



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
EXTUBACIÓN NO PLANEADA EN UNA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE
ADULTOS POLIVALENTE.**

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
**ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL ENFERMO ADULTO
EN ESTADO CRÍTICO**

Presenta

Dr. Gerardo Antonio Castillo Patrón.



HOSPITAL ESPAÑOL

México, D.F.

Junio del 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Ricardo Martínez Zubieta.

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico.
Hospital Español de México

Dr. José Miguel Gómez Cruz.

Asesor de Tesis
Médico Adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Español de México

Dr. Manuel Álvarez Navarro.

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación.
Hospital Español de México.

A mi esposa Abril.

ÍNDICE

Resumen.	5
Introducción.	7
Material y Métodos.	11
Resultados.	14
Conclusiones.	17
Bibliografía.	19
Anexos.	21
Agradecimientos.	28

Resumen.

Antecedentes. Los incidentes relacionados con la vía aérea (incluida la extubación no planeada) representan un significativo porcentaje (20%) de los eventos adversos en la UCI. La posibilidad de que ocurra un retiro no-planeado del tubo endotraqueal se ha convertido en un motivo de preocupación. La "Extubación no-planeada" (ENP) se define como la extubación no deseada por el personal médico. Por lo tanto se refiere a cualquier retiro del tubo endotraqueal deliberada por el paciente mismo (también accidental) o accidental por parte de auxiliares de enfermería o personal medico en los procedimientos a la cabecera del enfermo. La ENP es un evento que se asocia con una mayor morbilidad y la mortalidad. La incidencia de la ENP entre los pacientes intubados se informa que varían de 0.3% a 14%. La tasa de reintubaciones en una ENP se acerca alrededor del 40 a 70%. Los pacientes que requirieron reintubación en una ENP presentaron mayor incremento de la mortalidad. Dada la importancia que ha tomado en los últimos años el ejercer y mejorar la practica médica con calidad y eficacia, así como reducir los eventos adversos durante el cuidado de los enfermos, se considera que el realizar un diagnóstico situacional de las reintubaciones por extubaciones no planeadas en nuestra UCI y establecer cuales fueron las características y factores de riesgo asociados a las mismas.

Material y Métodos. Se realizó un estudio de casos y controles obteniendo datos de forma retrospectiva y transversal en la Unidad de Cuidados Intensivos "Dr. Alberto Villazón Sahagún" del Hospital Español de México. Parte de la información se obtuvo de la Base de Datos de la UTI (BASUTI) desarrollado de forma prospectiva. El periodo de estudio comprendió del mes de septiembre del 2009 al mes de Febrero del 2011, con un total de 18 meses analizados.

Resultados. Se encontró en la base de datos UTI (BASUTI) 523 pacientes en el periodo de estudio. 392 pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva. 10 pacientes presentaron ENP, se seleccionaron 20 pacientes controles. Hallamos un indicador de 12.83 episodios por cada 1000 días de intubación y

en el 20% de casos requirió reintubación. El factor de riesgo encontrado asociado a la ENP fue la ausencia de sedación adecuada.

Conclusiones. Aunque en nuestra unidad la incidencia de extubación no planeada y el porcentaje de reintubación resultó baja, no deja de preocupar la presencia de ENP de forma deliberada; por lo tanto un factor que consideramos importante para la extubación no planeada fue probablemente el estado de sedación subóptima en los pacientes, es por ello que se hace necesario apearse más a los protocolos de sedación y analgesia en los pacientes con ventilación mecánica.

Palabras Clave. Extubación no planeada, Reintubación.

Introducción.

Los incidentes relacionados con la vía aérea (incluida la extubación no planeada) representan un significativo porcentaje (20%) de los eventos adversos en la UCI. (1)

La intubación endotraqueal es un procedimiento que se realiza todos los días en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en el mundo. Una vez que el enfermo es intubado, el mantenimiento y cuidado del tubo endotraqueal es esencial. La posibilidad de que ocurra un retiro no-planeado del tubo endotraqueal se ha convertido en un motivo de preocupación. Esto ha llevado a médicos y enfermeras a buscar maneras de disminuir la incidencia de extubaciones no-planeadas.(2)

