

no está asociado a ningún desorden gastrointestinal, a diferencia del genotipo G3, el cual, se asoció a sinto-

matología gastrointestinal. Sin embargo, no encontramos una correlación entre Blastocystis y Síndrome de Intestino Irrita-

ble. Apoyo financiero: PAPIIT, UNAM: IN226511; CONACYT: 210C01-140990 y PAPIIT, UNAM: IN218214.

DERMATOLOGÍA

0020 Elefantiasis verrucosa nostra y sepsis

Batún J, Hernández EI, Olán F
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, SSA

Introducción: la elefantiasis verrucosa nostra es una patología poco frecuente secundaria a una obstrucción linfática crónica de etiología múltiple. Se caracteriza por la presencia de deformidad, fibrosis dérmica, lesiones verrugosas y papilomatosas. Se emplea el término nostra para diferenciarla de los trastornos linfoedematosos secundarios a filiaría. El manejo consiste en tratar la causa de obstrucción linfática y medidas para prevenir la sobreinfección. **Descripción del caso:** femenino de 35 años, con el antecedente de hipertensión arterial sistémica (HAS) y diabetes mellitus con mal apego al tratamiento, índice de masa corporal de 39.58 kg/m². Inicia su padecimiento hace un año al presentar lesiones cutáneas en cara anterior de la tibia que progresan hacia toda la extre-

midad, aumento de volumen, cuatro días previos a su ingreso presenta exudado seroso fétido en lesiones cutáneas de extremidad derecha, fiebre, desorientación, por lo cual es llevada a hospitalización. EF mal estado general, hipotensión, taquicardia, polipneía, disnea, aumento de volumen en ambas extremidades inferiores, hiperqueratosis, presencia de placas rosadas, y lesiones verrugosas, nódulos y pápulas con aspecto empedrado a nivel de ambas piernas, con presencia de exudado seroso en extremidad derecha. Parámetros leucocitos 20.7 x 10³/μL, neutrófilos 19.3 x 10³/μL, glucosa 285 mg/dL, PCR 19.3 mg/dL. Se realiza biopsia y toma de cultivo. Es valorada por cirugía general quien realiza amputación supracondílea de miembro pélvico derecho, para erradicar foco infeccioso. Se inicia terapia con líquidos y antibióticos, ingresa a la unidad de cuidados intensivos donde requiere de la administración de aminas vasoactivas, presenta deterioro y fallece a las 48 hrs.

El reporte histológico muestra hiperplasia pseudoepiteliomatosa, hiperqueratosis, edema y espacios linfáticos dilatados. Se recaba reporte de cultivo con desarrollo de *Staphylococcus epidermidis* y *Streptococcus beta hemolítico* grupo A. **Comentario y Conclusiones:** se realiza el diagnóstico de EVN debido a los cambios característicos de la piel, al reporte histológico y al antecedente de HAS y obesidad los cuales se relacionan con el desarrollo de esta patología. Las lesiones cutáneas de la EVN tienen alto riesgo de colonización bacteriana, especialmente en pacientes inmunocomprometidos como fue el caso de nuestra paciente.

0086 Enfermedad de Bourneville-Pringle con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas como primera manifestación en paciente adulto y cuadro clínico característico.

Rodríguez S, Martínez C, Flores P
Centro Médico Ecatepec, IS-SEMYM

Descripción del caso: masculino de 19 años, acude a consulta por crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas en 2 ocasiones, a la exploración física presenta dermatosis diseminada bilateral y simétrica que afecta todos los segmentos corporales constituida por: a) zona centro facial: neoformaciones de 3 a 5 mm de diámetro de color rojo parduzco semiesféricas de base sésil, b) espalda, zona lumbar y rodilla izquierda: manchas hipocrómicas lanceoladas de 1mm a 2.5cm, c) zona lumbar: placa de 14x7cm indurada, de consistencia firme bien limitada, d) en 4° y 5° dedo de pie izquierdo: tumoraciones filiformes de 2 mm de diámetro y 5mm a 1cm de largo duros que emergen desde el pliegue proximal del aparato ungueal. Se hace el diagnóstico de esclerosis tuberosa y se decide realizar estudios de extensión: Tomografía axial computada (Figura 1) presencia de nódulos subependimarios bilaterales, ultrasonido renal que reporta angioliipomas, electroencefalograma ondas beta y brotes paroxísticos de actividad epileptogena.

