

Oferta complementaria de la Oferta de Empleo Público de 2011.

CUERPO/CATEGORIA: Funcionarios Técnicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

ESCALA/ESPECIALIDAD: Escala Técnica Sanitaria, Fisioterapeutas.

TURNO: Libre.

CONVOCATORIA: BOA 21/11/2014

EJERCICIOS: Primero, segundo, tercero y cuarto.

PRIMER EJERCICIO

13/12/2015

**PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL
INGRESO EN EL CUERPO DE
FUNCIONARIOS TÉCNICOS DE LA
ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DE ARAGÓN, ESCALA
TÉCNICA SANITARIA,
FISIOTERAPEUTAS**

**CONVOCADAS POR RESOLUCIÓN DEL 30 DE OCTUBRE DE 2014 DEL
DIRECTOR GENERAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CALIDAD DE LOS
SERVICIOS (BOA N°229 de 21 de noviembre de 2014)**

1.- En el artículo 43 de la Constitución Española:

- a) Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- b) Se establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social.
- c) Se reconoce el derecho a la propiedad privada y a la herencia.
- d) Se reconoce el derecho a la educación.

2.- De acuerdo con el artículo 159 de la Constitución Española, los miembros del Tribunal Constitucional serán designados por un período de:

- a) Cinco años.
- b) Seis años.
- c) Ocho años.
- d) Nueve años.

3.-El órgano consultivo, deliberante y de cooperación entre el Gobierno de Aragón y las comarcas, es:

- a) El Presidente de la Comarca.
- b) El Consejo Comarcal.
- c) El Consejo de Cooperación Comarcal.
- d) El Alcalde-presidente del ayuntamiento cabecera de comarca.

4.- Según el artículo 71 de la Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de Reforma del Estatuto de la Comunidad Autónoma de Aragón son competencias exclusivas de la Comunidad Autónoma de Aragón:

- a) Instalaciones radioactivas de segunda y tercera categoría.
- b) Propiedad intelectual e industrial.
- c) Productos farmacéuticos.
- d) Biotecnología, Biomedicina y Genética.

5.- ¿Cuál de las siguientes competencias es compartida entre Estado y Comunidad Autónoma según el Estatuto de Autonomía de Aragón?:

- a) La enseñanza.
- b) Museos, bibliotecas y otras colecciones de naturaleza análoga.
- c) Espacios naturales protegidos.
- d) Archivos.

6.- ¿Qué plazo ha de transcurrir a partir de la constitución de las Cortes de Aragón sin que ningún candidato hubiere sido investido Presidente de Aragón para que las Cortes electas quedaran disueltas, procediéndose a la convocatoria de nuevas elecciones?

- a) 10 días.
- b) 15 días.
- c) Un mes.
- d) Dos meses.

7.- Los principales actos vinculantes a través de los cuales la Unión Europea ejerce sus competencias son los siguientes:

- a) Reglamentos, Decretos y Recomendaciones.
- b) Reglamentos, Recomendaciones y Directivas.
- c) Reglamentos, Decisiones y Directivas.
- d) Reglamentos, Recomendaciones y Dictámenes.

8.- De acuerdo con el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial el derecho a reclamar prescribe en el caso de los daños de carácter físico o psíquico a las personas:

- a) A los tres meses de su curación o la determinación del alcance de las secuelas.
- b) A los seis meses de su curación o la determinación del alcance de las secuelas.
- c) Al año de su curación o la determinación del alcance de las secuelas.
- d) A los dos años de su curación o la determinación del alcance de las secuelas.

9.- Según el artículo 57.1 de la Ley 30/1992, los actos de las Administraciones Públicas sujetos al Derecho Administrativo se presumirán:

- a) Efectivos.
- b) Válidos.
- c) Legítimos.
- d) Ejecutivos.

10.- El plazo para interponer el recurso de alzada, si el acto fuera expreso, es de:

- a) Tres meses.
- b) Veinte días.
- c) Quince días.
- d) Un mes.

11.- Según el artículo 145 de la Ley 30/1992, para la exigencia de responsabilidad patrimonial de las autoridades y personal al servicio de las administraciones públicas se ponderarán, entre otros, los siguientes criterios:

- a) Su relación con los perjudicados y con el resultado dañoso producido.
- b) Su relación con los perjudicados y la existencia o no de intencionalidad.
- c) El resultado dañoso producido, la existencia o no de intencionalidad, la responsabilidad profesional y su relación con la producción del resultado dañoso.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

12.- De acuerdo con el artículo 16 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, la modalidad de carrera profesional de los funcionarios de carrera que consiste en el acceso a cuerpos o escalas del mismo Subgrupo profesional, se denomina:

- a) Carrera horizontal.
- b) Carrera vertical.
- c) Promoción interna horizontal.
- d) Promoción interna vertical.

