemático en la cavidad pleural, asociada a una neumonía
  - d. Presencia de líquido en la cavidad pleural constatable por radiografía de tórax
- 24) Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008, la rehabilitación respiratoria cumple con el objetivo de reducir síntomas, mejorar y mantener el máximo grado de independencia y funcionamiento a través de la estabilización o reversión de cuál de las siguientes opciones :
- a. Manifestaciones sistémicas de la enfermedad**
  - b. Mejoría de la función pulmonar
  - c. Aumento de la capacidad pulmonar total
  - d. Disminución de la broncoconstricción
- 25) Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008, cuales son los dos fenómenos claramente diferenciados en los cambios fisiopatológicos del músculo periférico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica:
- a. Pérdida de masa muscular y aumento de tejido graso
  - b. Aumento de masa muscular y funcionamiento muscular anómalo
  - c. Aumento de la masa muscular y aumento de tejido graso
  - d. Pérdida de masa muscular y funcionamiento muscular anómalo**
- 26) Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008, qué grado de evidencia posee la rehabilitación respiratoria para pacientes asmáticos :
- a. Grado A
  - b. Grado B**
  - c. Grado C
  - d. Grado D

- 27) Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008, qué grado de evidencia posee la rehabilitación respiratoria en pacientes luego de un trasplante de pulmón.
- Grado A
  - Grado B
  - Grado C**
  - Grado D
- 28) Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008, cuál de estos pacientes puede no beneficiarse con rehabilitación respiratoria:
- EPOC
  - Enfermedad valvular aórtica grave**
  - Asma
  - Oxígeno domiciliario
- 29) Según el Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria del año 2008, donde se puede realizar la rehabilitación respiratoria:
- Internación hospitalaria, ambulatorio hospitalario y ambulatorio domiciliario**
  - Internación hospitalaria, ambulatorio hospitalario y pileta
  - Internación hospitalaria, ambulatorio domiciliario y pileta
  - Pileta, ambulatorio hospitalario y ambulatorio domiciliario
- 30) Según el consenso argentino de ventilación no invasiva (2005), ¿Cuál es el grado de recomendación para pacientes con edema pulmonar cardiogénico?
- Evidencia A**
  - Evidencia B
  - Evidencia C
  - Evidencia D
- 31) Según el consenso argentino de ventilación no invasiva (2005), ¿Cuál es el valor de P<sub>max</sub> que evidencia tos inefectiva para las enfermedades neuromusculares?
- < 30 cmH<sub>2</sub>O
  - <35 cmH<sub>2</sub>O
  - <40 cmH<sub>2</sub>O**
  - <45 cmH<sub>2</sub>O

- 32) Según el consenso argentino de ventilación no invasiva (VNI) (2005) ¿En qué pacientes está indicada especialmente la VNI en la desvinculación de la ventilación mecánica invasiva con recomendación grado A?
- a. Insuficiencia cardíaca descompensada
  - b. Infarto agudo de miocardio
  - c. Pacientes con fallo respiratorio agudo por exacerbación de EPOC**
  - d. Pacientes inmunocomprometidos
- 33) Según el consenso argentino de ventilación no invasiva (2005) ¿Cómo se puede obtener un mayor porcentaje de depósito de fármaco con una nebulización?
- a. Altos niveles de IPAP y bajos niveles de EPAP @**
  - b. Altos niveles de IPAP y altos niveles de EPAP
  - c. Bajos niveles de IPAP y bajos niveles de EPAP
  - d. Bajos niveles de IPAP y altos niveles de EPAP
- 34) Según el consenso argentino de ventilación no invasiva (2005) se define asincronía como:
- a. Aquella situación en la cual existe una falta de acoplamiento entre los mecanismos neurales del paciente y las respiraciones mecánicas asistidas@**
  - b. Aquellas situaciones donde existe un alto nivel de presión arterial de CO<sub>2</sub>
  - c. Aquellas situaciones donde existe un alto nivel de presión arterial de O<sub>2</sub>
  - d. Aquella situación en la cual existe una falta de acoplamiento entre los mecanismos compensatorios del paciente y las respiraciones mecánicas asistidas.
- 35) Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del año 2003, ¿Qué parámetro es más sensible a la hora de medir la limitación al flujo aéreo?
- a. VEF1
  - b. VEF1/CVF**
  - c. Pico flujo espiratorio
  - d. CVF
- 36) Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del año 2003, ¿Qué parámetro se utiliza para categorizar la severidad de la obstrucción?
- a. VEF1**
  - b. VEF1/CVF
  - c. Pico Flujo Espiratorio
  - d. CVF