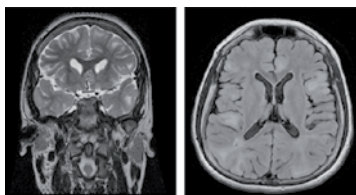


Figura 1. TAC de cráneo con detección de nódulos subependimarios.

0192 Metástasis cutánea como primera manifestación clínica de un adenocarcinoma pancreático. Reporte de un caso

Mora L, Arellano C

Hospital General Ticomán, SSA

Introducción: diversas dermatosis se asocian a la presencia de tumores primarios incluyendo el carcinoma pancreático. **Descripción del caso:** masculino de 50 años el cual inicia 2 meses previos con dermatosis localizada a cara anterior de tórax, caracterizada por un nódulo de 5 mm de diámetro con bordes eritematosos, pruriginoso e indoloro, el cual presenta crecimiento rápidamente progresivo. Se acompaña de epigastralgia y pérdida de peso. A la exploración física se observa nódulo ulcerado de 15 cm de diámetro en tórax anterior, con base necrótica y salida de material seroso, bordes eritematosos y telangectasias perilesionales. Se encuentran nódulos diseminados en cara, cuello y miembros torácicos superiores. Abdomen doloroso en hipocondrio derecho, sin visceromegalias. Se toman biopsias de las lesiones cutáneas más representativas. Por aumento del dolor abdominal se realiza tomografía axial computarizada contrastada y se reporta crecimiento de cabeza del páncreas compatible con probable neoplasia e imágenes hipodensas en hígado sugerentes de metástasis focales. Finalmente, se recibe resultado histopatológico de las biopsias

cutáneas donde se reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico. **Resultados** Se realiza diagnóstico de adenocarcinoma de cabeza de páncreas metastásico.

Discusión y Conclusiones:

las metástasis cutáneas (MC) abarcan un 10% de las manifestaciones clínicas de un tumor primario. En el carcinoma pancreático son poco frecuentes y generalmente se trata de una lesión en ombligo conocida como nódulo de la hermana María José. Las manifestaciones extraumbilicales son aun menos comunes. Presentamos el primer reporte de un paciente mexicano con MC como primera manifestación de un adenocarcinoma pancreático. A nivel internacional es el primer caso de cáncer de páncreas con MC localizadas en región torácica y posteriormente diseminadas. El fácil acceso al estudio de la piel y la posible trascendencia diagnóstica de sus manifestaciones obliga al médico internista a profundizar en el estudio de las múltiples dermatosis sugerentes de enfermedad sistémica.

0302 Síndrome de Osler Weber Rendu; reporte de caso en hospital de tercer nivel

Cano L, Méndez A, Cobos D, Hernández M

SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Antecedentes: Epistaxis es un signo común en la población

general, en este reporte de caso se comenta una paciente que presentó episodios de epistaxis recurrentes durante 16 años, sin etiología aparente, fue hospitalizada por cor anémico, se realizó protocolo de estudio de manera multidisciplinaria hasta llegar a el diagnóstico de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (Síndrome de Osler Weber Rendu) Este síndrome se caracteriza por displasia de los vasos sanguíneos, es raro con una prevalencia de 1 caso en cien mil habitantes, cuenta con una gran variedad de presentaciones clínicas por lo que suele ser infra diagnosticada. Es un trastorno hereditario de comportamiento autosómico dominante, y se presenta con epistaxis recurrentes, malformaciones arteriovenosas (MAV) en piel, mucosas y órganos internos (entre los más frecuentes, cerebro, pulmones e hígado). El diagnóstico es clínico, basado en los criterios de Curaçao (2000) que incluye epistaxis recurrentes, telangiectasias, malformaciones arteriovenosas viscerales e historia familiar (de primer grado), siendo diagnóstico definitivo con más de 3 criterios presentes. **Objetivo:** Realizar el reporte de un caso de Hemorragia Hereditaria Telangiectasica en una paciente con epistaxis recurrentes. **Informe de caso:** Paciente femenino de 46 años de edad, hospitalizada por epistaxis de recurrentes y falla cardiaca crónica agudizada,

