

**Proyecto/Guía docente de la asignatura**

Se debe indicar de forma fiel cómo va a ser desarrollada la docencia. Esta guía debe ser elaborada teniendo en cuenta a todos los profesores de la asignatura. Conocidos los espacios y profesorado disponible, se debe buscar la máxima presencialidad posible del estudiante siempre respetando las capacidades de los espacios asignados por el centro y justificando cualquier adaptación que se realice respecto a la memoria de verificación. Si la docencia de alguna asignatura fuese en parte online, deben respetarse los horarios tanto de clase como de tutorías). La planificación académica podrá sufrir modificaciones de acuerdo con la actualización de las condiciones sanitarias.

| | | | |
|--|--|----------------------|-------------|
| Asignatura | VALORACIÓN EN FISIOTERAPIA 1 | | |
| Materia | VALORACIÓN EN FISIOTERAPIA | | |
| Módulo | | | |
| Titulación | GRADO EN FISIOTERAPIA | | |
| Plan | 555 | Código | |
| Periodo de impartición | 1º CUATRIMESTRE | Tipo/Carácter | OBLIGATORIO |
| Nivel/Ciclo | GRADO | Curso | 2º |
| Créditos ECTS | 4,5 ECTS | | |
| Lengua en que se imparte | CASTELLANO | | |
| Profesor/es responsable/s | SANDRA JIMÉNEZ DEL BARRIO | | |
| Datos de contacto (E-mail, teléfono...) | sandra.jimenez.barrio@uva.es | | |
| Departamento | CIRUGÍA, OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y FISIOTERAPIA | | |



1. Situación / Sentido de la Asignatura

1.1 Contextualización

Es una asignatura impartida en segundo curso en el primer cuatrimestre, de carácter obligatorio asignada al Área de Fisioterapia.

Estudia los aspectos clave para valorar al paciente mediante el examen físico. Para ello, el alumno observará palpará y movilizará las distintas estructuras corporales.

Utilizará los instrumentos y las pruebas de medición oportunas para cuantificar el estado de salud del paciente.

Es una materia imprescindible ya que constituye la primera fase del Método de Intervención en Fisioterapia.

1.2 Relación con otras materias

La materia de Valoración en Fisioterapia está relacionada con las asignaturas específicas del Área de Fisioterapia así como con las materias básicas del Grado en Fisioterapia y es una asignatura fundamental previa a "Valoración II".

1.3 Prerrequisitos

Se recomienda tener dominio de las asignaturas Anatomía Humana, Fisiología, Biomecánica, Fundamentos en Fisioterapia, Procedimientos generales en Fisioterapia I y Cinesiterapia.

2. Competencias

2.1 Generales

G2, G3, G5, G6, G8, G9, G17.

G2. Conocer y comprender las ciencias, los modelos, las técnicas y los instrumentos sobre los que se fundamenta, articula y desarrolla la Fisioterapia.

G3. Conocer y comprender los métodos, procedimientos y actuaciones fisioterapéuticas, encaminados tanto a la terapéutica propiamente dicha a aplicar en la clínica para la reeducación o recuperación funcional, como a la realización de actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud.

G5. Valorar el estado funcional del paciente, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

G6. Realizar la valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia según las normas y con los instrumentos de validación reconocidos internacionalmente.

G8. Ejecutar, dirigir y coordinar el plan de intervención de fisioterapia, utilizando las herramientas terapéuticas propias y atendiendo a la individualidad del usuario.

G9. Evaluar la evolución de los resultados obtenidos con el tratamiento en relación con los objetivos marcados.

Para desarrollar esta competencia de forma adecuada será necesario:

- Definir y establecer los criterios de resultados;
- Realizar la valoración de la evolución del paciente/usuario;
- Rediseñar los objetivos según la valoración, si es preciso;
- Adecuar el plan de intervención o tratamiento a los nuevos objetivos.