La "Extubación no-planeada" (ENP) se define como la extubación no deseada por el personal médico. Por lo tanto se refiere a cualquier retiro del tubo endotraqueal deliberada por el paciente mismo (también accidental) o accidental por parte de auxiliares de enfermería o personal medico en los procedimientos a la cabecera del enfermo. (3)

La ENP es un evento que se asocia con una mayor morbilidad y la mortalidad. La incidencia de la ENP entre los pacientes intubados se informa que varían de 0.3% a 14%, dependiendo de las características del paciente, las características de las unidades de cuidados intensivos (UCI) así como la

duración de la ventilación mecánica. (4) En otros estudios más grandes y con mejor diseño estadístico, la incidencia reportada fue 4.2 (5) y 5.2% (6) respectivamente.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número total de extubaciones no-planeadas}}{\text{Número de días de intubación}} \times 1000$$

Donde el número de días de Intubación se calcula dividiendo el número total de horas de ventilación mecánica dividido entre 24. (12)

La tasa de reintubaciones en una ENP se acerca alrededor del 40 a 70%. En un reporte con análisis univariado de una UCI quirúrgica se encontró que en los pacientes que requirieron reintubación hubo incremento de la mortalidad, así como requirieron de reintubación los pacientes con mayor demanda de fracción inspirada de oxígeno (>54%) e índice de PaO2/FiO2 baja (< 228) posterior a la ENP.

Cerca del 85% de los pacientes en destete ventilatorio no se reintubaron esto es de los 33 pacientes en destete solo 5 se reintubaron comparado con los 27 sin destete ventilatorio 17 requirieron reintubación. Esto sugiere también que la mayoría de las reintubaciones no ocurren en pacientes que están en proceso

de progresión y retiro de la ventilación mecánica, sin embargo el 56.8% de las ENP se presentaron durante el destete . (7)

En otro estudio se encontró que el turno nocturno presentaba el mayor número de ENP. Las complicaciones observadas por reintubación fueron aspiración de vómito, taquicardia supraventricular, bradicardia, broncoespasmo y dificultad para la reintubación. Estos mismo autores encontraron siete predictores de reintubación, la presencia de $pH > 7.45$ justo antes de la ENP, un índice de $PaO_2/FiO_2 < 250$ justo antes de la ENP, una frecuencia cardiaca de > 120 lpm en las 24 horas previas a la ENP, una enfermedad coexistente (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; insuficiencia cardiaca congestiva; insuficiencia renal; disfunción hepática; disfunción neurológica entre ellas el coma, las crisis convulsivas o la isquemia; uso actual de antibióticos que traduzcan infección agregada y alteraciones hidroelectrolíticas) presentes al menos tres de las anteriores; que no estuvieran alerta; intubados por alguna causa no postoperatoria; uso de modos previos como SIMV y ACV. (8)

La búsqueda de las variables que posiblemente sean determinantes de una extubación no-planeada revela hallazgos inconsistentes, probablemente debidos a debilidades metodológicas tales como el uso de diseños estadísticos retrospectivos y la falta de grupos control.

Dos estudios que utilizaron un análisis multivariado para valorar los factores de riesgo independientes, sugieren que la agitación y un nivel de sedación bajo están asociados con la extubación no-planeada. (9) Este hallazgo es apoyado

por el hecho de que aproximadamente la mitad de los pacientes que sufren ENP, pueden seguir respirando espontáneamente sin requerir reintubación.

Principalmente se ha encontrado que pacientes con evaluación de la escala de Sedación Ramsay 1, predispone a presentar ENP, ya que se encuentran en periodos de agitación e inquietud, pero también observaron que una buena parte se encontraban despiertos es decir con una escala de sedación 2 de Ramsay. Aunque no fue evaluada la escala CAM-ICU para delirio se encontró que la mayoría de los pacientes pudiesen estar cursando con éste trastorno.

(4) Un análisis de regresión logística múltiple de un estudio prospectivo de casos y controles arrojó hallazgos similares, que las ENP fueron determinadas por un bajo nivel de sedación y un alto nivel de conciencia. (10)

En un estudio retrospectivo de casos y controles (11) la estancia en Terapia Intensiva y en el hospital, así como los días de ventilación mecánica fueron mayores en el grupo de pacientes que sufrieron una ENP que en el grupo control, con valores de P que alcanzaron significancia estadística. Sin embargo estos resultados no son consistentes en los estudios revisados en la literatura, habiendo estudios (10) en los que las diferencias en estancia en UTI y hospitalaria no fueron significativas.