13.- En el tratamiento de un paciente hemipléjico, durante el período agudo será fundamental la prevención de las actitudes viciosas. Para lograrlo, el miembro superior se colocará:

- a) Brazo en abducción de 45°, codo flexionado en ángulo recto, antebrazo levemente sobreelevado, muñeca y dedos en extensión, mano en pronación.
- b) Brazo en abducción de 30°, codo flexionado en ángulo recto, antebrazo levemente sobreelevado, muñeca y dedos en extensión, mano en pronación.
- c) Brazo en abducción de 45°, codo flexionado en ángulo recto, antebrazo levemente sobreelevado, muñeca y dedos en extensión, mano en supinación.
- d) Brazo en abducción de 30°, codo flexionado en ángulo recto, antebrazo levemente sobreelevado, muñeca y dedos en extensión, mano en semi-pronación.

14.- La tasa de fatiga de las fibras musculares esqueléticas tipo IIA es:

- a) Lenta.
- b) Rápida.
- c) Intermedia.
- d) Ninguna de las opciones es correcta.

15.- Aunque la elevación anterior del hombro de 180° es posible teóricamente, el valor promedio en los hombres es:

- a) Menor que en las mujeres.
- b) Mayor que en las mujeres.
- c) Igual que en las mujeres.
- d) Ninguna de las opciones es correcta.

16.- El diámetro sagital medio del canal espinal del adulto varón para C3-C7 está próximo a:

- a) 20mm.
- b) 4mm.
- c) 10mm.
- d) 14 mm.

17.- La presencia de aire o sangre libre en la cavidad abdominal, como sucede en el caso de una rotura del bazo que provoca distensión, puede manifestarse con el signo de Kerh, que consiste en:

- a) Dolor en el hombro derecho.
- b) Dolor en el hombro izquierdo.
- c) Dolor en la cadera derecha.
- d) Dolor en la cadera izquierda.

18.- La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn pueden verse acompañadas de:

- a) Artralgias migratorias.
- b) Uveítis.
- c) Estreñimiento y diarrea.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

19.- Funciones importantes del riñón son todas las siguientes, a excepción de:

- a) Formación y excreción de orina.
- b) Producción de glucosa.
- c) Equilibrio ácido-básico y electrolítico.
- d) Estimulación de la producción de glóbulos rojos.

20.- La técnica de masoterapia consistente en la estimulación de determinados puntos de la oreja que representan una zona corporal se denomina:

- a) Auriculoterapia.
- b) Técnica de Nogier.
- c) Técnica de Grossi.
- d) a) y b) son correctas.

21.- Los ejercicios terapéuticos cognoscitivos empleados para la reeducación motora del hemipléjico adulto pueden dividirse en distintos grados. El elemento por controlar en los ejercicios de primer grado sería el siguiente:

- a) Irradiación anormal
- b) Esquemas elementales
- c) Reacción anormal al estiramiento
- d) Ninguna es correcta

22.- Tras un infarto de miocardio, el tratamiento fisioterápico en la unidad de cuidados intensivos se comenzará por indicación del cardiólogo en función de las complicaciones que puedan existir. Si el paciente está estabilizado desde el punto de vista cardíaco, se recurrirá a medidas de cuidados mínimos. Señale la medida incorrecta:

- a) Ejercicios de respiración abdómino-diafragmática ampliando el volumen corriente sin forzar la respiración.
- b) Ejercicios de relajación tipo Jacobson.
- c) Ejercicios de los miembros y del tronco en sedestación.
- d) Ejercicios activos de cuello.

23.- Señale la respuesta correcta:

Respecto a la estabilidad rotatoria de la rodilla en extensión:

- a) Los ligamentos laterales impiden la rotación interna de la rodilla extendida.
- b) La rotación interna tensa el L.C.A.E. y distiende el L.C.P.I.
- c) La rotación externa tensa el L.C.A.E. y distiende el L.C.P.I.
- d) Los ligamentos laterales limitan la rotación interna, los cruzados la rotación externa.

24.- En el tratamiento fisioterapéutico de la distrofia muscular de Duchenne:

- a) Muchos estudios contraindican la realización de ejercicio excéntrico.
- b) Los ejercicios de resistencia submáxima darían los mejores resultados para mantener la fuerza muscular.
- c) a) y b) son correctas.
- d) Ninguna es correcta.

25.- En la escoliosis del lactante se recomienda:

- a) El arnés de Kallabis.
- b) Corsé de Milwaukee.
- c) Corsé de Lyonés.
- d) Todos están contraindicados.

26.- Los principales problemas psicosociales en las enfermedades neuromusculares de carácter degenerativo están relacionados con:

- a) La incertidumbre, la pérdida de control, el aislamiento y el entorno.
- b) Un exceso de glucosa en la sangre no controlado.
- c) La pseudohipertrofia o falsa hipertrofia que se produce en los músculos.
- d) El estudio genético necesario para saber si se es portador de la enfermedad.