G17. Comprender la importancia de actualizar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que integran las competencias profesionales del fisioterapeuta.

2.2 Específicas

E2, E4, E8, E9, E12, E18, E19.

E2. Comprender los principios de la biomecánica y la electrofisiología, y sus principales aplicaciones en el ámbito de la fisioterapia

E4. Conocer y desarrollar la teoría de la comunicación y las habilidades interpersonales.

E8. Identificar las estructuras anatómicas como base de conocimiento para establecer relaciones dinámicamente con la organización funcional. Se hará especial hincapié en el aparato locomotor y los sistemas nervioso y cardiorrespiratorio.

E9. Conocer los cambios fisiológicos y estructurales que se pueden producir como consecuencia de la aplicación de la fisioterapia.

E12. Identificar los cambios producidos como consecuencia de la intervención de la fisioterapia.

Cambios estructurales, fisiológicos, funcionales y de conducta.

E18. Tener la capacidad de valorar desde la perspectiva de la Fisioterapia, el estado funcional del paciente/usuario, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales del mismo. Para ello deberá elaborar y cumplimentar de forma sistemática la Historia Clínica de Fisioterapia completa, donde se registren de forma adecuada y eficaz todos los pasos seguidos desde la recepción del paciente/usuario hasta el informe de alta de Fisioterapia, a saber:

- Recibir al paciente, recoger y valorar los datos subjetivos manifestados por el usuario y/o las personas significativas de su entorno.
- Aplicar los procedimientos adecuados de valoración en Fisioterapia, lo que incluye ejecutar las pruebas eléctricas y manuales destinadas a determinar el grado de afectación de la inervación y de la fuerza muscular, las pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y las medidas de la capacidad vital.
- Identificar los datos y describir las alteraciones, limitaciones funcionales y discapacidades encontradas reales y potenciales.
- Registrar de forma sistemática los datos significativos de la información recogida y expresarlos de forma correcta en la Historia Clínica de Fisioterapia.

E19. Comprender y aplicar los métodos y procedimientos manuales e instrumentales de valoración en Fisioterapia y Rehabilitación Física, así como la evaluación científica de su utilidad y efectividad.



3. Objetivos

1. Conocer y comprender:
 - Las bases teóricas y prácticas de las exploraciones, test y comprobaciones funcionales aplicadas a los diferentes tejidos y estructuras.
 - El manejo de documentación clínica complementaria.
 - El diagnóstico de fisioterapia entendido como el conjunto de las valoraciones.
2. Conocer el concepto de exploración física, valoración y diagnóstico en Fisioterapia.
3. Describir las características, etapas y recursos del proceso de valoración en Fisioterapia.
4. Aplicar los procedimientos adecuados en las diferentes etapas del proceso de valoración.
5. Realizar una valoración del estado funcional del paciente / usuario.
6. Recoger, analizar e interpretar críticamente información relevante relacionada con las necesidades de los usuarios.
7. Planificar, implementar y ajustar la valoración relevante en fisioterapia de una manera orientada a objetivos / metas.
8. Realizar un diagnóstico de fisioterapia basado en el análisis e interpretación crítica de la información recogida y relacionada con la valoración de Fisioterapia y con la información complementaria.



4. Contenidos y/o bloques temáticos

1. El proceso del razonamiento clínico.
 2. Evaluación subjetiva.
 3. Evaluación objetiva:
 - a. Observación y mediciones objetivas
 - b. Análisis de la postura y mediciones objetivas
 - c. Valoración neurológica: fuerza, sensibilidad y reflejos.
 - d. Valoración neural básica
 - e. Valoración del equilibrio.
 - f. Valoración del dolor
 - g. Valoración articular goniométrica e inclinométrica
 - h. Valoración muscular
 - i. Valoración de la marcha.
- PRÁCTICAS DE AULA: Cuestionarios y escalas de valoración funcional general.

