

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"HERNIA INCARCERADA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE MAZATENANGO"**

MARCO ANTONIO GONZALEZ SOTO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1978

SUMARIO

- I) INTRODUCCION
- II) OBJETIVOS
- III) ANTECEDENTES
- IV) MATERIAL Y METODO
- V) HISTORIA
- VI) GENERALIDADES SOBRE HERNIA INCARCERADA
- VII) DESARROLLO DEL TRABAJO
- VIII) RESULTADOS
- IX) ANALISIS GENERAL
- X) CONCLUSIONES
- XI) RECOMENDACIONES
- XII) AGRADECIMIENTO
- XIII) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La hernia encarcerada ha sido tema de estudio e investigación por parte de numerosos autores, especialmente extranjeros, nacionales son escasos y en nuestro país no existen trabajos de Tesis sobre estudios realizados en área departamental, por lo que considero importante las estadísticas encontradas respecto a la frecuencia de la enfermedad las características más comunes, el tratamiento dado y los efectos alcanzados con el mismo.

Muchos pacientes han consultado por diversas entidades patológicas y desde ya presentan algún tipo de hernia, al médico "se le pasa por alto" al realizar el examen físico, o si encuentra este problema, cuántos de ellos indican la necesidad de resolverlo quirúrgicamente, previniendo una encarceración que en cualquier momento se puede presentar y poner en peligro la vida del paciente.

Este trabajo es un estudio de 59 casos de hernia encarcerada que se presentaron en el Hospital Nacional de Mazatenango, en un período de 2 años consecutivos, comprendido del 1.º de Enero de 1976 al 31 de Diciembre de 1977 y tiene como propósito fundamental dar a conocer objetivamente que ocurre con los pacientes que presentan esta clase de patología, es decir, como evoluciona, cual es la gravedad del cuadro clínico, su frecuencia y su pronóstico, ya que generalmente las condiciones en que se presentan son físicamente deplorables; en el hospital departamental, donde las condiciones para prestar ayuda médica, muchas veces están limitadas, excepto toda buena voluntad.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de casos de Hernia Incarcerada, que se presenta en el Hospital Nacional de Mazatenango.

Conocer la epidemiología de los casos encontrados.

Establecer el tipo de tratamiento efectuado para tratar de resolverlos.

Conocer con que frecuencia la hernia incarcerada, se resuelve parcialmente, sin tratamiento quirúrgico y los casos que son operados de urgencia.

Investigar la morbimortalidad presentada en los casos estudiados.

ANTECEDENTES

No existe ningún trabajo realizado anteriormente sobre dicho tema, en el Hospital Nacional de Mazatenango.

MATERIAL Y METODOLOGIA

Archivo del Departamento de Estadística del Hospital Nacional de Mazatenango.

Libro de Cirugía Mayor de Sala de Operaciones.

Libro de Ingresos y Egresos de la Sala Intensivo de Adultos.

Papeletas de los casos revisados.

Papel y lápiz.

Metodología: estudio retrospectivo de los años 1976 y 1977.

HISTORIA

Desde la antigüedad el hombre ha enfrentado el problema de la hernia, que por ser una lesión accesible a la vista y al tacto, probablemente fue una de las primeras enfermedades que se reconocieron. Careciendo de recursos eficaces para curarlas, se conformó con reducirlas, guiado por su instinto e imaginación, utilizó vendas para sujetarla, masajes, purgantes, agua fría o emplastos stringentes.

Hipócrates utilizó emplastos adhesivos; Celso ligaba y escindía el saco; Sorano de Efeso escribió sobre hernia del ovario y la trompa de falopio; Heliodoro desprendía el saco del cordón, lo retorció, lo ligó y por último lo extirpó;; Oribacio practicaba la ligadura y escisión del saco, así como la cauterización para estimular cambios fibróticos y forzar las paredes de la región; Praxágoras practicaba la Taxis; Avicena describió el enterocele y epiplocele; en el siglo XIV DE Montpellier distinguió la hernia umbilical de la inguinal y crural; later fue el primero en describir la hernia vesical; la hernia diafragmática fue descrita por Fabricus Hildanus; Littre hizo referencia a la hernia del Divertículo de Meckel; Gimbernant hizo la descripción del ligamento que lleva su nombre.