27.- ¿Cuáles de las siguientes pruebas se utilizan para hacer un reconocimiento neurológico del miembro inferior que nos permita determinar la ciática?

- a) La reeducación postural global.
- b) Maniobra de Bragard y prueba de Valsalva.
- c) Maniobra de Spurling.
- d) Maniobra de Ortolani.

28.- La hidroterapia está contraindicada en los siguientes casos:

- a) En fracturas, politraumatizados y en personas con defectos posturales.
- b) En enfermedades infecciosas y en enfermedades cardiovasculares no compensadas.
- c) En ortopedia.
- d) En polineuritis y polirradiculitis.

29.- ¿En qué principio/s descansa el tratamiento de niños que padecen parálisis cerebral?

- a) En la inhibición de una actividad refleja tónica anormal y en la facilitación de reacciones normales de enderezamiento y equilibrio.
- b) En el trabajo a base de contracciones estáticas.
- c) En intentar evitar que el tejido muscular sea sustituido por tejido graso.
- d) En efectuar injertos nerviosos y neurólisis.

30.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a) En la cadena cinética abierta el extremo distal de la cadena es libre.
- b) Los dos tipos de cadenas cinéticas son abierta y frenada.
- c) La unidad cinética se compone de dos elementos: dos eslabones óseos y un sistema muscular motor.
- d) En la actividad muscular, el trabajo es estático cuando hay un desequilibrio entre el momento motor y el momento resistente.

31.- En el tratamiento postural del paciente encamado, es cierto que:

- a) La posición más utilizada es la posición en prono.
- b) La frecuencia de los cambios posturales debe ser cada dos ó tres horas al principio, pudiendo aumentar hasta un máximo de cuatro horas.
- c) En la posición de supino, las extremidades inferiores deben mantenerse en extensión completa y rotación externa de la cadera.
- d) Los cambios de posición dificultan el drenaje de secreciones perjudicando al aparato respiratorio.

32.- En la artropatía psoriásica:

- a) Se deberá someter al paciente a un ejercicio intenso.
- b) Se dará reposo en fases inflamatorias en posición adecuada.
- c) El dolor cede con el reposo.
- d) La movilidad articular nunca evoluciona hacia la rigidez.

33.- En las polineuritis, la fisioterapia ¿qué objetivos persigue?:

- a) Prevenir y corregir deformidades, reeducar músculos paralizados y luchar contra los trastornos sensitivos y tróficos.
- b) Luchar contra las escaras y úlceras.
- c) Un mantenimiento respiratorio y cardíaco.
- d) Un tratamiento psicomotor.

34.- Según la legislación sanitaria, ¿cuáles son las piezas básicas de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas?:

- a) Los distritos sanitarios.
- b) Las áreas de salud.
- c) Los centros de salud.
- d) Los grandes hospitales.

35.- ¿Qué es una mielografía?

- a) Es el estudio de las arterias que irrigan la médula.
- b) Es una técnica de relajación posterior a un traumatismo cráneo-encefálico.
- c) Es el estudio radiológico del espacio subaracnoideo del canal espinal mediante la utilización de medios de contraste.
- d) Es una prueba para valorar la movilidad del nervio poplíteo.

36.- ¿En cuántas clases puede dividirse el grupo de las diartrosis (tipo de articulación móvil)?

- a) No se divide en ninguna clase.
- b) La diartrosis no es una articulación móvil.
- c) En dos clases: de 1,2 grados de libertad activos.
- d) En tres clases: de 1,2 o 3 grados de libertad activos.

37.- El tejido específico de conducción del corazón está formado por células que tienen exclusivamente propiedades eléctricas, sin capacidad contráctil. El tejido que se encuentra situado en la aurícula derecha, en el vértice superior del triángulo de Koch, por delante de la desembocadura del seno coronario se denomina:

- a) Nodo sinusal o de Keith y Flack.
- b) Nodo auriculoventricular o de Aschoff-Tawara.
- c) Fascículo o haz de His.
- d) Red de Purkinje.

38.- La prueba de GRIND valora:

- a) Tenosinovitis aguda o crónica de los músculos abductor largo y extensor corto del pulgar.
- b) Presencia de artrosis de la articulación carpometacarpiana del dedo pulgar.
- c) Alteración congénita en la formación del tendón flexor largo del pulgar.
- d) Contractura de la musculatura interna de la mano por isquemia.

39.- En la prueba de las tres fases (hiperextensión en tres etapas) de valoración de la columna vertebral, el paciente se encuentra en decúbito prono. El fisioterapeuta sujeta con una mano la pierna en extensión del paciente y en una primera fase la levanta a la hiperextensión, efectuando una contrapresión sobre la pelvis con la otra mano. La aparición de dolor en el movimiento durante la fijación del ilion (1ª Fase) indica:

- a) Un bloqueo de la articulación sacroilíaca.
- b) Alteración de la zona lumbosacra (bloqueo vertebral, protusión, o prolapso discal).
- c) Alteración de la articulación coxofemoral o un acortamiento muscular (músculo recto femoral y/o músculo psoas).
- d) Irritación de las raíces nerviosas lumbares.