Es necesario conocer cuál es la incidencia actual de la ENP en nuestra unidad, realizando para ello un diagnóstico situacional y determinar si es necesario, sobre la base de los estudios reportados en la literatura, para establecer pautas de mejora continua.

Material y Métodos.

Se realizó un estudio de casos y controles tomando datos de forma retrospectiva y transversal; en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr. Alberto Villazón Sahagún” del Hospital Español de México. Parte de la información se obtuvo de la Base de Datos de la UTI (BASUTI) desarrollado de forma prospectiva.

El periodo de estudio comprendió del mes de septiembre del 2009 al mes de Febrero del 2011, con un total de 18 meses analizados.

Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, como siguen a continuación.

Criterios de Inclusión.

- Pacientes mayores de 18 años.
- Ambos sexos
- Todos los pacientes que requirieron de ventilación mecánica invasiva, durante el periodo de análisis.
- Todos los pacientes que presentaron extubación no planeada durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Criterios de eliminación.

- Pacientes en los que no se encontró el expediente clínico.
- Pacientes en los que los datos del BASUTI o expediente clínico estuvieron incompletos.

Todos los datos obtenidos del BASUTI y del expediente clínico fueron vertidos en una hoja de recolección de datos y posteriormente en una hoja de cálculo para su análisis estadístico.

Se seleccionaron en el BASUTI todos los pacientes que requirieron de ventilación mecánica invasiva del mes de septiembre del 2009 al mes de febrero del 2011.

De los pacientes con ventilación mecánica invasiva se seleccionaron los pacientes en los que se presentó una extubación no planeada. Se obtuvo el número de paciente y de expediente clínico de los pacientes seleccionados que fueron los casos.

Mediante el uso de una herramienta para generar números aleatorios (http://nosetup.org/php_on_line/numero_aleatorio), se seleccionó dos controles por cada caso, tomando como variables similares, la edad y si fue quirúrgico o médico.

Se realizó el cálculo del indicador de extubaciones no planeadas. Previa autorización del Coordinador de la Base de datos de la UTI (BASUTI) para obtener información, se identificaron las siguientes variables en el BASUTI y expediente clínico: Edad, genero, fecha de ingreso al hospital, fecha de ingreso a la UTI fecha de egreso de la UTI, fecha de egreso del hospital, Horas de ventilación mecánica totales, horas de ventilación mecánica previas a la ENP,

diagnostico de ingreso, antecedentes patológicos (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Insuficiencia Renal Aguda/Insuficiencia Renal Crónica, Disfunción Hepática, Disfunción Neurológica, Desequilibrio Hidroelectrolítico; Antimicrobiano), sedación y analgesia, calificación de la escala de Ramsay; SAPS III (Simplified Acute Physiology Score), TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) y SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), el día de la ENP; tipo de extubación no planeada: deliberada o accidental; si requirió reintubación; horas transcurridas entre la ENP y la reintubación; signos vitales: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura; parámetros ventilatorios: modo ventilatorio, Fracción inspirada de oxígeno (FiO₂), Presión arterial de oxígeno (PaO₂), Saturación arterial de oxígeno (SaO₂), Índice PaO₂/FiO₂; destete o no destete, condición de alta hospitalaria: vivo o muerto.

Análisis estadístico utilizando la prueba de Fisher y T de Student con la herramienta SPSS versión 14.0.

Resultados.

Se encontró en la base de datos UTI (BASUTI) 523 pacientes que ingresaron en el periodo comprendido de septiembre del 2009 a febrero del 2011. De los cuales 392 pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva, con un total de 18,701 horas en conjunto. Mediante el uso de filtros en la pagina de Excel del BASUTI, se seleccionaron los pacientes que tuvieron un evento de ENP encontrando 10 casos (2.5% del total), los cuales cumplieron con los criterios de selección. De los 382 pacientes restantes, 32 (8.16%) pacientes se eliminaron por no contar con datos completos en el BASUTI. De los 350 pacientes que cumplieron con los datos completos, se seleccionaron 20 controles utilizando la herramienta de números aleatorios, así como las variables de grupo de edad y condición médica o quirúrgica al ingreso a la UTI (Cuadro 1). De un total de 30 pacientes se estudiaron las variables seleccionadas en material y métodos de forma retrospectiva en la hoja Excel del BASUTI y en los expedientes clínicos, obteniendo los resultados mostrados en la Tabla 1.

Se encontraron 5 pacientes femeninos y 5 pacientes masculinos en los casos y 10 pacientes femeninos y 10 pacientes masculinos en los controles. El promedio de edad en los casos fue de 51.9 años con una DE 17.94; el promedio de edad de los controles fue de 53.3 años con una DE 16.93. De los 10 casos de ENP 8 (80%) pacientes se extubaron de forma deliberada y 2 (20%) de forma accidental. Los días de estancia (4.35 días, DE 4.33) fue menor

con respecto a los del grupo control (5.52 días, DE 7.05). Las horas de ventilación mecánica de igual forma resultaron menores en los casos, con 58.1 horas de VMI totales y 39 horas de VMI previas a la ENP, comparado con 101.15 horas de VMI totales y 97.45 horas de VMI previas a la ENP del grupo control. Los grupos de pacientes que habían ingresado a la UCI por una condición médica fue muy similar a los que ingresaron por cuidados postquirúrgicos. Se presentaron dos casos (20%) que requirieron reintubación en menos de 24 horas, comparado con el 10% de reintubación en el grupo control. (Tabla 1).

En cuanto a las escalas TISS, SOFA y SAPS III no se hallaron resultados con significancia estadística, los resultados fueron muy similares en los casos y grupo control (Tabla 1).

De los pacientes con ENP cinco se encontraban en periodo de destete ventilatorio, en el grupo control 15 pacientes se encontraban en periodo de destete ventilatorio. El modo ventilatorio más frecuentemente encontrado fue el de presión de soporte, utilizado en 6 pacientes con ENP y en 15 de los pacientes del grupo control; solamente en 4 pacientes con ENP y en 5 de los pacientes del grupo control se utilizó el modo de Asistencia-Control/ limite por Volumen. Los parámetros respiratorios obtenidos en la gasometría tomada posterior a la extubación no arrojaron resultados con significancia estadística (Tabla 2). De igual forma los parámetros fisiológicos como es la frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura tampoco mostraron algún resultado significativo (Tabla 3).

De los antecedentes patológicos usados como predictores de reintubación en la ENP el 50% de los casos y en el 60% de los controles se presento algún tipo

de desequilibrio hidroelectrolítico; en el 60% de los casos y en el 65% de los controles se encontraban cursando con algún tipo de proceso infeccioso. Del resto de los antecedentes no se encontró resultados significativos y solo en el 10% de los casos y de los controles se presentaron más de tres antecedentes en un mismo paciente. (Tabla 4).

La analgesia fue utilizada en el 70% de los casos y en el 80% de los controles. Por el contrario la sedación se utilizó en el 30% de los casos y en el 60% de los controles. No se pudo obtener del expediente clínico las calificaciones de Ramsay o RASS. (Tabla 5).

De los resultados que llamaron nuestra atención fue el turno en el que se presentó la extubación no planeada, siendo el turno nocturno el que presentó 80% de las ENP, comparada con el 10% en el turno matutino y vespertino en ambos casos. (Tabla 6)

Conclusiones.

Nuestro trabajo arroja resultados similares a los encontrados en la bibliografía internacional, hallamos un indicador de 12.83 episodios por cada 1000 días de intubación, por debajo del estándar esperado (15 episodios por cada 1000 días de intubación) de acuerdo a los índices de calidad en el enfermo crítico dictados por la SEMICYUC (12). El turno nocturno fue en donde se presentaron el 80% de las ENP, muy probablemente por factores dependientes al número de personal de enfermería en cada guardia, ya que la escala TISS de ambos grupos oscilaba por arriba de 30 puntos y por ende aumenta las necesidades de personal.

Un factor que pudo haber predisposto a los pacientes a presentar ENP de forma deliberada fue que la mayor parte de los casos no se encontraban con sedación, únicamente se mantenía la analgesia. Sin embargo una limitante importante en nuestro trabajo fue el no haber obtenido los resultados de la calificación de Ramsay o de Richmond por inconsistencia de captura en el expediente clínico.