En el siglo XIX Cooper y Scarpa iniciaron la era moderna sobre el tratamiento de la hernia; Marcy ensayó la reconstrucción del conducto inguinal, reparó el anillo interno con catgut fenicado. Gradualmente la hernioplastia se fue perfeccionando hasta la actualidad en que la operación básica, con sus modificaciones, es la de Bassini.

GENERALIDADES SOBRE HERNIA INCARCERADA

Definición:

Hernia: (del latín hernia) Tumor formado por la salida o dislocación de un órgano o parte del mismo a través de una abertura natural o accidental.

Incarceración: (del latín incarceratum, supino de incarcerare, encarcelar) Retención o aprisionamiento anómalo de una parte.

Hernia Abdominal: es un defecto en la continuidad de las estructuras musculoaponeuróticas de la pared abdominal, congénito o adquirido, que permite la salida de cualquier estructura que no sea la que normalmente pasa a través de las paredes. Debe diferenciarse de prolapso, término con que se designa a la salida de una víscera por una de las aberturas anatómicas normales, en este caso, la víscera no está cubierta por un saco.

Hernia Inguinal: son las que se forman en la región inguinal, Se les designa como Directa cuando pasa a través de la pared inguinal posterior, por dentro de los vasos epigástricos inferiores, en el área limitada por el triángulo de Hesselbach; es Indirecta la que atraviesa el anillo inguinal, sigue el curso del cordón espermático en el conducto y luego sale por el anillo inguinal subcutáneo; Si el saco peritoneal congénito está completo, se extiende hasta el escroto, comunicándose con la Vaginal del testículo, es entonces Inguinoescrotal; se llama Directa-indirecta o en Pantalón cuando tienen doble saco herniario separado por los vasos epigástricos inferiores.

Hernia Crural: es la que se manifiesta a través del anillo crural.

Toda hernia localizada arriba del ligamento inguinal, o que además se dirija al escroto o al labio mayor, corresponde a hernia inguinal; las hernias localizadas hacia abajo del ligamento inguinal

que se dirijan hacia el muslo y queden por dentro del latido femoral, corresponde a hernia crural.

Hernia Umbilical: (onfalocele) es la que protruye por el anillo umbilical.

Hernia de Littre: en la cual el saco herniario contiene un Divertículo de Meckel.

Taxis: reducción manual de un tumor herniario.

Quelotomía: (celotomía) seccionar o desbridar el anillo constrictor que se opone al reingreso de la hernia.

Hernia de Richter: es la que contiene únicamente parte de la circunferencia del intestino.

Según la literatura extranjera se considera que todas las hernias, especialmente las inguinales, tienen un origen congénito, ya que el principal factor en la producción de éstas, es la falta de resistencia en alguna parte de la pared abdominal y a la falta de obliteración del conducto peritoneovaginal o processus vaginalis, que es una especie de divertículo que se aplica al cordón espermático y al testículo, comunicando a la cavidad abdominal con el escroto. Normalmente este conducto se cierra después del nacimiento pero algunas veces puede persistir en el recién nacido por espacio de un mes. En las mujeres el conducto peritoneo-vaginal está representado por el canal de Nuck, que da paso al Ligamento Redondo.

En la hernia inguinal el diagnóstico clínico es el de "hernia inguinal" y la exploración quirúrgica nos dirá si es directa o indirecta, con las siguientes excepciones: en el niño es indirecta, congénita por persistencia del conducto peritoneovaginal; en la mujer por lo general es indirecta; en el hombre se puede encontrar indistintamente, hernia directa o indirecta.

Es más frecuente en hernia inguinal y crural, las del lado derecho, debido que normalmente, el conducto peritoneovaginal de este lado, se cierra después que el del lado opuesto.

Clasificación de las hernias por su reductibilidad:

- a) Reducibles, cuyo contenido puede volver a la cavidad abdominal, espontánea o por manipulación (taxis).
- b) Irreducibles (Incarcerada): cuyo contenido no puede ser devuelto a la cavidad abdominal.
- c) Estrangulada, es aquella en la que el riego sanguíneo está comprometido, la intervención quirúrgica está indicada de urgencia.