- 37) Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del año 2003, la clasificación de EPOC por su severidad establece que un paciente con  $VEF1/CVF = 65\%$  y  $VEF1 = 80\%$  pertenece a:
- Estadio 0 - en riesgo
  - Estadio 1 – leve**
  - Estadio 2 - moderado
  - Estadio 3 – grave
- 38) Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del año 2003, la principal aplicación actual de la dilución de monóxido de carbono (DLCO) es:
- Diferenciar enfisema de bronquitis crónica**
  - Evaluar pacientes candidatos a resección pulmonar
  - Predecir la desaturación del paciente durante el ejercicio
  - Determinar la presencia de bronquiectasias
- 39) Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del año 2003, las presiones estáticas máximas deben ser utilizada de forma rutinaria en:
- Pacientes sometidos a cirugía abdominal previa
  - Pacientes que no colaboran con la evaluación espirométrica
  - Pacientes candidatos a tratamiento con corticoides
  - Pacientes con desconexión dificultosa de la ventilación mecánica**
- 40) Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del año 2003, ¿Qué grado de evidencia apoya el entrenamiento de los músculos de la deambulación en pacientes EPOC?
- Evidencia A**
  - Evidencia B
  - Evidencia C
  - Evidencia D
- 41) Según el Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica del año 2003, ¿Con qué grado de evidencia se indica VNI en un paciente con reagudización de EPOC?
- Evidencia A**
  - Evidencia B
  - Evidencia C
  - Evidencia D



- 42) Según el Consenso Argentino de Oxígeno Terapia Crónica Domiciliaria del año 1998, se considera óptimo el empleo de oxígeno durante:
- 24 horas, mínimo 15 horas continuas diurnas
  - 24 horas, mínimo 15 horas continuas, incluyendo las horas de sueño**
  - 24 horas, mínimo 15 horas fraccionadas durante el día
  - 15 horas máximo tres veces por semana
- 43) Según el Consenso Argentino de Oxígeno Terapia Crónica Domiciliaria (OCD) del año 1998, se indica OCD cuando el paciente presenta:
- PaO<sub>2</sub> menor a 60 mmHg durante el sueño
  - Saturación menor a 90% en paciente EPOC
  - PaO<sub>2</sub> menor a 65 mmHg
  - PaO<sub>2</sub> 55-60 mmHg en presencia de poliglobulia, cor pulmonale y/o hipertensión pulmonar**
- 44) Según el Consenso Argentino de Oxígeno Terapia Crónica Domiciliaria del año 1998, para la titulación de oxígeno, la dosis administrada debe ser establecida individualmente mediante que flujo de oxígeno necesario para mantener en reposo una saturación:
- ≥ 88%
  - ≥ 90%**
  - ≥ 94%
  - ≥ 98%
- 45) Según el Consenso Argentino de Oxígeno Terapia Crónica Domiciliaria (OCD) del año 1998, los pacientes que reciben OCD mediante cánula nasal no requieren humidificación cuando el flujo de oxígeno es:
- 4 L/min**
  - 6 L/min
  - 8 L/min
  - 10 L/min
- 46) La prueba de la función pulmonar más simple, mas informativa que se realiza en los pacientes es:
- La inspiración forzada
  - La espiración forzada**
  - La espiración e inspiración forzada
  - Inspiración y espiración sin esfuerzo
- 47) Si la alcalosis respiratoria es una disminución de PCO<sub>2</sub>. ¿Qué es la Alcalosis Metabólica?
- Aumento de la PCO<sub>2</sub>
  - Aumento de PO<sub>2</sub>
  - Aumento del CO<sub>3</sub>H**
  - Disminución de CO<sub>3</sub>H

48) Asma es.....: Indique la correcta.

- a. La enfermedad que se caracteriza por una disnea grave que obedece al estrechamiento generalizado de las vías aéreas
- b. La enfermedad que se caracteriza por una disnea moderada que obedece al estrechamiento generalizado de las vías aéreas
- c. La enfermedad que se caracteriza por una disnea de grado variable que obedece al estrechamiento generalizado de las vías aéreas**
- d. La enfermedad que se caracteriza por una disnea de grado variable que obedece a la dilatación generalizada de las vías aéreas

49) ¿En qué momento se considera realizar una traqueostomía en pacientes que se sabe requerirán ventilación mecánica prolongada, según la encuesta en la Argentina? Indicar la correcta.

