



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
SECRETARÍA ACADÉMICA UNIVERSITARIA
Coordinación General de Evaluación, Innovación y Calidad Educativa
UNIDAD ACADÉMICA FACULTAD DE MEDICINA



PROGRAMA DE ESTUDIOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
UNIDAD DE APRENDIZAJE	PROPEDEÚTICA CON PRACTICA CLÍNICA I		
Clave:	PP0317		
Horas y créditos:	Teóricas: 32	Prácticas: 48	Estudio Independiente: 16
	Total de horas: 96		Créditos: 6
Tipo de unidad de aprendizaje:	Teórico:	Teórico-práctico: X	Práctico:
Competencia (s) del perfil de egreso que desarrolla o a las que aporta.	Competencia general: Establece diagnóstico clínico para fundamentar acciones que favorezcan la salud humana, con base en el análisis integral de historia y evidencia clínicas. Competencia específica: Establece la hipótesis diagnóstica con base en los datos de la historia clínica. Competencia de la unidad de aprendizaje: Conoce y analiza la historia clínica aplicando las técnicas de exploración clínica estableciendo una relación médico-paciente empática para lograr un diagnóstico oportuno y correcto con base a la elaboración de la historia clínica del paciente tomando en cuenta a la NOM del expediente clínico.		
Cursos antecedentes y consecuentes relacionados.	Antecedentes: Materias Básicas: Anatomía, Embriología, Fisiología, Bioquímica, Histología, Inmunología, Psicología, Comunicación Y Te, Ética Y Valores, Pensamiento Crítico, Fisiopatología, Genética, Microbiología Y Parasitología, Epidemiología, Bioética. Consecuentes: Gastroenterología con Clínica, Infectología con Clínica, Hematología con Clínica, Urología con Clínica, Nefrología con Clínica, Cardiología con Clínica, Neumología con Clínica, Nutrición, Neurología con Clínica, Oncología con Clínica, Dermatología con Clínica, Geriátrica, Traumatología Y Ortopedia con Clínica, Psiquiatría con Clínica, Ginecología Y Obstetricia con Clínica, Pediatría con Clínica, Otorrinolaringología con Clínica, Oftalmología con Clínica, Medicina Del Trabajo, Medicina Legal.		
Responsables de elaborar y/o actualizar el programa:	Dra. María Elena Ochoa Álvarez Dr. Manuel Alfonso Urtuzuastegui Ibarra Dra. Carolina Zazueta Robles		
Fecha de elaboración:	Enero 2016		Actualización: Diciembre 2016
2. PROPÓSITO			
El alumno adquirirá y aplicará el conocimiento de la historia clínica y de la relación médico-paciente, las formas de comunicación así como los métodos y estrategias útiles para obtener información relacionada con el proceso salud-enfermedad y lograr obtener una hipótesis diagnóstica.			

3. SABERES

<p>Teóricos: (saber)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica los elementos de la relación médico-paciente. • Conoce reglas y las estrategias de abordaje de una entrevista. • Conoce como iniciar y dirigir el interrogatorio- médico. • Conoce los elementos de una historia clínica, los diferentes tipos y sus características específicas y su utilización. • Conoce la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico y el carácter legal de la historia clínica como parte fundamental del expediente médico. • Reconoce los diferentes métodos de exploración física, sabe el momento de su utilización, y el objetivo de los mismos. • Identifica los conocimientos de las materias básicas con el fin de iniciar una integración diagnóstica. • Conoce y analiza los auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete de manera general y su importancia en el diagnóstico clínico.
<p>Prácticos: (saber hacer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza la entrevista, con un interrogatorio asertivo y dirigido con el fin de obtener información relevante y relacionada con el proceso de salud-enfermedad. • Elaborar historias clínicas relacionadas con la anamnesis. • Inicia la exploración física clínica. • Practica los cuatro métodos clínicos de la exploración física. (En las diferentes áreas del cuerpo). • Utiliza y maneja los diferentes instrumentos específicos para áreas endoscópicas
<p>Actitudinales: (saber ser)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable para el desarrollo de sus actividades teóricas y prácticas. • Confiante ante la historia clínica del paciente • Respeta a todo paciente, docentes y compañeros • Respeta a la normativa de las instituciones de salud. • Acepta las críticas constructivas • Respeta su imagen personal y académica • Actitud positiva permanente • Utiliza el léxico adecuado