40.- En el enfisema pulmonar se observan las siguientes manifestaciones clínicas así como los siguientes datos destacados en las pruebas de función pulmonar, EXCEPTO:

- a) El volumen espiratorio en el primer segundo (VEMS) está siempre disminuido.
- b) Están disminuidos todos los volúmenes pulmonares: La capacidad residual funcional (CRF), el volumen residual (VR) y la capacidad pulmonar total (CPT).
- c) En la auscultación se detecta disminución importante de los ruidos respiratorios, hipofonosis o incluso abolición del murmullo vesicular en las zonas más afectadas.
- d) La expectoración es escasa o nula.

41.- En relación a la psicopatología, la incapacidad para experimentar y para comunicar los sentimientos de forma consciente y que, a su vez, puede ser corriente en los pacientes con dolores de espalda crónicos, se denomina:

- a) Abulia.
- b) Alexitimia.
- c) Alogia.
- d) Anhedonia.

42.- La afasia que se caracteriza por un lenguaje fluido que presenta parafasias y neologismos, problemas en la denominación de objetos, exceso de repetición del lenguaje, es decir ecolalia, dificultades en la comprensión del lenguaje y trastorno en la escritura espontánea y la lectura, se denomina:

- a) Afasia motora transcortical.
- b) Afasia sensorial transcortical.
- c) Afasia anómica.
- d) Afasia de Wernicke.

43.- En relación a los ultrasonidos, indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- a) La energía ultrasónica de menor frecuencia tiene una mayor tasa de absorción.
- b) Los tejidos con un contenido proteico elevado absorben los ultrasonidos con más facilidad que los que contienen un alto contenido en grasa.
- c) Niveles de ultrasonido superiores a $1,5 \text{ w/cm}^2$ (SATA) pueden tener efectos adversos sobre los tejidos en reparación.
- d) Los ultrasonidos son relativamente ineficaces a la hora de producir un cambio térmico suficiente en los tejidos para lograr el efecto terapéutico que produce el calentamiento tisular.

44.- De las siguientes afirmaciones, indique lo que NO se debe hacer durante la entrevista y elaboración de la historia fisioterápica:

- a) Emplee términos profesionales o médicos siempre que sea posible.
- b) Relacione los signos y los síntomas con la anamnesis y los hallazgos objetivos para descartar una enfermedad sistémica.
- c) Elimine la información innecesaria y hable al paciente según el nivel de comprensión.
- d) Anime al paciente a hacerle preguntas durante la entrevista.

45.-En una lesión de la médula espinal por fractura lumbar, durante la fisioterapia en fase aguda y hasta que se haya logrado la estabilidad de la fractura, los movimientos pasivos de las rodillas deberán realizarse:

- a) En posición de Tailor manteniendo la flexión de la cadera a 60°.
- b) En posición de <<rana>> con límite de la flexión de la cadera por debajo de 30°.
- c) En posición neutra de extremidades inferiores con límite de la flexión de la cadera a 45°.
- d) En posición neutra de extremidades inferiores sin límite de flexión en la cadera.

46.- En el paciente con enfermedad de Párkinson en fase 4 de Hoehn y Yahr, el fisioterapeuta dirigirá los procedimientos terapéuticos a las necesidades motoras y personales del paciente, pudiendo incluir las siguientes actuaciones, EXCEPTO:

- a) Estiramientos activos realizados por segmentos.
- b) Uso del balancín para el entrenamiento de las reacciones de equilibrio.
- c) Técnicas de estabilización en el balón para mantener la fuerza de la musculatura antigravitatoria.
- d) Dispositivos de entrenamiento muscular inspiratorio.

47.- En relación al drenaje linfático manual según el método Leduc, la maniobra en la que la mano del fisioterapeuta entra en contacto con la piel del paciente con el borde radial del dedo índice y va hacia el borde distal con el fin de estirar la piel en sentido proximal se denomina:

- a) Maniobra de llamada y se aplica sobre los colectores de evacuación, lejos de la zona infiltrada.
- b) Maniobra de llamada y se aplica sobre las zonas infiltradas (edema).
- c) Maniobra de reabsorción y se aplica sobre los colectores de evacuación, lejos de la zona infiltrada.
- d) Maniobra de reabsorción y se aplica sobre las zonas infiltradas (edema).