- a. Al principio de la primera semana
- b. A fin de la segunda semana**
- c. Al fin de la tercer semana
- d. A comienzo de la cuarta semana

50) La Ventilación Mecánica Controlada es:

- a. Modo ventilatorio en el que el paciente inicia y finaliza el ciclo ventilatorio.
- b. Modo ventilatorio que sustituye totalmente la función ventilatoria independientemente de cualquier esfuerzo del paciente.**
- c. Modo ventilatorio que sustituye parcialmente la función ventilatoria del paciente.
- d. Modo ventilatorio iniciado por el inicio del esfuerzo inspiratorio del paciente.

51) ¿En cuál de estos casos consideraría la implementación de algún método de Ventilación Mecánica?

- a. PaO<sub>2</sub> inferior a 80 mmHg respirando aire ambiente.
- b. PaO<sub>2</sub> inferior a 60 mmHg respirando aire ambiente.
- c. PaO<sub>2</sub> inferior a 60 mmHg acompañado de un PaCO<sub>2</sub> mayor a 45mmHg**
- d. PaO<sub>2</sub> inferior a 60 mmHg acompañado de una PaCO<sub>2</sub> de 40mmHg

52) La ley de difusión de Fick establece que la tasa de difusión de un gas

- a. Es directamente proporcional al espesor de la membrana e inversamente proporcional al área.
- b. Es directamente proporcional a la diferencia de la presión parcial.**
- c. Es inversamente proporcional a la diferencia de la presión parcial.
- d. Depende de la resistencia al flujo aéreo y al espesor de la membrana.

53) El valor aproximado del espacio muerto anatómico es:

- a. 150 ml.**
- b. 200 ml.
- c. 50 ml.
- d. 100 ml.

- 54) ¿Cuál de los siguientes conceptos corresponde a una vasoconstricción pulmonar hipóxica?
- No produce un cambio en el flujo sanguíneo de las áreas con bajo V/Q.
  - Solo la presentan los pacientes con enfermedad obstructiva crónica.
  - No tiene relación con la respuesta del sistema nervioso autónomo simpático.
  - Puede deberse a un efecto directo de una PO<sub>2</sub> baja sobre el músculo liso vascular.**
- 55) ¿Cuál de los mecanismos de hipoxemia se corrige mediante la administración de oxígeno suplementario?
- Shunt
  - Hipoventilación.**
  - Alteración V/Q
  - Difusión
- 56) En la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ¿la obstrucción a la vía aérea puede deberse a?
- Solo se ocasiona por la pérdida de la tracción radial.
  - Engrosamiento de la pared por depósito excesivo y anormal del colágeno.
  - Pérdida de la tracción radial, obstrucción por secreciones o engrosamiento de la pared por cambios inflamatorios.**
  - Aumento de la reactividad de la vía aérea, edema de mucosa, excesivas secreciones e infiltración de células inflamatorias.
- 57) En ventilación mecánica ¿la variable de fase que permite la finalización de la inspiración para dar comienzo a la espiración es?
- Disparo
  - Ciclado**
  - Espiración
  - Mantenimiento de la inspiración o límite
- 58) ¿Cuál de los siguientes conceptos corresponde a la ventilación mecánica controlada por volumen?
- Puede programarse la presión inspiratoria a administrarse
  - La variable a monitorizar es el volumen.
  - La variable a monitorizar es la presión.**
  - El patrón de onda de flujo elegido no modifica la duración del tiempo inspiratorio.
- 59) ¿Cuál de los siguientes conceptos corresponde a pruebas clínicas relacionadas con el ángulo Q en las alteraciones femorrotulianas?
- La supinación del pie y la rotación interna de la extremidad producen un aumento del ángulo Q.
  - La pronación del pie y la rotación externa de la extremidad producen un aumento del ángulo Q.
  - La supinación del pie y la rotación externa de la extremidad producen un aumento del ángulo Q.
  - La pronación del pie (pies planos) y la rotación interna de la extremidad producen un aumento del ángulo Q.**