El destete ventilatorio no contribuyó a la ENP como describió Razek (7), pero si parece haber favorecido el hecho de no reintubarse. Otros factores que probablemente contribuyeron a la no reintubación fue haberse mantenido con parámetros fisiológicos y presentar resultados gasométricos dentro de los límites normales, así como no presentar en la mayoría de los casos más de

tres antecedentes patológicos en un mismo paciente que en conjunto se describieron como predictores de reintubación en los pacientes con ENP como en el trabajo de Listello (8), por lo tanto no se encontraron factores predisponentes a la reintubación.

Aunque en nuestra unidad el indicador de extubación no planeada y el porcentaje de reintubación resultó baja, no deja de preocupar la presencia de extubación no planeada de forma deliberada; por lo tanto un factor que consideramos importante para la extubación no planeada aunque no tuvo significancia estadística fue probablemente el nivel de sedación subóptimo en los pacientes, es por ello que se hace necesario apearse más a los protocolos de sedación y analgesia en los pacientes con ventilación mecánica. Probablemente se requiere realizar estudios de mayor plazo y con un diseño prospectivo.

Bibliografía.

- 1.- Beckman, U. et al. The Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care: AIMS-ICU The development and evaluation of an incident reporting system in intensive care. *Anaesth Intensive Care* 1996; 24:314-9.
- 2.- Richmond et al. Unplanned Extubation in Adult Critical Care. *Critical Care Nurse*. Feb, 2004; 24(1).
- 3.- Boulain, T. Unplanned extubations in the adult Critical care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157:1131-37
- 4.- De Groot, R. et, al. Risk factors and outcomes after unplanned extubations on the ICU: a case-control study. *Critical care* 2011, 15:R19
- 5.- Moons P., et al. Development of a risk assessment tool for deliberate self-extubation in intensive care patients. *Intensive Care Med* 2004; 30: 1348-1355.
- 6.- Bhattacharya P et al. Comparison of outcome of self-extubation and accidental extubation in ICU. *Indian J Crit Care Med* 2007; 11:3.
- 7.- Razek T. et, al. Assessing the need for reintubation: A prospective Evaluation of Unplanned Endotracheal extubation. *The J Trauma Injury Infect and Crit care* 2000;48(3):466-9.
- 8.- Listello, D. Unplanned Extubation. Clinical Predictors for reintubation. *Chest* 1994;105:1496-1503.
- 9.- Chevron V, et al. Unplanned Extubation: risk factors of development and predictive criteria for reintubation. *Crit Care Med* 26: 1049-1053; 1998.

10.- Krinsley J et al. The Drive to Survive; Unplanned Extubation in the ICU. Chest 2005; 128: 560-566.

11.- Atkins PM, et al. Characteristics and outcomes of patients who self-extubate from ventilatory support: a case control study. Chest; 112: 1317-1223.

12.- Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. Extubación no programada. 2005. p 59.

Apéndice.

CUADRO 1. Selección de pacientes.

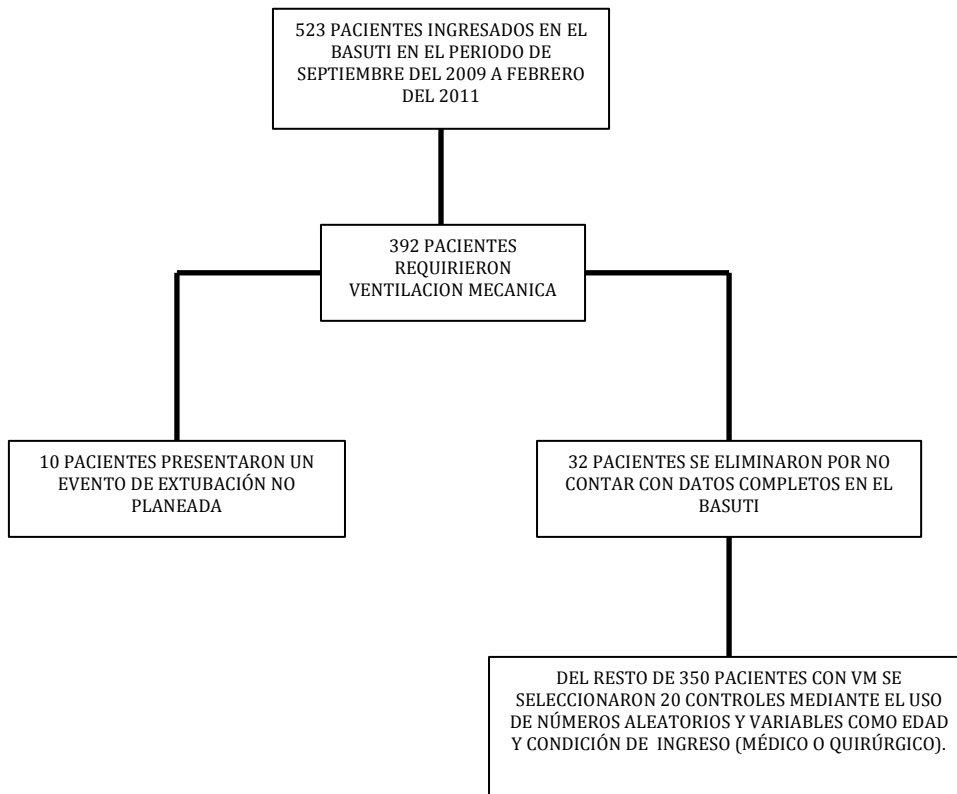


TABLA 1. Aspectos Demográficos

		CASOS		CONTROLES		"p"
"n"		10		20		
Genero	Masculino	5		10		NS
	Femenino	5		10		NS
Edad	Promedio		DE	Promedio	DE	
		51.9	17.94	53.3	16.93	NS
TISS		32.2	9.23	34.75	10.46	NS
SOFA		6.0	2.7	5.6	4.0	NS
Dias de estancia		4.35	4.33	5.52	7.05	NS
SAPS III		45	27.7	50.6	24.97	NS
% Mortalidad		22	34	25	31	NS
Horas de VMI		58.10	82.29	101.15	133.64	
Horas de VMI previas a la ENP		39.0	39.27	97.45	131.01	
ENP Accidental		2				
ENP Deliberada		8				
Reintubación		2 (20%)		2 (10%)		
Postquirurgicos		5		11		
Médicos		5		9		

TISS: Therapeutic Intervention Scoring System; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment; SAPS III: Simplified Acute Physiology Score; VMI: Ventilación mecánica invasiva; ENP: Extubación no planeada.

TABLA 2. Parámetros Respiratorios

		Casos		Controles		p
Destete Ventilatorio	Si	5		15		NS
	No	5		5		
Modo Ventilatorio	Presión de Soporte	6		15		NS
	A/C Volumen	4		5		
		Promedio	DE	Promedio	DE	
PaO2		103.46	28.8	83.61	25.76	NS
SaO2		97.82	3.02	91.68	12.18	NS
Índice de Kirbi		275.34	73.08	251.75	75.29	NS

PaO2: presión arterial de oxígeno; SaO2: saturación arterial de oxígeno.

TABLA 3. Parámetros fisiológicos.

	Casos		Controles		"p"
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Frecuencia Respiratoria	23.1	4.33	22.8	5.89	NS
Frecuencia Cardiaca	96.1	19.92	94.85	20.9	NS
Temperatura	36.92	0.99	36.8	0.78	NS

TABLA 4. Antecedentes patológicos.

	Casos "n" 10 / %	Controles "n" 20 / %	"p"
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2 / 20%	4 / 20%	NS
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	1 / 10%	8 / 40%	NS
Disfunción neurológica	3 / 30%	4 / 20%	NS
Desequilibrio electrolítico	5 / 50%	12 / 60%	NS
Uso de antimicrobiano	6 / 60%	13 / 65%	NS
Lesión renal aguda	3 / 30%	2 / 10%	NS

TABLA 5.

		Casos	Controles	"p"
Analgesia	Si	7 (70%)	16 (80%)	NS
	No	3 (30%)	4 (20%)	NS
Sedación	Si	3 (30%)	12 (60%)	NS
	No	7 (70%)	8 (40%)	NS

TABLA 6. Turno en el que se presentó la extubación.

Turno	Casos	Controles	"p"
Matutino	1	11	
Vespertino	1	4	
Nocturno	8	5	

Agradecimientos

Muy especialmente a las enseñanzas de mis Maestros.

Dr. Alfredo Sierra Unzueta.

Dr. Ricardo Martínez Zubieta.

Dr. Ulises Cerón Díaz.

Por haberme dejado cumplir un sueño, un objetivo,
una meta de vida.

Junio del 2011