presentando durante su estancia hospitalaria 15 episodios de epistaxis sin desencadenante aparente, con presencia de telangiectasias en boca, lengua, mejillas y dedos de ambas manos, debido al antecedente de episodios de epistaxis recurrentes de 16 años de evolución y antecedentes familiares de epistaxis recurrentes, se inicia abordaje diagnóstico para HHT, realizándose endoscopia, ecocardiograma transesofágico y resonancia magnética de cráneo, evidenciando MAV cerebrales, cumpliendo con tres de los cuatro criterios diagnósticos de Curaçao, por lo que se establece el diagnóstico de hemorragia hereditaria telangiectasica. **Conclusión:** La HHT es una entidad rara con una serie de manifestaciones clínicas muy variables, que presenta como motivo de consulta más frecuente la epistaxis recurrente, dado que puede presentar complicaciones graves como hemorragias intracraneanas o abscesos cerebrales es indispensable realizar el diagnóstico temprano e instaurar el tratamiento.

0345 Penfigoide ampolloso en paciente con trastorno afectivo bipolar en tratamiento con risperidona. Reporte de caso

Muñoz G,² Sánchez A,² Ruiz F,² Manrique A,¹ Ávila J,² Ramírez A,² Esquivel V²

¹IMSS, Hospital General de Zona #3, ²SSA, Hospital General de Tampico.

A:El Penfigoide Ampolloso PA es una enfermedad autoinmune adquirida caracterizada por ampollas subepidérmicas con mayor incidencia en ancianos. Su fisiopatología no es aún clara pero se ha demostrado fuerte correlación con múltiples fármacos y enfermedades psiquiátricas O:¿Hay relación de PA con enfermedades psiquiátricas y fármacos? C:Mujer de 56 años que tras ser hospitalizada por Trastorno Afectivo Bipolar en fase de manía tratada con Risperidona presenta dermatosis diseminada con tendencia a generalización respeta cara, piel cabelluda y áreas de brazos y piernas compuesta por flictenas y ampollas de contenido seroso grandes, tensas y zonas de exulceración con costras serohemáticas; mucosas y uñas sin compromiso. Corte histológico con ampolla subepidérmica. Tratada con prednisona 1mg/kg/día R: Existe relación entre PA y trastorno afectivo bipolar y el uso de neurolépticos C: El trastorno afectivo bipolar y el uso de neurolépticos son factores independientes para el desarrollo de PA.



0462 Signos visibles de la edad asociados a cardiopatía isquémica en pacientes mexicanos diagnosticados y sometidos a cateterismo cardiaco en el Hospital Ángeles del Pedregal: Resultado preliminares

García A0, Soto L0, Rodríguez F0, Díaz E0

0. Privado Hospital Ángeles Del Pedregal

La cardiopatía isquémica continúa siendo una de las primeras causas de muerte en población general, además de ser relacionada con la edad se ha demostrado en varios estudios que signos específicos visibles asociados con la edad, se relacionan con mayor riesgo de presentar cardiopatía isquémica. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre signos visibles de la edad asociados a cardiopatía isquémica en pacientes con una o más lesiones significativas comprobadas por cateterismo cardíaco. **Materiales y Métodos:** Se incorporaron 83 pacientes mexicanos de 34 a 93 años de edad con diagnóstico de cardiopatía isquémica y sometidos a cateterismo cardíaco diagnóstica y terapéutica donde se evidenciara la presencia de una o más lesiones coronarias ateroscleróticas significativas que ingresaron de forma primaria o derivados de otro centro al Hospital Ángeles del Pedregal de la Ciudad de México entre Abril de 2014 a Abril de 2015. Se realizó un estudio descriptivo, correlacio-

nal, retrospectivo realizándose un análisis exploratorio de la muestra a través del uso de porcentajes y el test de correlación de porcentajes, utilizando el test de correlación de Pearson entre la presencia de signos visibles de la edad los cuales fueron alopecia fronto temporal y coronal, pliegue del lóbulo de la oreja, xantelasma y arco corneal y su relación con la presencia de cardiopatía isquémica preexistente. **Resultados:** 83 pacientes estudiados, el 98.7% (82) presentaba por lo menos algún signo relacionado con la edad: 7.31% (6) presentaban un signo de la edad, 21.9% (18) dos signos, 23.1% (19) 3 signos, 30.4% (25) 4 signos y 17.0% (14) 5 signos de la edad. El 100% de los pacientes con lesión de 3 o más vasos (18) presentaban más de 4 signos relacionados con la edad, siendo 55.5% (10) 5 signos y 44.4% (8) 4 signos, de los pacientes que con lesión de 2 vasos (34), 11.7% (4) 5 signos, 50% (17) 4 signos y 38.3% (13) 3 signos. **Conclusiones:** Los signos visibles de la edad asociados a cardiopatía isquémica fueron frecuentes en nuestra población estudiada, encontrándose una asociación significativa. La extensión y severidad de la aterosclerosis coronaria correlaciona directamente con el número de signos visibles presentes. Los signos de la edad fueron un indicador dermatológico importante para cardiopatía isquémica deben

ser tomados en cuenta para predecir el factor de riesgo.