Cuadro Clínico:

Historia de masa en alguna región abdominal, dura y no reducible, náusea, vómitos, dolor abdominal tipo cólico, referido a veces a la región umbilical y epigastrio o hipogastrio si está comprometido Intestino Grueso, puede haber constipación, ocasionalmente diarrea, también se puede encontrar distensión abdominal, pero ya en fase tardía.

Tratamiento:

En la hernia incarcerada, a consecuencia del edema y congestión de los tejidos, es muchas veces difícil su identificación, por esta razón se aconseja reducir la hernia, si es posible, mediante medidas conservadoras (hielo local, sedantes, analgésicos, posición adecuada y taxis); además debe esperarse de 24 a 48 horas después de reducida la hernia, para que remitan las reacciones locales, lograr condiciones generales óptimas del paciente y efectuar la hernioplastia. Cuando en un intervalo aproximado de 4 horas, la hernia no se reduce por medio de medidas conservadoras, su tratamiento es quirúrgico, de carácter urgente.

Para el tratamiento quirúrgico se aconseja utilizar incisiones semejantes a las utilizadas en hernias no complicadas, se disea el saco herniario, a continuación debe abrirse éste e inspeccionarlo,

comprobando que no hay perforación o proceso infeccioso, antes de ser abierta la cavidad peritoneal, enseguida se libera la constricción a nivel del cuello del saco (Quelotomía), según sea el caso, si la parte visceral herniada es viable o no, se hará una resección intestinal. Las asas comprometidas deben observarse cuidadosa y detenidamente, hasta quedar seguros de su viabilidad; si se encuentra un asa necrótica, ésta se debe resecar y si las condiciones del paciente lo permiten, hacer una anastomosis termino-terminal cerrada. Por último una técnica de reparación, según el caso que se presente.

La Anestesia Epidural y la Anestesia Raquídea son las recomendadas, ya que tienen una recuperación más rápida y la mortalidad es menor.

DESARROLLO DEL TRABAJO

El presente trabajo se realizó de la siguiente manera: se buscaron y contaron todos los casos de hernias en general que ingresaron y fueron operados durante los años de 1976 y 1977 en el Hospital Nacional de Mazatenango, en los libros correspondientes, los cuales sumaron 416, obteniéndose un total de 59 casos de hernia incarcerada; en el Archivo del departamento de Estadística de este hospital se obtuvieron las papeletas que nos interesaba y las cuales fueron revisadas según nuestros objetivos, en algunos casos se consultó a médicos que habían intervenido en el tratamiento.

En la institución donde se realizó este trabajo, los pacientes que ingresan con el diagnóstico de Hernia Incarcerada son hospitalizados en la Sala Intensivo de Adultos, ya sean niños o mayores de edad, donde inicialmente se les presta tratamiento médico conservador tratando de reducir la hernia, dándoseles un tiempo que oscila entre 3 y 5 horas y durante el cual se toman placas de Rx, que se consideran necesarias según el caso y examen de hematología que comprende Hb, Hto., T.S y C.* velocidad de sedimentación, recuento y fórmula; si en el transcurso de este tiempo la hernia no se reduce, el paciente es preparado e intervenido enseguida.

El tratamiento médico conservador instituido consiste en la aplicación de hielo local, posición de Trendelemburg, analgésicos tipo Pirazolónicos, sedantes y relajantes musculares tipo Diazepán, hidratación intravenosa y desde su ingreso al paciente se le tiene con nada PO, según el caso que se presente, se le indica succión nasogástrica.

* Tiempo de coagulación y sangría.

RESULTADOS

Hernias en total: 416

Hernias Incarceradas: 59 = 14.2o/o

SEXO:

Masculino:	30	51o/o
Femenino:	29	49o/o

EDAD:

0 - 10 años:	5	8o/o
11 - 20 años:	2	3o/o
21 - 30 años:	9	15o/o
31 - 40 años:	8	14o/o
41 - 50 años:	16	27o/o
51 - 60 años:	11	19o/o
61 - más años:	8	14o/o

Total 59

La edad mínima extrema fue de 4 meses

La edad máxima extrema fue de 75 años

RAZA:

Indígena:	34	58o/o
Ladinos:	25	42o/o

OCUPACION:

Jornalero:	27	46o/o
Oficios domésticos:	20	34o/o
Estudiante:	2	3o/o
Otros:	4	7o/o
Ninguna:	6	10o/o

PROCEDENCIA:

Urbana:	13	22o/o
Rural:	46	78o/o

TIPO DE HERNIA:

Hernia Inguinal:	38	64o/o
Hernia Crural:	19	33o/o
Hernia Umbilical:	2	3o/o

Total 59

HERNIA INGUINAL:

Derecha:	24	63o/o	del total de hernias inguinales
Izquierda:	14	37o/o	

Total 38

Inguinal Directa:	20	53o/o	del total de hernias inguinales
Inguinal Indirecta:	18	47o/o	

Total 38

HERNIA CRURAL:

Derecha:	14	73o/o	del total de hernias crurales
Izquierda:	5	27o/o	

Total 19

REDUCCION DE LAS HERNIAS INCARCERADAS:

Del total de hernias incarceradas, que sumaron 59, 20 se redujeron con el tratamiento médico conservador y las cuales fueron operadas posteriormente.

Reducción de las hernias: 20 34o/o

No se redujeron: 39 66o/o

39 hernias incarceradas (66o/o) fueron operadas de urgencia.

Ser observó que las hernias incarceradas que se redujeron con el tratamiento médico conservador correspondían a los casos que tenían menos tiempo de evolución de presentar el cuadro agudo, menor de 4 horas.

TIEMPO DE EVOLUCION:

Es el tiempo de evolución de presentar el cuadro agudo y el cual fue referido por el paciente.

1	5 horas	29 pacientes
6	10 horas	25 pacientes
11	15 horas	2 pacientes
16	20 horas	1 paciente
20	más horas	2 pacientes

Total 59

TIPO DE VISCERA:

Se refiere al tipo de víscera encontrado en el saco herniario

Intestino Delgado:	20	51o/o
Epiplón:	8	21o/o
Intestino Delgado y Epiplón	5	13o/o
Vejiga:	2	5o/o
No referido:	4	10o/o

39 hernias operadas de urgencia

RESECCION DE VISCERA:

Resección Intestinal:	11
Resección Epiplón:	1
No se efectuó resección:	27

Total 39

Considerándose las 12 hernias a las cuales se les efectuó resección visceral como Hernia Estrangulada, que suman el 20o/o de hernias estudiadas.

EVOLUCION:

Evolución satisfactoria:	34	87o/o
Evolución insatisfactoria (fallecieron)	5	13o/o
Total	39	

MORTALIDAD:

Total de casos Hernia Incarcerada:	59, fallecieron	5	8o/o
Hernia Incarcerada operados de urgencia:	39, fallecieron	5	13o/o
Hernia Estrangulada:	12, fallecieron	5	41o/o

Se observó que el grupo de mortalidad correspondía al que tenía más tiempo de evolución de presentar el cuadro agudo, con promedio de 20 horas.

ANESTESIA:

Raquidea:	21
General:	18
Epidural:	0
Local:	0

Total 39

TECNICA QUIRURGICA:

Mc Vay:	16
Bassini:	14
Técnica Anatómica:	3
No referida:	6

Total 39

COMPLICACIONES:

Complicación quirúrgica:

Ruptura vesical:	2
Ninguna:	37

Total 39

Complicación post-operatoria:

Inmediata:		Mediata:	
Shock hipovolémico:	4	Peritonitis:	4
Anemia aguda:	3	Septisemia:	3
Shock séptico:	1	Infección herida op:	5
Ninguna:	31	B N M:	2
		Ninguna:	25
Total		Total	39

TIEMPO DE HOSPITALIZACION:

1	5 días:	6 pacientes
6	10 días:	16 pacientes
11	15 días:	11 pacientes
16	20 días:	7 pacientes
20	más días	1 paciente
Total		39

CASOS DE MORTALIDAD:

Caso No. 1:

Paciente sexo masculino, de 28 años de edad, consultó presentando hernia inguinal derecha de 20 años de evolución y 16 horas de presentar síntomas de incarceration. Se le intervino de urgencia bajo anestesia general, encontrándose compromiso vascular y perforación de intestino delgado, se efectuó resección de aproximadamente 46 cms. y anastomosis termino-terminal cerrada; presentó como complicación post-operatoria peritonitis y fue re-intervenido al segundo día por presentar obstrucción intestinal,

encontrándose necrosis del segmento proximal de la anastomosis, se efectuó nueva resección intestinal de aproximadamente 30 cms. a nivel de ileon terminal. Paciente a los 20 minutos post-op. presentó paro cardiorespiratorio irreversible secundario a shock séptico.

