

Diplomado en Medicina Interna 2026

Ruta completa para dominar el razonamiento clínico del internista moderno.

Ruta integral de medicina interna construida por internistas activos. Casos clínicos interactivos, evidencia 2026 citada con DOI, sin relleno.

10

módulos

51

clases

≈ 40 h

de contenido

Nivel: Intermedio · Idioma: español

PARA QUIÉN

- Estudiantes de medicina e internos.
- Médicos generales y de urgencias.
- Residentes de Medicina Interna y otras especialidades afines.
- Especialistas y profesionales de la salud que quieran reforzar su criterio clínico.

Qué vas a poder hacer

- 01 Tomar decisiones clínicas razonadas, no protocolizadas, en los principales síndromes médicos.
- 02 Integrar evidencia 2026 (AHA, GOLD, SSC, ESC, ADA, KDIGO) directo a la cama del paciente.
- 03 Reconocer cuándo el algoritmo se queda corto y cuándo confiar en tu olfato clínico.
- 04 Decidir bajo presión: triage, criterios de UCI, escalado terapéutico.
- 05 Identificar diagnósticos diferenciales que tipifican el error del internista joven.

TEMARIO COMPLETO

Clase por clase

MÓDULO 0 · RAZONAMIENTO CLÍNICO: CÓMO DECIDE UN INTERNISTA

Decides cómo construir y depurar el diferencial antes de pedir un estudio. Cubre: probabilidad pre-test y razonamiento bayesiano a la cabecera, sesgos cognitivos (anclaje y cierre prematuro) y la lista priorizada por frecuencia y letalidad.

0.1 El Manifiesto del Internista

El razonamiento clínico como eje del internista: Bayes, probabilidades y la decisión en tiempo real.

MÓDULO 1 · DISNEA Y FALLO RESPIRATORIO

El paciente que no respira bien y hay que decidir antes de la radiografía. Lo que es grave: confundir el fenotipo de falla cardíaca y dar líquidos a un húmedo, o no escalar oxígeno a tiempo. Lo frecuente: disnea multifactorial en el adulto mayor. La perla: hipoxémica e hipercápnica se tratan distinto y se reconocen con la gasometría. La conducta: tipificar el patrón, escalar el soporte de oxígeno y atacar la causa.

1.1 Gasometría y Falla Respiratoria

Decides qué tipo de falla tienes enfrente y qué soporte cambia el desenlace.

1.2 Escalonamiento de Oxígeno

Decides cuándo subir de dispositivo y cuándo lo que sigue es intubar.

1.3 Falla Cardíaca Aguda

Decides diurético, vasodilatador o inotrópico según el fenotipo a la cabecera.

1.4 Exacerbación de EPOC y Asma

Decides intensidad del tratamiento y umbral de soporte ventilatorio en la crisis.

1.5 Derrame Pleural

Decides cuándo puncionar y cómo el líquido reorienta el diagnóstico.

1.6 Caso Integrador · Disnea en el adulto mayor

Decides qué tratar primero cuando corazón, pulmón y volumen compiten.

MÓDULO 2 · DOLOR TORÁCICO

Separar lo grave de lo que puede esperar, en minutos. Lo que es grave: dar de alta una disección o un SCA por una troponina única mal interpretada. Lo frecuente: dolor torácico de bajo riesgo que igual hay que estratificar. La perla: el algoritmo 0/1 h con troponinas de alta sensibilidad descarta y confirma rápido. La conducta: estratificar el riesgo, descartar las catástrofes y decidir destino.

2.1 Catástrofes del Dolor Torácico

Decide qué dolor entra a vía rápida de catástrofe y qué descarta en segundos.

2.2 Síndrome Coronario Agudo

Decides descartar, confirmar u observar según la cinética de troponina.

2.3 Disección Aórtica y TEP

Decides activar el protocolo aórtico o el algoritmo de TEP antes de tener la imagen.

2.4 Dolor Torácico Bajo Riesgo

Decides alta, observación o ingreso con la evidencia vigente en la mano.

2.5 Caso Integrador · Dolor torácico

Decides el siguiente paso cuando el primer resultado no cierra el caso.