- 60) ¿Cuál de los siguientes conceptos corresponde a la evaluación clínica de pinzamiento del hombro o síndrome subacromial?
- a. **En la prueba de Hawkins se realiza una aducción horizontal en flexión y rotación interna; la aparición de dolor indica pinzamiento o atrapamiento del arco coracoacromial sobre el manguito de los rotadores.**
  - b. En la prueba de Hawkins se realiza una abducción horizontal en flexión y rotación interna; la aparición de dolor indica pinzamiento o atrapamiento del arco coracoacromial sobre el manguito de los rotadores.
  - c. En la prueba de Hawkins se realiza una abducción horizontal en flexión y rotación externa; la aparición de dolor indica pinzamiento o atrapamiento del arco coracoacromial sobre el manguito de los rotadores.
  - d. En la prueba de Hawkins se realiza una aducción horizontal en flexión y rotación externa; la aparición de dolor indica pinzamiento o atrapamiento del arco coracoacromial sobre el manguito de los rotadores.
- 61) ¿Cuál de los siguientes conceptos corresponde a la sintomatología de un paciente con Neurinoma de Morton?
- a. **La forma de presentación más frecuente es la aparición de dolor entre las cabezas de los metatarsianos tercero y cuarto que irradia hacia los dedos tercero y cuarto.**
  - b. La forma de presentación más frecuente es la aparición de dolor en las cabezas de los metatarsianos tercero y cuarto que irradia hacia los dedos tercero y cuarto.
  - c. La forma de presentación más frecuente es la aparición de dolor en las cabezas de los metatarsianos segundo y tercero que irradia hacia los dedos segundo y tercero.
  - d. La forma de presentación más frecuente es la aparición de dolor entre las cabezas de los metatarsianos segundo y tercero que irradia hacia los dedos segundo y tercero.
- 62) ¿Cuál de los siguientes conceptos corresponde a la rehabilitación del paciente con artroplastia total de rodilla?
- a. La recuperación post operatoria de 100° de flexión de la rodilla se considera el requerimiento mínimo para realizar las actividades de la vida diaria.
  - b. La recuperación post operatoria de 60° de flexión de la rodilla se considera el requerimiento mínimo para realizar las actividades de la vida diaria.
  - c. **La recuperación post operatoria de 90° de flexión de la rodilla se considera el requerimiento mínimo para realizar las actividades de la vida diaria.**
  - d. La recuperación post operatoria de 110° de flexión de la rodilla se considera el requerimiento mínimo para realizar las actividades de la vida diaria.
- 63) Se define como Quiste de Baker
- a. **Quistes que aparecen en la cara posteromedial de la rodilla entre la cabeza medial del gemelo y el tendón del semimembranoso.**
  - b. Quistes que aparecen en la cara posterolateral de la rodilla entre la cabeza lateral del gemelo y el tendón del bíceps femoral.
  - c. Quistes que aparecen en el tendón rotuliano.
  - d. Quistes que aparecen en el tendón del cuádriceps.
- 64) Indique cual es la función específica del núcleo pulposo del disco intervertebral.
- a. **Resistir y redistribuir las fuerzas de compresión.**
  - b. Solamente resistir las fuerzas de compresión.
  - c. Solamente redistribuir las fuerzas de compresión.
  - d. Soportar tensión.

- 65) Indique cual es la función específica del anillo fibroso del disco intervertebral.
- Resistir y redistribuir las fuerzas de compresión.
  - Solamente resistir las fuerzas de compresión.
  - Solamente redistribuir las fuerzas de compresión.
  - Soportar tensión.**
- 66) Indique cual de los siguientes exámenes complementarios de diagnóstico por imágenes no utiliza Rayos X.
- Tomografía axial computada
  - Resonancia magnética nuclear**
  - Espinograma
  - Densitometría ósea.
- 67) En el Síndrome del túnel carpiano ¿cuáles son los dedos afectados por la sintomatología?
- Cara palmar del pulgar, índice y medio.
  - Cara palmar del pulgar, índice, medio y mitad radial del anular.**
  - Cara palmar del pulgar, índice, medio y anular.
  - Cara palmar de los cinco dedos.
- 68) Indique las formas de propagación del calor.
- Conducción, conversión e irradiación.
  - Traslación, conducción e irradiación.
  - Conducción, convección e irradiación.**
  - Convección, cavitación e irradiación.
- 69) Indique cuales son los límites de temperatura en grados centígrados para que un agente físico se considere caliente y pueda utilizarse con fines terapéuticos.
- Entre 20 y 34 grados centígrados.
  - Entre 34 y 58 grados centígrados.**
  - Entre 58 y 78 grados centígrados.
  - Más de 78 grados centígrados.
- 70) La Objeción de conciencia en los profesionales de la Salud se corresponde con:
- Conflictos por convicciones religiosas y morales entre profesional y paciente.
  - Conflictos por convicciones religiosas, y éticas entre profesional y paciente.
  - Conflictos por convicciones éticas y morales entre profesional y paciente.
  - Conflictos por convicciones religiosas, morales o éticas entre profesional y paciente.**