48.- Las lesiones de la médula espinal se clasifican como completas (ASIA A) o incompletas (ASIA B, C, D y E). La diferenciación en lesión completa o incompleta indica la presencia de sensibilidad en los segmentos sacros:

- a) S1-S2
- b) S2-S3
- c) S3-S4
- d) S4-S5

49.- En un tratamiento conservador y ortopédico en un pie cavo, NO será objetivo del tratamiento:

- a) Disminuir el varo del retropié.
- b) Supinar el antepié.
- c) Aliviar los dedos en garra.
- d) Alargar y bajar el arco longitudinal.

50.- En un paciente con genu varum los ejercicios de fortalecimiento muscular irán dirigidos a:

- a) Glúteo mediano, pata de ganso, semimembranoso, vasto interno.
- b) Glúteo mayor, pelvitrocantéreos, poplíteo, tibiales.
- c) Glúteo mayor, bíceps femoral, tensor de la fascia lata, peroneos.
- d) Glúteo mediano, poplíteo, vasto interno, tríceps sural.

51.- La capacidad para reconocer la presión sobre el propio cuerpo, se conoce como:

- a) Palestesia.
- b) Barognosia.
- c) Barestesia.
- d) Estereognosia.

52.- La debilidad muscular, la amiotrofia, las fasciculaciones, la hiporeflexia y la afectación homolateral son características del síndrome de:

- a) La motoneurona superior.
- b) La motoneurona inferior.
- c) Los ganglios de la base.
- d) El cerebelo.

53.- ¿Cuál de estos receptores es propioceptivo?

- a) Corpúsculos de Meissner.
- b) Corpúsculos de Pacini.
- c) Corpúsculos de Krause.
- d) Corpúsculos de Ruffini.

54.- En un paciente con cistocele de grado II e incontinencia urinaria, ¿qué no está indicado?:

- a) Ejercicios de Kegel.
- b) El uso de los pesarios colocados en el fondo de saco vaginal.
- c) La maniobra de Credé.
- d) La estimulación del tono perineal por medio de pequeñas descargas eléctricas a través de electrodos colocados en la vagina y recto.

55.- ¿Cuál de estas afirmaciones NO es cierta en la Espina Bífida?

- a) Los territorios más afectados a nivel sensitivo son la planta del pie y la región perianal.
- b) Si la lesión es a nivel S2 puede aparecer dedos en garra.
- c) La malformación de Arnold-Chiari tipo II es muy frecuente en casos de mielomeningocele.
- d) Todas las anteriores son falsas.

56.- La locomoción refleja es la base de la terapia del método:

- a) Mulligan.
- b) Counterstrain.
- c) Vojta.
- d) Feldenkrais.

57.- ¿En qué marcha patológica se produce el signo de trendelenburg, con caída de la pelvis hacia el lado sano por déficit del glúteo medio?

- a) Marcha en estepaje.
- b) Marcha de Duchenne.
- c) Marcha tabética.
- d) Marcha en segador.

58.- ¿Cuál de estas afirmaciones es la verdadera sobre la rehabilitación de la Esclerosis en placas?:

- a) En las fases de episodios evolutivos, la marcha, escaleras y ejercicios de equilibrio postural se reducirán a días alternos.
- b) Los baños en agua a 27-35 grados están indicados para reducir la espasticidad y la fatiga.
- c) Facilitar la rehabilitación activa con estiramientos pasivos, períodos de reposo antes de iniciar la sesión y entre ejercicios.
- d) El uso de bastones se retrasará todo lo posible.

59.- ¿Cuál de estas afirmaciones es cierta?:

- a) En el movimiento de supinación, el radio y el cúbito quedan paralelos entre sí.
- b) En el movimiento de supinación, el radio se cruza sobre el cúbito.
- c) En el movimiento de pronación y supinación solo interviene la articulación radiocubital superior.
- d) La amplitud fisiológica del movimiento de supinación es de 60 grados.

60.- ¿Cuál de estas afirmaciones de la articulación del tobillo es verdadera?:

- a) En la flexión dorsal sin carga, el astrágalo se mueve anteriormente.
- b) En la flexión dorsal, en posición de carga, la tibia se desplaza posteriormente.
- c) La amplitud de movimiento de dorsiflexión es 50°.
- d) La articulación tibiotarsiana es una articulación troclear sinovial.

61.- Según el artículo 3 del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 25 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores, los derechos y obligaciones concernientes a la relación laboral se regulan por:

- a) Los convenios colectivos.
- b) Por los usos y costumbres locales y profesionales.
- c) Por las disposiciones legales y reglamentarias del Estado.
- d) Todas las respuestas anteriores son verdaderas.

62.- La inervación eferente del huso muscular está a cargo de:

- a) Las motoneuronas gamma.
- b) Las neuronas fusimotoras.
- c) Las motoneuronas alfa.
- d) a) y b) son correctas.

63.- Señale la respuesta correcta:

- a) En la vejiga autónoma la micción es inconsciente y completa.
- b) En la vejiga automática la micción es inconsciente y completa.
- c) En la vejiga autónoma la lesión está localizada por encima del segmento sacro.
- d) La vejiga automática resulta de una lesión medular a nivel sacro.

64.- ¿Qué efectos biológicos produce la crioterapia?:

- a) Disminución de la velocidad de conducción de los nervios periféricos y reducción o bloqueo de su actividad sináptica.
- b) Disminución en las descargas de las fibras musculares aferentes.
- c) Facilitación de la actividad de las motoneuronas alfa y disminución de la actividad de las motoneuronas gamma.
- d) Todas las anteriores son ciertas.

65.- Respecto a las microondas, señalar lo falso:

- a) Las utilizadas en medicina tienen 12cm. de longitud de onda y 2450MHz de frecuencia.
- b) Normalizan los valores de cronaxia.
- c) A mayor longitud de onda, mayor absorción y menor penetración.
- d) La vasodilatación arterial que produce la irradiación cesa a los 20 minutos de finalizar el tratamiento.

FISIOTERAPEUTAS
PRIMER EJERCICIO

PLANTILLA DE RESPUESTAS CORRECTAS

1	A	36	D
2	D	37	B
3	C	38	B
4	D	39	C
5	A	40	B
6	D	41	B
7	C	42	B
8	C	43	A
9	B	44	A
10	D	45	B
11	C	46	A
12	C	47	A
13	ANULADA	48	D
14	C	49	B
15	A	50	C
16	D	51	C
17	B	52	B
18	D	53	ANULADA
19	B	54	C
20	D	55	D
21	C	56	C
22	C	57	B
23	B	58	C
24	C	59	A
25	A	60	D
26	A	PREGUNTAS RESERVA	
27	B		
28	B	61	D
29	A	62	D
30	A	63	B
31	B	64	D
32	B	65	C
33	A		
34	B		
35	C		

SEGUNDO EJERCICIO

21/02/2016

**PRUEBAS SELECTIVAS PARA EL INGRESO EN EL CUERPO
DE FUNCIONARIOS TÉCNICOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE
LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN, ESCALA TÉCNICA
SANITARIA, FISIOTERAPEUTAS**

**CONVOCADAS POR RESOLUCIÓN DEL 30 DE OCTUBRE DE 2014 DEL
DIRECTOR GENERAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CALIDAD DE LOS
SERVICIOS (BOA N.º 229 de 21 de noviembre de 2014)**

TEMA PROPUESTO POR EL TRIBUNAL:

Características principales de los síndromes neurológicos siguientes:

- Síndrome de la motoneurona inferior.
- Síndrome de la motoneurona superior.
- Síndrome de los ganglios basales.
- Síndrome cerebeloso.

TEMA DEL TEMARIO ESPECÍFICO:

Tema n.º 42: "Tratamiento fisioterápico de la incontinencia urinaria".

TERCER EJERCICIO 27/04/16

SUPUESTO PRÁCTICO

SUPUESTO 1:

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

- Sujeto de 9 años, niña.
- Antecedentes previos: Nacimiento de tercer embarazo. Padres de 41 y 35 años, sanos, no consanguíneos y sin antecedentes reseñables.

Parto a término, podálico, con sufrimiento fetal.

Apgar 7/8, peso de 2.800 gramos.

- Diagnóstico: Parálisis cerebral infantil. Patrón motor mixto: Tetraparesia con hipotonía axial e hipertonia en extremidades a nivel distal.
- Escolarizada en un centro de Educación Especial con asistencia a la Unidad de Fisioterapia en dicho centro 3 días a la semana.
- Hallazgos radiológicos de interés:
 - Cadera derecha:
 - Ángulo de inclinación: 136°
 - Porcentaje de migración: 17%
 - Índice acetabular: 15°
 - Cadera izquierda:
 - Ángulo de inclinación: 168°
 - Porcentaje de migración: 31%
 - Índice acetabular: 42°
 - Tendencia a la oblicuidad pélvica con elevación de la cresta ilíaca izquierda.
- Otros datos relevantes:
 - Región orofacial muy inmadura, con dificultad para el cierre completo de boca y presencia de sialorrea. La niña realiza emisiones orales poco funcionales.
 - Buena capacidad cognitiva, no presenta problemas a nivel comprensivo pero existe una importante barrera motriz que dificulta la expresión comunicativa de tipo oral. Precisa de un sistema alternativo de comunicación.

Buen contexto sociofamiliar; alegre, sociable y colaboradora.

- Según la escala de valoración funcional de la sedestación (modificación de la "Level of Sitting Ability Scale", (Mulcahy, 1988)), se hallaría entre los niveles 3 y 4. Existe en sedestación una tendencia a la inclinación posterior de la pelvis por acortamiento de isquiotibiales y a la caída hacia el lado derecho.
- Incapacidad de sostén activo en posición de bipedestación con tendencia a la aducción y flexión de caderas.
- Aún con la presencia de hipotonía axial, existe control cefálico completo.
- La niña se halla en un nivel III de la Manual Ability Classification System (MACS); presenta ambos pulgares con tendencia a la aducción en la palma, así como resto de dedos y muñecas con predominio flexor. Ninguna de estas actitudes está estructurada pero dificultan su capacidad manipulativa y su motricidad fina. Predominio funcional de hemicuerpo izquierdo.

PREGUNTAS:

1. De acuerdo con los valores radiológicos facilitados, ¿qué diría respecto a la maduración osteoarticular de la niña?
2. ¿Qué pautas de actuación considera convenientes para conseguir que esta niña desarrolle al máximo sus capacidades manipulativas en el entorno escolar?
3. Si se hallara dentro del equipo multidisciplinar encargado de lograr el acceso al ordenador de esta niña, ¿en qué aspectos centraría su valoración fisioterapéutica?

SUPUESTO 2:

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

- Niña de 13 años de edad, con diagnóstico médico de Osteogénesis Imperfecta tipo III. Escoliosis infantil severa.
- Antecedentes personales:
 - Embarazo controlado. Parto vaginal eutócico, a las 39 semanas de gestación. Apgar 9/10. Peso 3000 gramos. En el 6º mes de gestación detectaron alteraciones en ambos fémures. Al nacer presenta dismorfia craneofacial, fractura de húmero derecho y ambos fémures. Hasta la actualidad ha tenido 14 fracturas.
 - Densitometría ósea que reporta T-score de - 5.34: compatible con osteoporosis muy severa.
 - Lleva enclavijado centromedular con agujas de Kirschner en ambos húmeros, fémures y tibias.

- La escoliosis tratada con un VEPTR bilateral (pelvis/costilla).
 - Lleva terapia con bisfosfonato, en ciclos de 3 días cada 3 meses.
 - La exploración revela una niña con desarrollo psicológico cognitivo acorde a su edad.
 - En la actualidad recibe asistencia integrada, por un equipo multidisciplinario de especialistas (neuropediatra, endocrinólogo, traumatólogo, ortopeda y unidad de espalda).
 - Tiene una talla muy baja, facies triangular con frente abombada, escleras azules, dentinogénesis imperfecta.
 - Presenta pies planos valgus, laxitud ligamentosa en manos y pies, va en silla de ruedas, a pesar que ella puede caminar, tiene mucho miedo a caídas y posibles fracturas.
- Tiene reconocido un Grado de minusvalía del 75 % y un nivel de dependencia grado II Nivel I.

PREGUNTAS:

- 1.- ¿Qué **evaluación clínico-funcional** cree primordial para desarrollar el tratamiento fisioterápico?
- 2.- ¿Qué **objetivos** se marcaría a conseguir en la terapia fisioterapéutica?
- 3.- ¿Que **Tratamiento fisioterápico** realizaría?

SUPUESTO 3:

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

- Paciente varón de 72 años con diagnóstico de enfermedad de Párkinson a los 66 años. Es un hombre activo, hasta la manifestación de los síntomas realizaba actividad física frecuente y actualmente realiza paseos diarios.
- Presenta temblor de reposo leve e infrecuente, rigidez leve/moderada y sintomatología bilateral leve con predominio del lado derecho. Bradicinesia que causa lentitud en algunas actividades de la vida diaria pero con mínima discapacidad. Mantiene intactas las reacciones de equilibrio e.d, no hay déficit de equilibrio, tampoco inestabilidad postural (puntuación 0 en el test de retropulsión), sin embargo la postura presenta anteriorización, flexión de la cabeza y ligera hipercifosis (puntuación 1 ítem 28: Postura de la escala UPDRS).
- Durante la marcha se observa, inicio dubitativo, pérdida de balanceo de los brazos, acortamiento de la longitud del paso y disminución de la velocidad, caminando con poca elevación de los pies del suelo pero no hay festinación (puntuación 1 en el ítem 29: Marcha de la escala UPDRS). Rara vez aparece

freezing o bloqueo motor al caminar. Según el paciente, el aspecto de la marcha es lo que más le preocupa.

- No presenta periodos OFF. No presenta déficit cognitivo severo definido por la escala mini-mental ≥ 24 , así como tampoco presenta depresión. No presenta otras enfermedades relevantes, así como tampoco alteraciones auditivas ni visuales.
- Toma medicación para controlar los síntomas cada 8 horas, con respuesta motora al tratamiento farmacológico estable, tomando la primera dosis del día a las 8h a.m.
- Hasta el momento, recibe en la asociación de Párkinson, un programa de tratamiento de fisioterapia específico en sesiones grupales 3 días por semana donde trabajan estiramientos globales, ejercicios de movilidad de tronco, fortalecimiento muscular específico y trabajo postural.