Bibliografía básica

Butler, D., & Moseley, G. L. (2013). Explain Pain 2o Edition. Adelaide: NOI group publications.

Kapandji, A. I. (2012). Fisiología articular. Tomo III, Tronco y raquis: esquemas comentados de mecánica humana. (Panamericana, Ed.).

Kaltenborn, F. M. (2001). Fisioterapia manual: extremidades. McGraw-Hill.
Mathiowetz, V., Weber, K., Volland, G., & Kashman, N. (1984). Reliability and validity of grip and pinch strength evaluations. *The Journal of Hand Surgery*, 9(2), 222–226.

Simons, D. G., & Travell, J. G. (2002). Travell y Simons Dolor y disfunción miofascial: el manual de los puntos gatillo,.. Mitad superior del cuerpo. Editorial Médica Panamericana.

Kaltenborn, F. M. (2001). Fisioterapia manual : extremidades. McGraw-Hill.

Norkin, C. C., & White, D. J. (1995). Measurement of joint motion: a guide to goniometry

g.2 Bibliografía complementaria

Atkins, S. and S. J. Ersner (2008). "Clinical reasoning and patient-centred care." *Clinical reasoning in the health professions*: 77-88.

De Souza, F. S., Ladeira, C. E., & Costa, L. O. P. (2017). Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists. *Spine*, 42(21), E1251–E1258. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002190>

Ferguson, F. C., Brownlee, M., & Webster, V. (2008). A Delphi study investigating consensus among expert physiotherapists in relation to the management of low back pain. *Musculoskeletal Care*, 6(4), 197–210. <https://doi.org/10.1002/msc.126>

Ferguson, F. C., Morison, S., & Ryan, C. G. (2015). Physiotherapists' Understanding of Red Flags for Back Pain. *Musculoskeletal Care*, 13(1), 42–50. <https://doi.org/10.1002/msc.1079>



Gilroy, Anne M.; Macpherson, Brian R.; Ross, L. M. (2013). Prometheus. Atlas de anatomía. (Panamericana, Ed.) (2nd ed.). España.

Gray, H., & Howe, T. (2013, October 1). Physiotherapists' assessment and management of psychosocial factors (Yellow and Blue Flags) in individuals with back pain. *Physical Therapy Reviews*. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1179/1743288X13Y.0000000096>

Higgs, J. (1993). Educational programmes to develop clinical reasoning skills. *Australian Journal of Physiotherapy*, 39(1), 47–51. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60469-4](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60469-4)

IFOMPT. (n.d.). IFOMPT. Retrieved April 7, 2020, from <https://www.ifompt.org/>

IFOMPT. (2012). IFOMPT Newsletter. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3680>

Kapandji, A. I. (2012). Fisiología articular. Tomo III, Tronco y raquis: esquemas comentados de mecánica humana. (Panamericana, Ed.).

Moore A, Jackson A, Jordan J, Hammersley S, Hill J, Mercer C, Hudson A. (n.d.). Clinical guidelines for the physiotherapy management of Whiplash Associated Disorder Quick reference guide.

Nathalie, D., Abiodun, A., Dena, K., Nitin, T., Laura, F., Lenerdene, L., Jackie, S. (2019). What is the diagnostic accuracy of red flags related to cauda equina syndrome (CES), when compared to Magnetic Resonance Imaging (MRI)? A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice*, 42, 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.05.004>

Netter, F. H. (2015). Netter. Atlas de anatomía humana. (Masson, Ed.) (6th ed.). España.