- 71) El ejercicio Irregular de la Kinesiología se da por:
- No haber obtenido el título de Kinesiólogo y trabajar como tal.
  - No haberse matriculado en la Colegiatura Profesional y trabajar.
  - Tener personal a cargo no profesional atendiendo pacientes.
  - Haber obtenido el título de Kinesiólogo, no estar colegiado y trabajar como tal.**
- 72) La ausencia de Historia Clínica del paciente en un juicio por mala praxis acarrea una sanción:
- Legal.
  - Administrativa.
  - Una presunción judicial de culpa en contra del profesional.**
  - Una falta a los deberes profesionales.
- 73) Una escala de evaluación de limitación de actividad cuyos resultados se correlacionen con los aportados por el instrumento definido como estándar de oro (Gold Standard) para la misma, define su validez de:
- Criterio**
  - Apariencia
  - Constructo
  - Contenido
- 74) En base a la evidencia disponible, se ha sugerido que las terapias para mejorar la función del miembro inferior después del accidente cerebrovascular implican:
- Aplicación de posturas inhibitorias y excitatorias
  - Ejecución de patrones en diagonal, tracciones, compresiones y elongación.
  - Ejercicios orientados a la tarea y la repetición**
  - Sobreutilización del miembro sano
- 75) Los mapas corticales pueden ser modificados por una variedad de estímulos tales como los provocados por la kinesioterapia durante la rehabilitación. Esto es posible debido a:
- La hipertrofia e hiperplasia muscular
  - La neuroelasticidad del sistema nervioso**
  - Reversión de la lesión original
  - La hipertrofia del sistema nervioso
- 76) La mayor participación del paciente con el tratamiento implicó ciertos cambios en cuanto al aporte del mismo en la elección de los objetivos a tratar. A este modelo se denomina:
- Atención centrada en el paciente**
  - Médico hegemónico
  - Aprendizaje significativo de Skinner
  - Condicionamiento operante

- 77) Para la evaluación objetiva de la funcionalidad de la marcha y riesgo de caídas, uno de los test comúnmente utilizado es:
- Test de Integración Sensorial y Equilibrio modificado (Clinical Test of Sensory Interaction and Balance - mCTSIB)
  - Posturografía Dinámica
  - Test de Romberg sensibilizado
  - Indice Dinámico de la Marcha (DynamicGaitIndex – DGI)**
- 78) Para la evaluación de la autopercepción de la desventaja provocada por el mareo o la inestabilidad postural, uno de los test comúnmente utilizado es:
- DizzinessHandicapInventory**
  - VertigoSymptomScale
  - Sf 36
  - BarthelIndex
- 79) En rehabilitación vestibular, la indicación de ejercicios para la estabilización de la mirada procura normalizar la ganancia del reflejo vestibulo ocular. Esto ocurre en base a mecanismos de:
- Adaptación**
  - Habitación
  - Compensación
  - Reconversión
- 80) La electro-estimulación funcional (FES) puede ser utilizada como neuroprótesis en el pie péndulo por ejemplo, pero tiene como condición para su uso:
- La denervación del grupo muscular a estimular
  - Que el grupo muscular a estimular este inervado**
  - La inexcitabilidad del grupo muscular por medio de corrientes rectangulares
  - El uso de asistencia para la marcha (bastón, trípode, andador)
- 81) ¿Cuál es el ligamento más importante de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM)?
- Esfenomandibular
  - Estilomandibular
  - Temporomandibular**
  - Lateral