MÓDULO 3 · CHOQUE E HIPOTENSIÓN

El paciente que se está cayendo y la primera hora define el desenlace. Lo que es grave: retrasar el antibiótico y el vasopresor en el choque séptico. Lo frecuente: hipotensión que se etiqueta sépsis sin tipificar. La perla: el vasopresor periférico temprano evita la espera del catéter central. La conducta: tipificar el choque, reanimar dirigido y abrir la ventana antimicrobiana a tiempo.

3.1 Reconocer el Choque

Decides el tipo de choque para no tratar todo como hipovolemia.

3.2 Choque Indiferenciado

Tipificas a la cabecera antes de inundar de líquidos.

3.3 Choque Séptico

Decides a quién activas como sepsis grave y con qué urgencia.

3.4 Choque Cardiogénico

Reconoces el patrón y decides el soporte inotrópico y mecánico a tiempo.

3.5 Caso Integrador · Choque

Decides el siguiente movimiento cuando el líquido inicial no basta.

MÓDULO 4 · FIEBRE E INFECCIONES

El paciente febril y la decisión antimicrobiana. Lo que es grave: etiquetar hipertermia como fiebre y dar antipiréticos que no sirven, o retrasar el antibiótico en la fiebre neutropénica. Lo frecuente: fiebre sin foco claro en el paciente hospitalizado. La perla: la fuente de la fiebre cambia el antibiótico — no hay "tratamiento de fiebre", hay tratamiento del foco. La conducta: tipificar fiebre vs hipertermia, buscar el foco, abrir la ventana antimicrobiana a tiempo.

4.1 Fiebre vs Hipertermia

Decides si el termostato está arriba o si el disipador falló — porque se tratan al revés.

4.2 Fiebre con Foco vs Sin Foco

Decides si hay foco claro o si la fiebre obliga a buscar más antes de decidir el antibiótico.

4.3 Neumonía de Comunidad

Decides el sitio de atención y el esquema antibiótico según la severidad y el huésped.

4.4 IVU Complicada y BLEE

Decides cuándo escalar a carbapenémico y cuándo la cefalosporina sigue siendo suficiente.

4.5 Fiebre Intrahospitalaria

Decides a qué le echas la culpa y en qué orden: fármaco, catéter, infección o el propio proceso.

4.6 Antibiótico por PK-PD

Decides la dosis y el intervalo usando farmacocinética, no solo el nombre del antibiótico.

4.7 Caso Integrador · Fiebre

Decides el foco, el antibiótico y el escalamiento cuando el cuadro no es limpio.

MÓDULO 5 · MEDIO INTERNO · LRA Y ELECTRÓLITOS

El paciente con riñón enfermo y electrolitos fuera de rango. Lo que es grave: hiperpotasemia que llega al ECG sin tratamiento, o hiponatremia corregida demasiado rápido. Lo frecuente: LRA en contexto de sepsis o nefrotóxicos. La perla: la osmolaridad orienta la hiponatremia antes del sodio urinario. La conducta: clasificar la LRA, corregir el electrolito a la velocidad correcta y ajustar dosis renales.

5.1 Lesión Renal Aguda

Decides prerrenal, intrínseca u obstructiva y el ritmo de reanimación.

5.2 Hiponatremia y Osmolaridad

Decides la velocidad de corrección según la cronicidad y el riesgo de desmielinización.

5.3 Trastornos del Potasio

Decides cuándo es emergencia ECG y con qué secuencia tratas hipo o hiperpotasemia.

5.4 Equilibrio Ácido-Base

Decides el trastorno primario y si la compensación es adecuada o hay doble trastorno.

5.5 Caso Integrador · Medio Interno

Decides el orden de corrección cuando coexisten LRA, hiponatremia y acidosis.

MÓDULO 6 · SANGRADO Y HEMATOLOGÍA

El paciente que sangra o tiene el hematocrito en el piso. Lo que es grave: transfundir de más en sangrado agudo o no detener un anticoagulante a tiempo. Lo frecuente: anemia crónica que llega a urgencias por descompensación. La perla: el umbral de transfusión es 7 g/dL en estables — no el número, la clínica. La conducta: identificar el mecanismo del sangrado, decidir el umbral de transfusión y revertir anticoagulación cuando aplique.

6.1 Hemorragia Digestiva

Decides la urgencia de la endoscopia y el soporte hemodinámico antes del procedimiento.

6.2 Umbral de Transfusión

Decides cuándo transfundir y cuánto — sin guiarte solo por el número.

6.3 Anemias por Reticulocitos

Decides si la médula responde o no, y con eso acortas el diagnóstico diferencial.