Caso No. 2:

Paciente sexo femenino de 24 años de edad, consultó por presentar hernia inguinal derecha de 6 años de evolución e historia de 15 horas con sintomatología de hernia incarceration, antecedentes de haber estado hospitalizada durante 7 meses, en el pabellón Anti-tuberculoso de este hospital, posteriormente con tratamiento ambulatorio, el cual aparentemente nunca siguió. Ingresó con signos de desnutrición severa y pésimo estado general; se le intervino de urgencia bajo anestesia raquídea encontrándose saco herniario y epiplón necrosado, se le efectuó resección del mismo, paciente toleró bien acto quirúrgico; se le instituyó tratamiento anti-TB, 2 baciloscopías sereadas de esputo fueron positivas, Rx de tórax con signos radiológicos de TB pulmonar. A los 5 días la herida operatoria presentó signos de infección, no hubo dehiscencia, el cuadro se complicó con Peritonitis y paciente falleció a los 12 días post-op por shock séptico, Dx de defunción fue peritonitis a TB.

Caso No. 3:

Paciente sexo femenino de 52 años, consultó por hernia crural derecha de 3 años de evolución y 6 horas de incarceration; ingresó con signos de obstrucción intestinal, DHE y Anemia severa. Gradualmente y mientras se le hidrataba, la hernia presentó signos de estrangulación por lo que se le intervino de urgencia con anestesia general; la nota operatoria no refiere tipo de víscera contenido por la hernia y también si se efectuó resección. A los 45 minutos post-op. paciente entró en shock hipovolémico, presentando paro cardiorespiratorio irreversible; el examen de hematología había revelado una Hb de 3.5 gr o/o.

Caso No. 4:

Paciente sexo femenino de 37 años, presentaba hernia crural izquierda con tiempo de evolución no referido, síntomas y signos de incarceration y obstrucción intestinal de 48 horas, mal estado general y desnutrición severa. Se le intervino a las 8 horas de haber ingresado, bajo anestesia general, después de haber tratado de mejorar su estado; se encontró intestino delgado necrosado por lo que se efectuó resección, no especificaron que longitud. Paciente salió en graves condiciones de sala de operaciones, presentando posteriormente signos de Septisemia, falleciendo a las 20 horas post-op. por shock séptico.

Caso No. 5:

Paciente sexo femenino de 65 años de edad, presentaba hernia inguinal izquierda de 3 años de evolución y 24 horas de presentarse irreductible, mal estado general, desnutrición y DHE. Fue intervenida bajo anestesia general a las 5 horas de haber ingresado. Falleció al finalizar la operación por paro cardiorespiratorio irreversible (según la hoja de anestesia), en la papeleta no apareció nota operatoria ni de defunción, en la hoja de egreso tiene como Dx shock hipovolémico.

ANALISIS GENERAL

Buen porcentaje (34o/o) del total de hernias incarceradas que se presentaron, respondieron al tratamiento médico conservador impuesto, lo que permitió corregir este defecto en mejores condiciones y ofrecer también un mejor pronóstico al paciente.

En lo que respecta al sexo, los casos se presentaron indiscriminadamente con escasa diferencia de mayor en los hombres. La frecuencia fue más en adultos y escasa en niños. El porcentaje fue más alto en la raza indígena pero considero que ello tiene más relación con la clase de trabajo ya que el grupo correspondiente a jornaleros tuvo la mayor incidencia.

La incarceration se presentó más en casos de hernia inguinal y de el lado derecho; la mayoría evolucionaron satisfactoriamente.

Las complicaciones quirúrgicas fueron escasas y se presentaron en los dos únicos casos de hernia vesical; el tiempo de hospitalización para la mayoría de pacientes fue de 1 semana como promedio.