4. CONTENIDOS

TEMAS SUBTEMAS	APRENDIZAJES ESPERADOS
<p>1. GENERALIDADES</p> <p>1.1. Conceptos y definición de Propedéutica Médica.</p> <p>1.2. Concepto y definición de salud y enfermedad.</p> <p>1.3. Definición de Agente patógeno y clasificación de los mismos de acuerdo a su naturaleza y patogenia.</p> <p>1.4. Historia natural de la enfermedad</p> <p>1.5. Manifestaciones subjetivas, y objetivas de la enfermedad (Síntoma, Signo, Síndrome)</p> <p>1.6. Semiología</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce e interpreta las manifestaciones clínicas de un paciente para determinar un estado de salud o enfermedad. • Conoce los conceptos y tipos de diagnósticos, el pronóstico y tratamientos. • Sabe e identifica la diferencia entre los conceptos de salud, enfermedad y afección. • Conoce los elementos que conforman la triada ecológica su clasificación y las características de cada uno de sus elementos (huésped, agente y medio ambiente) • Investiga por equipos los diferentes conceptos de manera grupal se expone,

	<p>analizan y se integra un concepto o conceptos de grupo.</p>
<p>2. HISTORIA CLÍNICA.</p> <p>2.1. Interrogatorio: Entrevista, bases para un buen interrogatorio, relación médico-Paciente, estrategias, Reglas y personalidades del paciente.</p> <p>2.1.1. Historia clínica y NOM-expediente Clínica</p> <p>2.1.2. Tipos de Historia clínica</p> <p>2.1.3. Estructura Historia clínica</p> <p>2.2. Anamnesis y exploración física anamnesis o interrogatorio.</p> <p>2.2.1 Ficha clínica: Fecha, Nombre, Edad, Sexo, Edo. Civil, Ocupación, Lugar de nacimiento, de residencia, tel. religión.</p> <p>2.2.2 Motivo de consulta.</p> <p>2.2.3 Antecedentes Heredo-familiares, Datos relacionados a padecimientos con factores hereditarios o predisposición de familiar en familiares directos en forma vertical (abuelos, padres) u horizontal (hermanos).</p> <p>2.2.4 Antecedentes Personales No patológicos: Datos sobre medio ambiente del paciente como de hábitos, vivienda, hábitos higiénico-dietéticos, cuidados para la salud, descanso y actividades, recreativas, toxicomanías. Etc</p> <p>2.2.5 Antecedentes personales patológicos: Historia médica sobre padecimientos en su vida de manera cronológica en antecedentes infectocontagiosos, quirúrgicas, transfusionales, traumáticas, crónico – degenerativas.</p> <p>2.2.6 Padecimiento Actual: Sintomatología, semiología, Edo de salud previo, causa aparente de la enfermedad, Evolución de las manifestaciones clínicas.</p> <p>2.2.7 Interrogatorio por Aparatos y Sistemas: Manifestaciones clínicas relacionadas con los diferentes aparatos y sistemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las bases de un buen interrogatorio dirigido y lógico. • Analiza su clasificación las reglas y estrategias, para obtención de información desde un punto de vista médico. • Define el interrogatorio médico como una serie de preguntas lógicas, ordenadas y dirigidas hacia la obtención de datos necesarios para establecer un diagnóstico. • Aplica las estrategias adecuadas para la entrevista con el paciente, utiliza lenguaje adecuado, entendible y orienta las preguntas de una manera lógica y organizada. • Comprende cómo se establece la relación médico-paciente y su trascendencia en la atención médica. • Conoce la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico y la importancia de los registros de tipo médico la relevancia de la historia clínica como documento legal al ser parte del expediente clínico. • Realiza investigación sobre la Norma oficial mexicana del expediente clínico. • Reconoce la importancia de la legislación mexicana en el área de la salud. • Valora la importancia de los registros médicos y su impacto en la práctica médica (como influyen en el futuro profesional del médico ante cualquier proceso legal.) • Sabe los tipos de historia clínica y aplicación de los mismos como su estructura y las partes fundamentales de la historia clínica: • Anamnesis y Exploración física. • Enumera los datos a recabar en la ficha de identificación, Antecedentes heredofamiliares, antecedentes no patológicos, antecedentes patológico, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas. • Elabora, realiza interrogatorio y recaba de una manera sistematizada los datos correspondientes a cada uno de los apartados del interrogatorio en la historia clínica, estableciendo la utilidad y repercusiones en la salud-enfermedad del paciente. • Valora la importancia de los datos obtenidos en la historia clínica la cual contiene información personal confidencial, y que debe tener un resguardo y utilización de manera profesional.

<p>3. EXPLORACIÓN FÍSIC MÉTODOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA</p> <p>3.1. Inspección. Concepto, clasificación: simple, instrumental, directa, indirecta. condiciones ideales, reglas y datos obtenidos</p> <p>3.2. Palpación. Concepto, Clasificación: simple, instrumental, directa, indirecta, manual, bimanual, digital, superficial, profunda, condiciones ideales, reglas y datos obtenidos</p> <p>3.3. Percusión. Concepto, Clasificación: simple, instrumental, directa, indirecta, manual, bimanual, digital, superficial, profunda, condiciones ideales, reglas y datos obtenidos.</p> <p>3.4. Auscultación. Concepto, Clasificación: simple, instrumental, directa, indirecta. condiciones ideales, reglas y datos obtenidos.</p> <p>3.5. Medición. Concepto, variantes aplicación y utilidad.</p> <p>3.6. Punción exploradora. Concepto, variantes, aplicación y utilidad</p> <p>3.7. Métodos auxiliares de diagnóstico. Laboratorio, gabinete, utilidad y aplicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica y diferente a los métodos de exploración física de acuerdo a la técnica y recursos que requiere cada uno de ellos para llevarse a cabo. Su clasificación y variantes. • Conoce las condiciones ideales para realizar cada uno de los métodos de exploración física al área de exploración, los recursos materiales requeridos y el ambiente en general para que el paciente se encuentre cómodo y permita al explorador obtener la mayor información posible. • Respeta y solicita autorización para realizar cualquier método de exploración • Realiza exposición de cada uno de los métodos de exploración física. • Aplica cada método de exploración y sus diferentes técnicas. • Describe el método de medición como aquel en que se compara un dato obtenido de un paciente con otro previamente establecido como normal, para determinar una situación patológica o de normalidad. • Practica este método en compañero de equipo. • Define y describe el método de punción exploradora en sus diferentes variantes (paracentesis, toracocentesis, punción lumbar etc.) conoce su importancia y aplicación clínica. • Actúa de manera respetuosa ante la exposición del cuerpo humano y protege el pudor del explorado. • Identifica los métodos auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete. • Reconoce la utilidad de los mismos en la clínica para el establecimiento de un diagnóstico. • Investiga los estudios de más uso en la práctica clínica y los relaciona con patologías.
<p>4. INSPECCION GENERAL HABITOS EXTERIOR</p> <p>4.1. Introducción. Concepto, constitución conformación, actitud facies, marcha, orientación y Edo. De conciencia, movimientos anormales capacidad cognoscitiva, estado de inteligencia, afectividad. alteraciones del lenguaje</p> <p>4.2. Mesuración. Signos Vitales: Temperatura, frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial y Pulso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Describe el concepto de hábitos exterior. • Sabe e identifica los aspectos concernientes al hábito exterior y comprende la utilidad y relaciona con algunos padecimientos. • Realiza inspección general entre los compañeros de su grupo relacionada con condición de salud del explorado. • Se conduce con respeto y discreción al realizar la inspección creando un ambiente de confianza con el personaje explorado. • Conoce y reconoce la importancia de la somatometría, los signos vitales y sus

<p>4.3. Somatometria. Talla Peso, Perímetro cefálico, Perímetro torácico y Perímetro abdominal</p>	<p>variables normales y patológicas y su clasificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplica los diferentes métodos para la toma de los signos vitales y somatométricas utilizando los diferentes instrumentos más comúnmente utilizados, e identifica las ventajas y desventajas. • Tiene una actitud respetuosa y tolerante al efectuar las mediciones en el paciente y realizándolo en un ambiente de confianza Tanto para las constantes vitales como en mediciones somáticas.
<p>5. EXPLORACIÓN DE PIEL Y ANEXOS PIEL</p> <p>5.1. Tipos Funciones, coloraciones normales y patológicas, lesiones Primarias, lesiones Secundarias, edema común, discrásico, mecánico angioneurótico y enfisema subcutáneo.</p> <p>5.2. Anexos. Uñas: estructura, técnicas de exploración, Alteraciones más Comunes. Pelo: estructura, técnicas de exploración Alteraciones más comunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Describe la estructura en general de la piel y anexos y sus funciones. • Clasifica y conoce las diferentes lesiones primarias (manchas, pápulas, vesículas, pústulas, ronchas etc) y secundarias (costras, escoriaciones, úlceras, escaras, etc. • Conoce los diferentes tipos de edema, mecanismos de presentación, clasificación de acuerdo a la causa y entidades clínicas en que se presentan estas variantes • Conoce el concepto de enfisema subcutáneo, • Identifica las características clínicas de presentación y la relaciona con algunos padecimientos • Describe la estructura de las uñas y pelo, su función, las alteraciones más frecuentes y su relación con algunos padecimientos. • Aplica las diferentes técnicas de exploración en piel identificando a la piel y anexos normales y sus variantes de estructurales y de coloración y observa y refiere la existencia de alguna anormalidad. • Solicita de manera educada y respetuosa la exposición del área a explorar. Cubriendo zonas ya exploradas buscando la comodidad del explorado y respeto a su pudor.
<p>6. EXPLORACION DE CRANEO Y CARA.</p> <p>6.1. Cráneo. Técnicas de Exploración Inspección, límites, forma, volumen Clasificación, Edo. de la superficie, Palpación, consistencias, Deformidades, medición, índice Craneocefálico, perímetro cefálico variantes normales y patológicas.</p> <p>6.2. Cara. Estructura General, clasificación, Estructuras que lo forman y frente.</p> <p>6.3. Globo Ocular y anexo. Cejas, Pestañas, Párpados,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la estructura en general del cráneo y cara normal y reconoce anormalidades (craneosinostosis) • Utiliza los métodos de exploración Inspección, Palpación, y medición, e identifica las características del cráneo normal, • Realiza las mediciones y aplica las fórmulas para determinar el índice craneocefálico. • Compara con parámetros normales y establece diferencias reconociendo las anormales.

<p>Globo ocular en General, conjuntiva Esclerótica, córnea, iris, pupila, cristalino vítreo y Retina (fondo de ojo).</p> <p>6.4. Oído. Pabellón auricular, conducto auditivo externo y membrana timpánica.</p> <p>6.5. Nariz y senos paranasales. Estructura y métodos de exploración.</p> <p>6.6. Boca. Labios, cavidad oral, lengua y orofaringue</p> <p>6.7. Mentón y mejillas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe las técnicas de exploración indicadas para cada estructura de cara y cráneo. Y conoce los instrumentos y su uso para la exploración de cavidades de cráneo y cara. • Utiliza los instrumentos necesarios para la revisiones de nariz, oído y ojo (rinoscopios, otoscopios y lámparas)
--	---

5. ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR LAS COMPETENCIAS

5.1 ACTIVIDADES DEL MAESTRO:

Actividades previas:	Actividades de desarrollo:	Actividades finales:
<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre del grupo. • Presentación del programa • Establecer los criterios de evaluación. • Activación del conocimiento previo. • Lluvia de ideas. • Organización de actividades en grupos de aprendizaje. • Ejercicio: Qué se, qué quiero saber y que aprenderé de propedéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Aplicación de recursos clínicos tales como: Historias clínicas, estudios auxiliares de diagnóstico según el caso y tema. • Casos clínicos completos • Mesas de discusión y foros temáticos. • Revisión y realimentación constante sobre temas específicos. • Revisión de artículos científicos. • Mapas mentales, conceptuales y redes semánticas. • Práctica clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas realizadas por el colectivo de profesores. • Aclaración de dudas y realimentación de aprendizaje. • Reporte de tareas. • Reporte Historia clínica. • Reporte de maestros de práctica clínica. • Examen práctico de exploración. • Portafolio de evidencias.

5.2 ACTIVIDADES DEL ESTUDIANTE:

Actividades previas:	Actividades de desarrollo:	Actividades finales:
<ul style="list-style-type: none"> • Lectura previa del tema diario a tratar. • Elaboración de cuestionarios. • Búsqueda de información. • Trabajo colaborativo, para entrega de tareas y exposiciones. • Organizadores gráficos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de los temas indagados. • Discusión de un tema. • Lluvia de ideas durante la clase. • Organizadores gráficos • Elaboración de cuadros comparativos. • Elaboración de resúmenes. • Elaboración de historia clínica. • Cuestionarios. • Trabajo colaborativo • Exposición. • Revisión de artículos académicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición • Ejercicios dentro de clase que se realizaron en el desarrollo. • Aprendizaje basado en tareas • Reporte de la práctica clínica. • Solución de escenarios clínicos • Trabajo integrador de historia clínica. • Reporte de historia clínica. • Portafolio de evidencias.

	<ul style="list-style-type: none"> Práctica clínica 													
6. EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS														
6.1. Evidencias de Aprendizaje	6.2. Criterios de Desempeño	6.3. Calificación y Acreditación												
<ul style="list-style-type: none"> Exposición de los temas. Exámenes Ejercicios dentro de clases que se realizaron en el desarrollo. Revisión con reporte de los artículos científicos. Aprendizaje basado en tareas, Reporte de la práctica clínica. Reporte de la historia clínica. Mapas conceptuales Resolución de escenarios clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliza adecuadamente el lenguaje técnico y aprende a desenvolverse en público con respeto. Elabora presentaciones para sus compañeros. Elabora y discute los resultados obtenidos en la práctica clínica. Utiliza el apoyo didáctico. Elabora organizadores gráficos y cuestionarios. Utiliza los métodos auxiliares. Utiliza los instrumentos auxiliares para el diagnóstico. Mapas conceptuales y redes semánticas. 	<p>Porcentaje de evaluación:</p> <table> <tr> <td>Teoría:</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td> Exámenes</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td> Participación</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td> Asistencia</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>Práctica clínica:</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>Total:</td> <td>100%</td> </tr> </table> <p>*El alumno para tener derecho a ser promediado deberá tener una calificación aprobatoria en teoría y práctica clínica. *Para tener derecho a presentar el examen ordinario debe tener el 80% de asistencia; en caso contrario presentará examen extraordinario. *No se promedia calificación reprobatoria. Automáticamente presentara examen extraordinario. *El alumno sacará su promedio final de la materia, sacando el porcentaje que corresponde a teoría y práctica clínica, la suma de ese porcentaje, es su calificación final. *La calificación final será un número entero, el 0.5 lo llevara al siguiente número, el 0.4 lo llevara al número inferior, ejemplo: (8.5 = 9.0 o 8.4 = 8.0).</p>	Teoría:	60%	Exámenes	35%	Participación	10%	Asistencia	15%	Práctica clínica:	40%	Total:	100%
Teoría:	60%													
Exámenes	35%													
Participación	10%													
Asistencia	15%													
Práctica clínica:	40%													
Total:	100%													
6.4. MEDIOS DE REGISTRO, HERRAMIENTAS Y MEDICIÓN DE LAS EVALUACIONES:														
Ordenadores portátiles, listas de asistencia y de registro de actividades, lista de cotejo, de exposiciones, rúbrica y portafolio de evidencias.														
7. FUENTES DE INFORMACIÓN														
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA:														
<ul style="list-style-type: none"> Bickley. Lynn. (2013). <i>Bates. Guía de exploración física e historia clínica</i>. Barcelona, España: Lippincott. Argente A. (2013). <i>Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica</i>. Buenos Aires, Argentina: Panamericana. Swartz H. (2015). <i>Tratado de semiología. Anamnesis y exploración física</i>. Brooklyn, New York: Elsevier. Martínez C. (2008). <i>Clinica propedéutica medica</i>. México, DF: Méndez Editores. Surós A. (2005). <i>Semiología clínica y técnica exploratoria</i>. España: ELSEVIER. 														

8. PERFIL DEL PROFESOR:

- Licenciatura en medicina general
- Especialidad en medicina familiar
- Posgrado maestría y/o doctorado en áreas afines.
- Tener práctica clínica reconocida en institución pública o privada