0484 Lupus cutáneo discoide.

Reporte de caso

Chi S0

0.SSA Agustín O´Horán

Masculino de 45 años con lesiones en cabeza y zonas de alopecia de 10 años de evolución, sin manejo médico. Dos semanas previas al ingreso presenta cefalea occipital EVA 8/10 sin mejoría con paracetamol, presenta gingivorragia y fiebre de 38GC, sin predominio de horario, de manera ocasional. Acude a centro de salud, donde documentan bicitopenia (anemia normocítica normocromica regenerativa y trombocitopenia severa), por lo que se refiere a Hematología, donde se documenta síndrome mielodisplásico, mediante aspirado de médula ósea. Se valora por Dermatología por dermatosis diseminada a piel cabelluda, pabellones auriculares, cara, hombros, brazos y parte alta de espalda, a la exploración física presenta paniculitis, lesiones en placas con hipopigmentación central, con borde eritemato-



so, hiperpigmentado y atrofia central, se realiza biopsia. En **Laboratorios:** VSG77, C3 115, C4 17.70. Se reporta biopsia compatible con lupus cutáneo discoide y anti DNAs positivo.

0597 Enfermedad indiferenciada de tejido conectivo con Stevens Johnson

Fuentes G, Hidalgo B, Pliego C, Guevara E

ISSSTE, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

Introducción: El síndrome de Stevens Johnson se caracteriza por reacciones mucocutáneas usualmente desencadenadas por fármacos principalmente e infecciones, se ha descrito la prevalencia de este síndrome hasta de un 1.2% en lupus eritematoso sistémico. En cuanto a enfermedades reumáticas aproximadamente un 25% no pueden ser diagnosticadas por su presentación pudiendo permanecer sin diagnóstico entre 5 y 10 años de seguimiento. **Presentación del caso:** masculino de 26 años, desde hace un año en estudio por esclerodermia, dolor articular en metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, distales y carpos con relativa debilidad de los mismos, de predominio matutino con mejoría con la actividad física, a la vez refiere cambio de coloración en yemas de los dedos con dolor que se autolimita en cuestión de minutos. Ingresó por presentar meses previo a su ingreso síndrome

ictérico, dolor abdominal difuso y diarrea. Tratado con múltiples fármacos, entre ellos antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos. Presenta úlceras en mucosa oral, piel en torso, extremidades superiores y genitales, hepatoesplenomegalia, se agregan mialgias y debilidad en brazos posteriormente disfagia para sólidos. hemoglobina 8.4g, VCM 83, complemento C3 36, C4 11.5, IgG 2470, anti DNA 233 UI/mL, antinucleares 12, factor reumatoide 9.8, anti mitocondriales (+) proteína C reactiva 2.19, VSG 17 Ecocardiograma: derrame pericárdico y PSAP 73mmHg. Tomografía de abdomen con hepatoesplenomegalia, biopsia de músculo: miositis **Discusión y Conclusiones:** presentamos un caso reto diagnóstico ya que presenta datos de esclerodermia, dermatomiositis y hepatitis autoinmune de una presentación atípica empezando por el sexo del paciente, quien a la vez presenta síndrome de Stevens Johnson el cual ya tiene en sí una prevalencia similar a la de la población general.

0614 Síndrome de estimulación mastocitaria cutánea como manifestación de mastocitosis sistémica

Alvarado Romero S, Carrillo González AL, Pulido Díaz N
UMAE, Hospital de Especialidades, CMN La Raza

Introducción: La mastocitosis sistémica es una enfermedad

poco frecuente, de etiología desconocida, y de síntomas inespecíficos, se caracteriza por una proliferación y acumulación mastocitaria anormal en diversos órganos y tejidos del organismo como la piel (80%), la médula ósea y otros. Las manifestaciones clínicas son producidas por una ocupación proliferativa de mastocitos en el órgano o tejido afectado; produciendo liberación de sustancias bioactivas que tienen una acción local o distal.