Se puede observar que de los 5 pacientes del grupo de mortalidad, 4 corresponden al sexo femenino y 1 al sexo masculino, también a 4 se les intervino con anestesia general y 1 con anestesia raquídea. Todos ellos se presentaron en malas condiciones generales, en un caso el principal factor fue la complicación con otra entidad patológica diferente (TB pulmonar).

En varios casos de los revisados se encontraron papeletas incompletas, en algunas de estas no existe nota operatoria o su descripción es insatisfactoria para trabajos de investigación.

Ninguna de las papeletas de los casos revisados refería reconsulta por recidiva de las hernias.

CONCLUSIONES

La frecuencia de hernia incarcerada en el Hospital Nacional de Mazatenango, es de 14.2o/o.

Toda hernia incarcerada que no se reduce manualmente en el tiempo previsto, debe considerarse como urgencia quirúrgica.

Toda hernia incarcerada debe intentársele reducir con tratamiento médico conservador para intervenir al paciente en mejores condiciones generales.

Toda hernia debe corregirse luego pues su retardo predispone a la incarceración.

La hernia incarcerada es más frecuente en los hombres y en los adultos, se presenta más en pacientes que realizan trabajos pesados.

El grupo de edad que con más frecuencia presentó hernia incarcerada, es el que corresponde a la 4a. década de la vida.

Se reducen manualmente las hernias incarceradas, mientras menos tiempo tienen de cuadro agudo.

Es más frecuente la incarceración en la hernia inguinal, corresponde al 64o/o y entre éstas, las directas.

En las hernias inguinales y crurales es más frecuente encontrar del lado derecho.

El 34o/o del total de hernias incarceradas se redujeron.

El intestino delgado es la víscera que se incarcera con más frecuencia y le sigue en su orden epiplón.

La evolución fue satisfactoria en el 87o/o de los casos.

La mortalidad del total de hernias incarceradas fue de 8o/o, mientras que en los casos que se operaron de urgencia sumó el 13o/o y fue más frecuente en el sexo femenino.

La técnica quirúrgica que más se empleó fue la de Mc Vay, y respecto a la anestesia fue la Raquídea.

Las complicaciones más frecuentes fueron shock hipovolémico y Peritonitis.

RECOMENDACIONES

A los médicos, después de cada intervención quirúrgica, realizar una nota operatoria más completa.

Hacer conciencia en los pacientes de la importancia que tiene regresar al hospital (consulta externa), para llevarles un seguimiento adecuado.

Insistir en la necesidad de intervenírsele, con todo paciente que sufra de algún tipo de hernia, para prevenir la incarceration.

AGRADECIMIENTO

Con el deseo que este trabajo llegue a ser útil en lo más mínimo, para quienes recorren el campo de la Medicina y en especial, la nuestra, deseo expresar mi gratitud a todos aquellos que hicieron posible la realización del mismo, a los doctores Carlos Rafael Díaz M. y Roberto Orellana C., Asesor y Revisor respectivamente.

BIBLIOGRAFIA

Saluston, Jr David. Tratado de Patología Quirúrgica.
8a. edición. Editorial Interamericana, México 1974.

Harkins, Henry H. Principios y Prácticas de Cirugía.
1a. edición. Editorial Interamericana, México 1968.

Maldonado V, Salvador. "Hernia inguinal, aspectos clínicos básicos".
Tribuna Médica. Segundo número de Marzo, 1974.

Giuliano, Alfredo. Clínica y Terapéutica Quirúrgica.
2a. edición. Editorial El Ateneo, Argentina 1976.

López P, Oscar. Hernia Estrangulada. Tesis de graduación.
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos.
Guatemala, 1966.

Ruiz, María E. Hernia Estrangulada. Tesis de graduación.
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos.
Guatemala, 1970.

Monzón, Ramiro. Hernia Inguinal Incarcerada en el Niño.
Tesis de graduación. Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de San Carlos. Guatemala, 1974.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.
10a. edición. Salvat Editores, S. A. España, 1974.

Br:

Marco Antonio González Soto

Asesor

Carlos Rafael Díaz M.

Revisor

Dr. Roberto Orellana

Director de Fase III

Julio de León M.

Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.

Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo