SUPUESTO PRÁCTICO Nº 1:

A continuación, se detalla la historia clínica de un varón de 85 años de edad, con reconocimiento de Grado II de dependencia, que ingresará con plaza residencial definitiva en un Centro Polivalente de Recursos del ERA en las próximas semanas.

1. Historia Clínica:

- Enfermedad de Alzheimer (EA) con un valor en la Escala de Deterioro Global (GDS) de 3-4 en última revisión (2026): Deterioro cognitivo leve/Demencia leve.
- Insuficiencia respiratoria crónica: Diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve (GOLD I – $FEV_1 \geq 80\%$) con disnea a medianos esfuerzos (2023) y apnea del sueño con máquina CPAP para dormir (2020). Exfumador. Hospitalizado en noviembre de 2025 y febrero de 2026 por exacerbación de síntomas.
- Gonartrosis severa con afectación principal en la rodilla derecha. Fractura de radio distal izquierdo (Colles) con tratamiento conservador en 2023 tras caída en domicilio. Osteoporosis senil.
- Insuficiencia cardiaca crónica: Hipertensión arterial (HTA) y antecedente de infarto de miocardio con implantación de stent coronario en 2017.
- Medicación actual: aricept (síntomas Alzheimer), losartán (antihipertensivo), paracetamol (analgésico), xarelto (anticoagulante), sertralina (antidepresivo), salbutamol inhalador (broncodilatador de rescate). No alergias conocidas.

2. Situación Basal Actual:

- Actividades de la vida diaria (AVD): Independiente para comer, el aseo y el uso del WC tras facilitación inicial. Marcha autónoma con bastón inglés. Requiere ayuda para el vestido y supervisión en ducha por riesgo de caídas.
- Movilidad: Marcha independiente en trayectos cortos y llanos con bastón inglés. Subida de escaleras dificultosa bajo supervisión. La familia observa mayor lentitud y torpeza. Postura tendente a la flexión de tronco y de rodillas.
- Estado cognitivo: Desorientación temporal. Orientación espacial preservada en entornos muy familiares. Presenta anomia y pérdida de memoria reciente. Reconoce a familiares directos.
- Social: Fue albañil. Es viudo con 2 hijas y 5 nietos (buena relación familiar). Le gustaba jugar a las cartas con sus nietos y bailar los sábados en el centro social de su barrio. Actualmente tiende al aislamiento social, manteniendo baja actividad física.

CONTESTAR SIEMPRE EN RELACIÓN AL CASO EXPUESTO

EJERCICIO 1. VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA (3 PUNTOS).

1.1 ENUMERE en una línea como máximo por cada respuesta **(1,5 PUNTOS).**

- CUATRO indicadores de fragilidad.
- DOS escalas para valorar el riesgo de caídas.
- DOS escalas para valorar las AVD.
- DOS escalas para valorar la tolerancia al esfuerzo.

1.2 En relación a las respuestas enumeradas por usted en la PREGUNTA 1.1, **ESCOJA** UNA de las escalas propuestas para valorar el riesgo de caídas y UNA de las escalas mencionadas para valorar las AVD y **EXPLIQUE** cómo se ejecutan, su interpretación y la utilidad para el caso clínico propuesto **(1,5 PUNTOS).**

EJERCICIO 2. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (1,5 PUNTOS).

CITE CINCO objetivos terapéuticos que usted considere fundamentales para establecer y llevar a cabo la intervención de fisioterapia en el centro residencial.

EJERCICIO 3. TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (4 PUNTOS).

3.1 En relación al caso clínico propuesto, **DISEÑE** de forma simplificada un programa de ejercicio terapéutico multicomponente teniendo en cuenta los criterios FITT (frecuencia, intensidad, tiempo y tipo) **(3 PUNTOS).**

3.2 Teniendo en cuenta la historia social del futuro residente y que presenta enfermedad de Alzheimer en fase GDS 3-4, ¿qué estrategias utilizaría durante la sesión de fisioterapia para favorecer la adherencia al tratamiento, garantizar la comprensión y correcta ejecución de los ejercicios propuestos y estimular la función cognitiva? **CITE** CINCO estrategias **(1 PUNTO).**

EJERCICIO 4. INTERVENCIÓN PREVENTIVA Y DE HÁBITOS DE VIDA (1,5 PUNTOS).

En relación al caso clínico propuesto y las diferentes patologías presentes, **INDIQUE** CINCO medidas de intervención preventiva y de hábitos de vida para llevar a cabo en el entorno residencial.

SUPUESTO PRÁCTICO Nº 2:

Usted ejerce como Fisioterapeuta educativo/a itinerante en la red de centros públicos dependientes de la Consejería de Educación del Principado de Asturias. Entre su alumnado asignado para este curso, se encuentra un estudiante matriculado en 1º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Según su dictamen de escolarización tiene reconocidas 3 sesiones semanales de fisioterapia, de 45 minutos de duración cada una.

De los informes recogidos en el expediente del alumno, puede extraer lo siguiente:

1. Antecedentes personales y diagnóstico médico:

- Nacimiento prematuro a las 27 semanas de gestación, con sufrimiento fetal: Leucomalacia periventricular.
- Inicialmente fue diagnosticado de Parálisis cerebral infantil (PCI) tipo diplejia espástica, con mayor afectación en miembros inferiores. En la primera infancia fue tratado con Toxina botulínica y yesos seriados.
- Estudios genéticos posteriores motivados por la evolución clínica, confirmaron una alteración en la proteína TTN (titina), responsable de un cuadro de miopatía, concretamente una distrofia muscular de cinturas.
- Seguimiento médico especializado: Precisa evaluación periódica por Cardiología debido a una probable afectación del miocardio, así como por el servicio de Rehabilitación para el control evolutivo de la estática de la columna.

2. Perfil Clínico-Funcional Integrado:

- Presenta fatiga prematura ante el esfuerzo y el ejercicio prolongado, lo que condiciona su resistencia física general.
- DESPLAZAMIENTOS: Es autónomo para la marcha, pero puede precisar silla de ruedas autopropulsable para distancias largas. En cuanto a las escaleras, puede subir agarrado a la barandilla, sin alternar; las baja de forma autónoma y alterna, pero con un alto riesgo de caída por la dificultad de frenado y control de la velocidad. Todo esto se ve dificultado por la fatiga.
- TRANSFERENCIAS: Requiere puntos de apoyo en las transferencias, pero las hace solo; salvo levantarse del suelo, que necesita ayuda de terceros.
- TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES: Refiere dolores frecuentes en las regiones cervical y dorsal. El déficit de fuerza en la cintura escapular le genera dificultad para mantener los miembros superiores elevados de forma prolongada, presentando estos un ligero flexo de codos. Conserva la destreza manipulativa fina, pero se observa una falta de fuerza y un déficit en la coordinación óculo-manual.
- EXTREMIDADES INFERIORES: Presenta déficit de fuerza en la cintura pélvica, lo que se traduce en una incapacidad para correr, notables dificultades para la marcha rápida y la imposibilidad de agacharse por falta de control motor para sujetarse y reincorporarse. Manifiesta un déficit de coordinación y equilibrio, con una marcada inestabilidad en el apoyo monopodal. Debido al acortamiento de la musculatura isquiotibial, rectos anteriores del cuádriceps y gemelos, presenta un ligero flexo de rodillas y una deformidad de pies en balancín.
- ESFERA COGNITIVA Y SOCIAL: Muestra una capacidad cognitiva totalmente conservada y una excelente interacción social, lo que constituye su mayor potencial para el aprendizaje de estrategias de economía de esfuerzo y su inclusión en el entorno escolar.

CONTESTAR SIEMPRE EN RELACIÓN AL CASO EXPUESTO

EJERCICIO 1. VALORACIÓN DEL CASO (2,5 PUNTOS).

1.1 DETERMINE el nivel de afectación del paciente según el Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS). Justifique su elección basándose en las características clínicas descritas en el caso **(0,5 PUNTOS).**

1.2 Valoración de la Fuerza y el Tono Muscular **(1 PUNTO)**.

Teniendo en cuenta la coexistencia de espasticidad y distrofia muscular en este alumno, **EXPLIQUE brevemente** UNA escala para valorar el balance muscular y UNA para el tono muscular. **NOMBRE** los grupos musculares prioritarios a valorar con las escalas elegidas.

1.3 Escalas de Valoración Funcional **(0,5 PUNTOS).**
CITE TRES escalas de valoración funcional (globales y observacionales o pruebas cronometradas) que sean idóneas para el perfil del caso propuesto.

1.4 ¿En qué actividades de la vida diaria tendría limitación este alumno a la hora de realizarlas, según sus características clínicas? **INDIQUE** CUATRO **(0,4 PUNTOS).**

EJERCICIO 2. OBJETIVOS (2,5 PUNTOS).
2.1 EXPONGA brevemente CINCO objetivos principales de la intervención fisioterapéutica que guiarán su plan de tratamiento **(1 PUNTO).**

2.2 Imaginando los resultados de su primera evaluación como fisioterapeuta del centro, suponga los datos cuantitativos que considere necesarios, y **REDACTE** DOS objetivos de tratamiento con estructura SMART (Específicos, Medibles, Alcanzables, Realistas y Temporales) **(1,5 PUNTOS).**

EJERCICIO 3. TRATAMIENTO (3,5 PUNTOS).

3.1 DESCRIBA brevemente DOS ejercicios o estrategias fisioterapéuticas para mantener la extensibilidad muscular, **ESPECIFICANDO** qué musculatura diana se quiere flexibilizar **(1 PUNTO).**

3.2 PROPONGA DOS ejercicios orientados a mejorar el equilibrio dinámico y/o la coordinación motriz **(1 PUNTO).**

3.3 EXPLIQUE DOS ejercicios funcionales para trabajar la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD) **(1 PUNTO).**

3.4 ¿Qué tipo de contracciones musculares y niveles de intensidad deben evitarse estrictamente en este alumno para no agravar su fatiga ni su daño muscular? **JUSTIFIQUE brevemente** su respuesta **(0,5 PUNTOS).**

EJERCICIO 4. ADAPTACIÓN DEL ENTORNO ESCOLAR Y PRODUCTOS DE APOYO (1,5 PUNTOS).
EXPLIQUE brevemente CINCO adaptaciones del entorno físico o productos de apoyo que resulten idóneos para optimizar la autonomía y el rendimiento en el entorno escolar del caso que nos ocupa.