Presentación del caso: Femenino de 33 años de edad, previamente sana sin antecedentes de importancia. Acude a valoración por antecedente de 5 meses de evolución con sensación de calor en región de cara y cuello con lesiones dérmicas en dichas regiones que se presentan diariamente y desaparecen en promedio en 40 minutos. Refiere que en periodos de estrés emocional empeoran con cefalea moderada. Fue valorada previamente en alergología con pruebas cutáneas, de alergia, parásitos, negativos. EF: TA 110/70, FR 18 x min, FC 70x min, Temp 37gds. Paciente femenino consciente, cardiopulmonar sin alteración abdomen normal, extremidades simétricas no edemas. Piel se observan lesiones dérmicas maculares, papulares y algunas telangectasias de forma evanescente, sobre una zona eritematosa en cara y cuello. **Laboratorios:** Hemoglobina 14.4g/dl, leucocitos 13800,

neutrófilos 50%, eosinófilos 5%, linfocitos 15%, plaquetas 268000, glucosa 90mg/dl, creatinina 0.7mg/dl, DHL 450U/l, determinación de triptasa sérica en dos ocasiones de 19.7 y 20.2 mcg/l. Aspirado de Medula ósea normal, Densitometría ósea densidad adecuada para la edad. USG abdominal normal. La biopsia de las lesiones mostró acumulo focal y algunos infiltrados densos multifocales de mastocitos. Se inicio manejo con cromoglicato disódico y antagonistas de histamina H1 y H2 con mejoría del cuadro dentro de los 30 días siguientes. **Conclusiones:** La mastocitosis sistémica es una entidad clínica rara con síntomas inespecíficos con lo cual es difícil de sospechar en los pacientes. El tratamiento de la mastocitosis se basa en medidas preventivas para evitar la degranulación mastocitaria como evitar temperaturas extremas o el ejercicio físico intenso, evitar ingesta de aines, codeína y sus derivados. Un año es la mediana desde el inicio de síntomas al diagnóstico. En las formas agresivas puede estar indicado el interferón o la cirugía.

0636 Paniculitis pancreática

Hernández B

Otra, Hospital General Naval de Alta Especialidad

La paniculitis pancreática es una enfermedad que se caracteriza por necrosis de la grasa subcutánea. Se asocia

principalmente a enfermedades pancreáticas graves como la pancreatitis aguda o crónica y el carcinoma pancreático de tipo acinar en 2 a 3%. Las lesiones cutáneas aparecen como nódulos subcutáneos eritematosos. Presentamos el caso de un paciente con paniculitis pancreática asociado a un probable carcinoma pancreático. Masculino de 45 años de edad, originario del D.F y residente del Estado de México, antecedente de hipertensión arterial de 4 años de diagnóstico en control. Acude por la aparición de nódulos eritematosos que le provocaban dolor y prurito en ambas piernas, pérdida no intencionada de peso de 13 kg en los 3 meses previos agregándose en los últimos 7 días somnolencia, fiebre de 38.3°C, hipotensión, taquicardia, taquipnea e hipoxemia. EF: TA 100/70 mmHg, FC 88 x', FR 20 x', T36°C. Despierto, consciente y orientado, con dermatosis diseminada en tronco, y las cuatro extremidades, caracterizadas por nódulos indurados eritematosos dolorosos de diversos tamaños algunos de ellos con ulceración central con exudado purulento. Lab: Leuc 13.500 x10³/uL, NT 11.2 x10³/uL, LT 0.27 x10³/uL, Bandas 14%, Hb 10.3 g/dl, Hcto. 31.%, PLT 191.000, VSG 35 mm/h, PCR 164 mg/dl, Cr 1.4 mg/dl, Urea 73 mg/dl, Gluc 114 mg/dl, BT 1.6 mg/dl, AST 109 IU/L, FA 151 mg/dl, Lipasa 15,695 mg/dl, Ami-

lasa 27 mg/dl, DHL 1739 mg/dl, Alb 2.0 mg/dl, Gasometría arterial: acidosis metabólica. Estudio Histopatológico de biopsia de piel que muestra una paniculitis lobulillar con necrosis de los adipocitos (adipocitos Fantasma). **Concluye:** Paniculitis pancreática. Concluimos los diagnósticos finales fueron sepsis grave, disfunción orgánica múltiple, lesión renal aguda, desequilibrio ácido base, paniculitis pancreática e hipertensión arterial sistémica. **Comentario:** Este caso ilustra la importancia de pensar en una paniculitis pancreática ante la presencia de nódulos subcutáneos eritematovioláceos de evolución crónica que se confirma por biopsia obligándonos a descartar una enfermedad pancreática.