- 82) ¿Qué parte de la cápsula es más laxa y permite los movimientos en la Articulación Témporo-Mandibular (ATM)?
- a. Anterior
  - b. Posterior
  - c. Lateral
  - d. Anterointerna**
- 83) ¿Qué músculo SE TENSA al cierre de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM)?
- a. Pterigoideo Lateral Inferior
  - b. Temporal
  - c. Masetero
  - d. Pterigoideo Lateral Superior**
- 84) 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
- 85) Si el paciente es joven (20 a 45 años) y a la evaluación oculomotora observamos Oftalmoplejía internuclear: ¿sospechamos de?
- a. Parálisis del VI
  - b. Parálisis del IV
  - c. Patología desmielinizante**
  - d. Parálisis del III
- 86) ¿Cuál de los siguientes fenómenos vestibulares se lo denomina PERCEPTUAL?
- a. Ataxia
  - b. Nauseas
  - c. Nistagmo
  - d. Vértigo**
- 87) ¿Que debe tener un nistagmo para decir que es periférico?
- a. Vertical puro
  - b. Horizontal puro
  - c. Latencia**
  - d. Torsional a mirada primaria



88) ¿Qué patología debo descartar de importancia en un paciente con DropAttack?

- a. Problemas metabólicos
- b. Problemas Psicológicos
- c. Problemas visuales
- d. Arritmias Cardíacas**

89) La tracción del Vasto Medial Oblicuo resiste más eficientemente la movilidad lateral de la rótula cuando la rodilla se encuentra en:

- a. Extensión completa
- b. Flexión de 30°
- c. Flexión de 90°**
- d. Es indistinto

90) La fuerza que ejerce la aleta rotuliana externa en la rodilla es:

- a. Fundamentalmente posterior y en menor grado lateral**
- b. Fundamentalmente lateral y en menor grado posterior
- c. En igual grado en ambas direcciones
- d. Dependiente del grado de flexión y carga

91) La liberación de la aleta rotuliana externa corrige:

- a. Más la subluxación lateral que el volteo rotuliano
- b. Más el volteo rotuliano que la subluxación lateral**
- c. Volteo rotuliano y subluxación lateral en igual medida
- d. Subluxación lateral sin volteo rotuliano

92) En la evolución filogenética la modificación más notable a nivel de la escápula fue la del índice:

- a. Supraespinoso
- b. Infraespinoso
- c. Rotacional
- d. Escapular**

93) En la lesión de SLAP, la presentación de “desgarro vertical del borde superior análogo a un desgarro en asa de cubeta en el menisco de la rodilla” corresponde a la clasificación tipo:

- a. I
- b. II
- c. III**
- d. IV

94) En presencia de un aumento de tensión de la cápsula posterior del hombro, la elevación anterior o rotación interna del mismo, originan una traslación de la cabeza humeral en sentido:

- a. Anteroinferior
- b. Anterosuperior**
- c. Posteroinferior
- d. Posterosuperior

- 95) La característica fundamental de la clasificación integrada de las fracturas de huesos largos (según Maurice Müller) es que:
- Utiliza el alfabeto griego para denominar los grupos
  - Utiliza números romanos para determinar la gravedad
  - Consta de 3 tipos, 9 grupos y 27 subgrupos**
  - Se divide en 6 grupos y 18 subgrupos
- 96) El proceso de consolidación o reparación ósea primaria se caracteriza por:
- Presentar callo óseo exuberante en los Rx
  - Ocurre cuando existe contacto óseo directo e íntimo entre los fragmentos**
  - Estar en relación a las resoluciones con osteosíntesis dinámicas
  - Ser el tipo más frecuente de reparación ósea
- 97) El proceso de consolidación o reparación ósea secundaria se caracteriza por:
- Estar en relación a las resoluciones con osteosíntesis rígida
  - No presentar evidencia de callo óseo en los Rx
  - Requiere de un contacto directo de la cortical y una vascularización intramedular intacta
  - La formación de callo se ve favorecida cuanto más movilidad tenga el foco de fractura**
- 98) En una fractura de húmero proximal no desplazada, impactada o con mínimo desplazamiento, el tratamiento a seguir sería:
- Cabestrillo**
  - Fijación interna (placa con tornillos)
  - Fijación percutánea (clavijas)
  - Fijador externo
- 99) En una fractura de olecranon con desplazamiento, el tratamiento a seguir sería:
- Inmovilización con cabestrillo
  - Inmovilización con férula
  - Fijación percutánea (clavijas)
  - Fijación interna (SAAT)**
- 100) En una fractura transversal de rótula con desplazamiento, el tratamiento a seguir sería:
- Inmovilización con férula
  - Inmovilización con yeso
  - Cerclaje de alambre a tensión (SAAT)**
  - Patelectomía