6.4 Anticoagulante por Función Renal

Decides cuándo ajustar, pausar o revertir según el CrCl y el riesgo trombótico.

6.5 CID y Microangiopatías

Decides entre CID, PTT y SHU antes de que el tiempo corra en contra.

6.6 Caso Integrador · Sangrado y Anticoagulación

Decides revertir, transfundir o esperar cuando el riesgo trombótico compite con el sangrado.

MÓDULO 7 · CRISIS METABÓLICAS

Las descompensaciones endocrinas que llegan graves. Lo que es grave: corregir la crisis hiperglucémica demasiado rápido, no reconocer la tormenta tiroidea, o suspender el corticoide de golpe. Lo frecuente: el diabético hospitalizado mal controlado con escala móvil aislada. La perla: el esquema basal-bolo controla mejor que la escala móvil sola. La conducta: reconocer la crisis, corregir con seguridad y manejar la glucosa del hospitalizado con criterio.

7.1 Crisis Suprarrenal

Decides cuándo sospecharla y cómo tratarla antes de que el paciente se descompense del todo.

7.2 Cetoacidosis y Estado Hiperosmolar

Decides el ritmo de líquidos, insulina y potasio para corregir sin provocar daño por velocidad.

7.3 Urgencias Tiroideas

Decides cuándo es tormenta tiroidea, usas Burch-Wartofsky y eliges qué frena la cascada.

7.4 Diabético Hospitalizado

Decides el esquema basal-bolo que controla de verdad al paciente internado.

7.5 Caso Integrador · Crisis Metabólicas

Decides la secuencia de corrección ante un paciente con varias crisis metabólicas en simultáneo.

MÓDULO 8 · HEPATOLOGÍA: ICTERICIA Y FALLA HEPÁTICA

El paciente amarillo y el hígado que claudica. Lo que es grave: pasar por alto la peritonitis bacteriana espontánea en el ascítico. Lo frecuente: la ictericia que hay que separar en hepatocelular vs. colestásica. La perla: el R-value y el GASA orientan el diferencial en minutos. La conducta: clasificar el patrón, estudiar la ascitis y reconocer la hipertensión portal y sus complicaciones.

8.1 Patrón Hepatocelular vs Colestásico

Decides la rama del diferencial con el R-value antes de pedir imagen.

8.2 Síndrome Ascítico

Decides la causa de la ascitis y el manejo según el GASA.

8.3 Peritonitis Bacteriana Espontánea

Decides cuándo puncionar y tratar antes de que el cultivo regrese.

8.4 Hipertensión Portal y Encefalopatía

Decides la prioridad cuando varias complicaciones de la cirrosis coinciden.

8.5 Caso Integrador · Hepático

Decides el orden del estudio y el tratamiento empírico ante la descompensación hepática.

MÓDULO 9 · EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Lo que decide el internista cuando el paciente ya está adentro. Lo que es grave: omitir la tromboprofilaxis o suspender el glucocorticoide de golpe. Lo frecuente: el delirium y las transiciones de cuidado mal hechas. La perla: estratificar el riesgo perioperatorio con criterio evita estudios y suspensiones innecesarias. La conducta: valorar riesgo, prevenir las complicaciones del internamiento y asegurar la transición.

9.1 Riesgo Perioperatorio

Decides qué evaluar antes de cirugía y qué estudio no aporta (RCRI).

9.2 Prevención de Delirium

Decides las medidas que bajan el delirium sin recurrir de entrada al fármaco.

9.3 Tromboprofilaxis

Decides la profilaxis según el balance trombosis-sangrado del paciente.

9.4 Reducción de Glucocorticoides

Decides el descenso que evita la insuficiencia suprarrenal y el rebote.

9.5 Transición de Cuidados

Decides qué asegurar en la conciliación de medicamentos y el seguimiento al egreso.

9.6 Caso Integrador · Paciente Hospitalizado

Decides las prioridades que evitan la complicación y el reingreso temprano.

CÓMO ENTRAR

Precio de lanzamiento: **US\$149** (precio de lista US\$249)

Crea tu cuenta en sala7.com.mx y anótate en este curso: te avisamos en cuanto abra y conservas el precio de lanzamiento. Acceso por 12 meses desde que se publica, con un solo pago.

sala7.com.mx · contacto@sala7.com.mx