PREGUNTAS:

Con las características de este paciente y con la información facilitada, determine:

- 1) En qué fase de evolución de la enfermedad según la escala Hoehn y Yahr clasificaría a este paciente. Justifique su respuesta.**

Centrándonos en el aspecto de la marcha, ya que es una de las principales limitaciones funcionales y preocupaciones del paciente, se propone el desarrollo de un programa de intervención fisioterápico individual durante 20 sesiones consecutivas a lo largo de 4 semanas como complemento a la terapia grupal. Esta intervención está basada en la utilización de la estimulación sensorial rítmica auditiva (señalización auditiva) como elemento facilitador del movimiento de la marcha, proporcionando los estímulos a través de un metrónomo (estímulos/min.) con los que el paciente debe sincronizar sus movimientos.

El objetivo de la intervención es mejorar los movimientos de la marcha para caminar con pasos más amplios, a mayor velocidad y con un patrón de marcha temporalmente más estable tras este período de estimulación, intentando activar de forma preferente las vías de control de movimiento no dañadas por la enfermedad.

- 2) Como punto de partida de la intervención, determine: Qué frecuencia de estimulación considera más adecuada como inicio de la terapia. Justifique su respuesta. Explique el modo de calcular esta frecuencia de estimulación con el paciente.**
- 3) Una vez determinada la frecuencia de estimulación inicial, y sin modificar esta frecuencia, explique cómo utilizaría la presencia o ausencia de ritmo externo de tal manera que la complejidad de la tarea sea creciente a lo largo de las sesiones del programa de intervención.**

Community Based Rehabilitation (CBR)

CBR is a strategy within general community development for the rehabilitation, equalization of opportunities and social inclusion of all people with disabilities. CBR is implemented through the combined efforts of people with disabilities themselves, their families, organizations and communities, and the relevant governmental and non-governmental health, education, vocational, social and other services.

The major objectives of CBR are:

1. To ensure that people with disabilities are able to maximise their physical and mental abilities, to access regular services and opportunities, and to become active contributors to the community and society at large.
2. To activate communities to promote and protect the human rights of people with disabilities through changes within the community, for example, by removing barriers to participation.

Disability is no longer viewed as merely the result of impairment. The social model of disability has increased awareness that environmental barriers to participation are major causes of disability. The *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) includes body structure and function; but also focuses on 'activities' and 'participation' from both the individual and the societal perspective. The ICF also includes five environmental factors that can limit activities or restrict participation: products and technology, natural environment and human-made changes to it, support and relationships, attitudes, and services, systems and policies. No nation has eliminated all of the environmental barriers that contribute to disability.

Rehabilitation services should no longer be imposed without the consent and participation of people who are using the services. Rehabilitation is now viewed as a process in which people with disabilities or their advocates make decisions about what services they need to enhance participation. Professionals who provide rehabilitation services have the responsibility to provide relevant information to people with disabilities so that they can make informed decisions regarding what is appropriate for them.

Réadaptation à base communautaire (RBC)

La RBC est une stratégie faisant partie du développement communautaire général qui vise à la réadaptation, à l'égalité des chances et à l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées. La RBC est mise en oeuvre grâce aux efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles, organisations et communautés, et des services gouvernementaux et non gouvernementaux de santé, d'éducation, de formation professionnelle, sociaux et autres services compétents.

Les objectifs majeurs de la RBC sont les suivants :

1. Faire en sorte que les personnes handicapées puissent maximiser leurs aptitudes physiques et mentales, accéder aux services et opportunités offerts à toute la population et devenir des contributeurs actifs à la communauté et à la société dans son ensemble.
2. Dynamiser les communautés pour qu'elles promeuvent et protègent les droits humains des personnes handicapées par des réformes consistant par exemple à éliminer les obstacles à la participation des personnes handicapées.

Le handicap n'est plus seulement considéré comme le résultat d'un dommage. Le modèle social du handicap a fait prendre davantage conscience que les obstacles environnementaux à la participation sont des causes majeures du handicap. La *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF) inclut les structures et fonctions de l'organisme, mais elle s'attache aussi aux « activités » et à la « participation » dans la perspective de l'individu comme de la société. La CIF inclut aussi cinq facteurs environnementaux qui peuvent limiter les activités ou restreindre la participation: les produits et la technologie, l'environnement naturel et les changements qui lui sont apportés par les êtres humains, le soutien et les relations, les attitudes et les services, systèmes et politiques. Aucune nation n'a éliminé en totalité les obstacles environnementaux qui contribuent au handicap.

Les services de réadaptation ne devraient plus être imposés sans le consentement et la participation des personnes qui les utilisent. La réadaptation est maintenant conçue comme un processus dans lequel les personnes handicapées ou ceux qui les représentent décident de quels services ils ont besoin pour participer davantage. Les professionnels qui fournissent les services de réadaptation sont tenus de communiquer les informations pertinentes aux personnes handicapées de façon qu'ils puissent prendre des décisions en toute connaissance de cause quant à ce qui leur convient.