0796 Asociación entre alopecia areata y bocio tóxico difuso

Galicia M, Vidaurre H, Melo M, Rojas F, Domínguez S

SSA, Hospital de Especialidades de la Ciudad De México Dr. Belisario Domínguez

Introducción: la alopecia areata es una causa común de alopecia no cicatrizal, el sitio más frecuentemente afectado es la piel cabelluda en forma de parche único o múltiples. También puede involucrar la pérdida total de pelo en piel cabelluda, (alopecia total) o la total pérdida de pelo en todo el cuerpo (alopecia universal). De todos los casos de alopecia, el 4.2 a

5.6% son totales o universales. La etiología aún no está clara, sin embargo existe una asociación significativa entre alopecia areata y trastornos tiroideos, principalmente hipotiroidismo en el 14.1%. **Informe de caso:** femenina de 18 años de edad, que inició su padecimiento a los 14 años con pérdida progresiva de pelo de la piel cabelluda, cejas, pestañas y vello corporal hasta la pérdida corporal total de pelo, por lo que acudió al Hospital Infantil de México Federico Gómez al servicio de Dermatología, iniciándole tratamiento con corticoides tópicos en piel cabelluda, sin mejoría clínica. A los 15 años, 12 meses después del inicio de la alopecia, se agregaron: ansiedad, irritabilidad, palpitaciones, disnea de medianos esfuerzos, y aumento de volumen de la región anterior de cuello. En julio del 2013, a los 18 años,

acudió a los servicios de Endocrinología y Dermatología del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, SEDESA. Exploración física: alopecia de piel cabelluda, cejas, pestañas, vello corporal, axilar, púbico, narinas. Cuello con tiroides aumentada de volumen (el doble que el habitual) de consistencia blanda, sin nódulos, ni ganglios. Extremidades superiores con temblor fino y reflejos osteotendinosos aumentados +++. Paraclínicos: Con el diagnóstico clínico de hipertiroidismo y alopecia areata universal se solicitó perfil tiroideo con reporte de hipertiroidismo y gamma grama tiroideo observándose bocio tóxico difuso. Evolución: en agosto de 2013: Se inició tratamiento con tiamazol 10 mg cada 8 horas y propranolol 20 mg cada 8 horas, durante 18 meses, sin respuesta clínica ni

bioquímica, por lo que se indicó administración de 20 mCi de I131, el 21 de Abril del 2015, con lo que se observó disminución del volumen tiroideo y resolución de los síntomas de hipertiroidismo. Posteriormente se inició tratamiento sustitutivo con Levotiroxina 100 µg cada 24 horas. En relación con la alopecia, se inició tratamiento con 20 mg cada 24 horas, sin mejoría. **Conclusiones:** la asociación entre enfermedad tiroidea y alopecia areata es del 18.3%. Por lo que los pacientes con alopecia areata deben recibir evaluación de la función tiroidea con exploración física dirigida y toma de perfil tiroideo con el fin de detectar incluso enfermedad tiroidea subclínica. En este caso la paciente desarrolló alopecia universal y se asoció más tarde a hipertiroidismo, lo cual ocurre en el 2.8% de los casos.

EDUCACIÓN

0437 Estudio sobre inserción laboral y percepción de los egresados de la Especialidad en Medicina Interna de la Universidad de Guadalajara del Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca

Calvo C,¹ Michel S,² Aguilar J,¹ Ramos G,¹ Ortiz J¹

¹Universitario, Hospital Civil de Guadalajara Dr Juan I Menchaca; ²Universitario, Universidad de Guadalajara.

Objetivos: Conocer la inserción laboral de los egresados, la percepción sobre las habilidades adquiridas, el porcentaje de

titulación, el empleo y actividad actual, lo que permitirá definir las modificaciones que el programa requiera. **Material y métodos:** Se realizó un censo por vía telefónica al 80% de los egresados de la especialidad del 2009 al 2014. **Resultados:** Se incluyeron 28 sujetos, edad