Noll, E., Key, A., & Jensen, G. (2001). Clinical reasoning of an experienced physiotherapist: insight into clinician decision-making regarding low back pain. *Physiotherapy Research International*, 6(1), 40–51. <https://doi.org/10.1002/pri.212>

Poitras, S., Durand, M.-J., Côté, A.-M., & Tousignant, M. (2012). Guidelines on Low Back Pain Disability. *Spine*, 37(14), 1252–1259. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31824b6adf>

Reid, D., Cook, C., Sizer, P. S., Froment, F., Showalter, C. R., & Brismée, J. M. (2017, January 1). Is orthopaedic manipulative physical therapy not fashionable anymore? Lessons learned from 2016 IFOMPT meeting and future directions. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/10669817.2017.1272817>

Smart, K., & Doody, C. (2007). The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists. *Manual Therapy*, 12(1), 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.math.2006.02.006>

Yusuf, M., Finucane, L., & Selfe, J. (2019). Red flags for the early detection of Spinal Infection in back pain patients? A systematic scoping review. *Physiotherapy*, 105,



e162. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.11.164>

Baude, M., Hutin, E., & Gracies, J.-M. (2015). A Bidimensional System of Facial Movement Analysis Conception and Reliability in Adults. *BioMed Research International*, 2015, 812961. <https://doi.org/10.1155/2015/812961>

Chaitow, L., Fryman, V., Moreno Echanove, M. J., & Peraza Sánchez, M. (2001). *Terapia manual: valoración y diagnóstico*. McGraw-Hill.

De Carvalho, D. E., Soave, D., Ross, K., & Callaghan, J. P. (2010). Lumbar Spine and Pelvic Posture Between Standing and Sitting: A Radiologic Investigation Including

Reliability and Repeatability of the Lumbar Lordosis Measure. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 33(1), 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2009.11.008>

Gilroy, Anne M.; Macpherson, Brian R.; Ross, L. M. (2013). *Prometheus. Atlas de anatomía*. (Panamericana, Ed.) (2nd ed.). España.

Gribble, P., Hertel, J., Denegar, C., & Buckley, W. (2005). Reliability and Validity of a 2-D Video Digitizing System during a Static and a Dynamic Task. *Journal of Sport Rehabilitation*, 14(2), 137–149. <https://doi.org/10.1123/jsr.14.2.137>

Griegel-Morris, P., Larson, K., Mueller-Klaus, K., & Oatis, C. A. (1992). Incidence of common postural abnormalities in the cervical, shoulder, and thoracic regions and their association with pain in two age groups of healthy subjects. *Physical Therapy*, 72(6), 425–431.

Harrison, D. D., Harrison, S. O., Croft, A. C., Harrison, D. E., & Troyanovich, S. J. (1999). Sitting biomechanics Part I: Review of the Literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 22(9), 594–609. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0161-4754\(99\)70020-5](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0161-4754(99)70020-5)

Herbert, R. (1993). Observation and analysis of hemiplegic gait: swing phase. *Australian Journal of Physiotherapy*, 39(4), 271–278. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60487-6](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60487-6)

Kapandji, A. I. (2012). *Fisiología articular. Tomo III, Tronco y raquis: esquemas comentados de mecánica humana*. (Panamericana, Ed.). Kinovea. (n.d.). Kinovea. Retrieved April 7, 2020, from <https://www.kinovea.org/>

Kuo, Y.-L., Tully, E. A., & Galea, M. P. (2008). Skin movement errors in measurement of sagittal lumbar and hip angles in young and elderly subjects. *Gait & Posture*, 27(2), 264–270. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2007.03.016>

Kuo, Y.-L., Tully, E. A., & Galea, M. P. (2009). Video analysis of sagittal spinal posture in healthy young and older adults. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(3), 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2009.02.002>

Moral-Muñoz, J. A., Esteban-Moreno, B., Arroyo-Morales, M., Cobo, M. J., & Herrera-Viedma, E. (2015). Agreement Between Face-to-Face and Free Software Video Analysis for Assessing Hamstring Flexibility in Adolescents. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 29(9), 2661–2665.



<https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000000896>

Netter, F. H. (2015). Netter. Atlas de anatomía humana. (Masson, Ed.) (6th ed.). España.

Tully, E. A., Fotoohabadi, M. R., & Galea, M. P. (2005). Sagittal spine and lower limb movement during sit-to-stand in healthy young subjects. *Gait & Posture*, 22(4), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2004.11.007>

Browne, J., & O'Hare, N. (2001). Review of the different methods for assessing standing balance. *Physiotherapy*, 87(9), 489–495. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)60696-7](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60696-7)

Bueno-Gracia, E., Malo-Urriés, M., Ruiz-de-Escudero-Zapico, A., Rodríguez-Marco, S., Jiménez-del-Barrio, S., Shacklock, M., Tricás-Moreno, J. M. (2017). Reliability of measurement of the carpal tunnel and median nerve in asymptomatic subjects with ultrasound. *Musculoskeletal Science and Practice*, 32, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2017.08.001>

Bueno-Gracia, E., Tricás-Moreno, J. M., Fanlo-Mazas, P., Malo-Urriés, M., Haddad-Garay, M., Estébanez-de-Miguel, E., Krauss, J. R. (2015). Validity of the Upper Limb Neurodynamic Test 1 for the diagnosis of Carpal Tunnel Syndrome. The role of structural differentiation. *Manual Therapy*, 22, 190–195. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.12.007>

Butler, D. S. (David S., & Matheson, J. (2000). *The sensitive nervous system* (1st ed.). Noigroup Publications.

Cleland, Jn. (2007). *Exploración clínica en ortopedia: un enfoque para fisioterapeutas basado en la evidencia*. España: Elsevier.

Coppieters, M., Stappaerts, K., Janssens, K., & Jull, G. (2002). Reliability of detecting “onset of pain” and “submaximal pain” during neural provocation testing of the upper quadrant. *Physiotherapy Research International : The Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy*, 7(3), 146–156.

Gilroy, Anne M.; Macpherson, Brian R.; Ross, L. M. (2013). Prometheus. Atlas de anatomía. (PANAMERICANA, Ed.) (2nd ed.). España.

Hansson, E. E., Månsson, N.-O., & Håkansson, A. (2005). Balance performance and selfperceived handicap among dizzy patients in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(4), 215–220. <https://doi.org/10.1080/02813430500287299>

Jiménez, S., Blasco, R., GAvín, A., Maldonado, A., Orús, C., & Uriarte, N. (2016). Fiabilidad de la secuencia local del test neurodinámico del nervio mediano en sujetos sanos. *Cuestiones de Fisioterapia*, 45(2), 77–78.

Jimenez, S., Fortún, M., Pascual, N., Bueno, E., & Estébanez, E. (2013). Fiabilidad del test neurodinámico del nervio mediano para las variables rango de movimiento y distribución de los síntomas. *Cuest.Fisioter*, 42(3), 281–289.

Koulidis, K., Veremis, Y., Anderson, C., & Heneghan, N. R. (2019). Diagnostic accuracy of upper limb neurodynamic tests for the assessment of peripheral neuropathic pain: A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice*, 40, 21–33. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.01.001>

Netter, F. H. (2015). *Netter. Atlas de anatomía humana*. (Masson, Ed.) (6th ed.). España.

Norén, A. M., Bogren, U., Bolin, J., & Stenström, C. (2001). Balance assessment in patients with peripheral arthritis: applicability and reliability of some clinical assessments. *Physiotherapy Research International*, 6(4), 193–204. <https://doi.org/10.1002/pri.228>

Shacklock, M. (2005). *Neurodinámica clínica. Un nuevo sistema de tratamiento musculoesquelético*. Elsevier.

Shooter, D. (2005). Use of two-point discrimination as a nerve repair assessment tool: preliminary report. *ANZ Journal of Surgery*, 75(10), 866–868. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2005.03557.x>

Urban, L. M., & MacNeil, B. J. (2015). Diagnostic Accuracy of the Slump Test for Identifying Neuropathic Pain in the Lower Limb. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 45(8), 596–603. <https://doi.org/10.2519/jospt.2015.5414>

Wainner, R. S., Fritz, J. M., Irrgang, J. J., Delitto, A., Allison, S., & Boninger, M. L. (2005). Development of a clinical prediction rule for the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(4), 609–618

Temporalización

| CARGA ECTS | PERIODO PREVISTO DE DESARROLLO |
|------------|--------------------------------|
| 4,5 | Septiembre - Diciembre |
| | |
| | |

5. Métodos docentes y principios metodológicos

Clases teóricas: Exposición en el aula de los conceptos mediante lección magistral utilizando las nuevas tecnologías. Competencia a adquirir de conocimiento. La distribución del crédito será: 10 horas presenciales, 10 horas de trabajo autónomo, 4 horas de preparación de exámenes y 1 hora de organización del material.

Prácticas de aula: Se desarrollarán en las aulas de las clases teóricas y la metodología se basará en la resolución de problemas o casos prácticos que se resolverán en clase de manera expositiva.



Clases prácticas: Estas actividades se realizarán en las Salas específicas de Fisioterapia, en bloques de 2 horas y por grupos utilizando para su seguimiento el cuaderno de prácticas. Competencias a adquirir de conocimiento, profesionales y actitudinales. La distribución del crédito será: 10 horas presenciales, 6 horas de trabajo autónomo, 3 horas de preparación de exámenes y 1 hora de organización del material.



6. Tabla de dedicación del estudiante a la asignatura

| ACTIVIDADES PRESENCIALES o PRESENCIALES A DISTANCIA ⁽¹⁾ | HORAS | ACTIVIDADES NO PRESENCIALES | HORAS |
|--|-----------|---------------------------------------|------------|
| Clases teóricas | 15 | Estudio y trabajo autónomo individual | 43 |
| Prácticas de laboratorio/salas fisioterapia | 23 | Estudio y trabajo autónomo grupal | 15 |
| Prácticas de aula | 5 | Búsqueda bibliográfica | 5 |
| Otras actividades-exposición de casos prácticos | 2 | Lectura de textos | 3 |
| | | Examen parte teórica/práctica | 2/1 |
| | | | |
| | | | |
| Total presencial | 45 | Total no presencial | 69 |
| TOTAL presencial + no presencial | | | 114 |

(1) Actividad presencial a distancia es cuando un grupo sigue una videoconferencia de forma síncrona a la clase impartida por el profesor.

7. Sistema y características de la evaluación

| INSTRUMENTO/PROCEDIMIENTO | PESO EN LA NOTA FINAL | OBSERVACIONES |
|---------------------------|-----------------------|--|
| Prueba teórica | 40% | Mínimo tener el 50% aprobado para poder ser evaluado/a |
| Prueba práctica | 40% | Mínimo tener el 50% aprobado para poder ser evaluado/a |
| Cuaderno de prácticas | 20% | Este apartado será evaluado con la entrega de las actividades del cuaderno de prácticas. El alumno podrá no optar a la entrega de esta actividad, en este caso el porcentaje será asignado al examen práctico, pasando a tener un valor de 60% |
| | | |

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

- **Convocatoria ordinaria:**

Es necesario tener un 5 mínimo en cada parte (teórica y práctica) para poder ser evaluado/a. En caso de no alcanzar mínimo un 5 se guardará para la convocatoria extraordinaria en ningún caso para el curso siguiente la nota de la parte (teórica o práctica) aprobada.

- **Convocatoria extraordinaria:**

Es necesario tener un 5 mínimo en cada parte (teórica y práctica) para poder ser evaluado/a.



8. Consideraciones finales

Será necesario aprobar las dos partes (teórica y práctica) con un 5 mínimo en cada parte. El plagio de cualquier documento presentado se registrará por el artículo 44 del ROA.

Solo se guardará la nota obtenida en la primera convocatoria de las actividades superadas si en las suspensas se ha obtenido un mínimo de 3,5 sobre 10. En ningún caso se guardarán las notas para el próximo curso.



