

1079



ANALISIS DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre: ANA MERCEDES CAICEDO DE CACHAYA CC. 41693429

Edad: 54 a

HALLAZGOS RELEVANTES EN ORDEN CRONOLÓGICO

CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD: CLÍNICA PALERMO

23.04.2009

Motivo de Consulta y Enfermedad actual: Ingresa por presentar Intenso dolor en la cadera izquierda después de realizar un movimiento con esfuerzo. Presenta posterior limitación funcional, es llevada a la clínica por ambulancia con inmovilización espinal.

Antecedentes Personales: Hipertensión Arterial. Asma bronquial. Hipotiroidismo. Displasia coxofemoral bilateral corregida mediante reemplazo de cadera bilateral

Examen Físico al ingreso: Dolor a la palpación en la cadera e inmovilización de la pierna y pie izquierdos. Fuerza disminuida.

Diagnóstico: Luxación de prótesis de cadera izquierda.

Conducta: Corrección de la luxación.

24.04.2009: Alta médica.

03.06.2009

Motivo de Consulta y Enfermedad actual: Ingresa por presentar dolor en la cadera izquierda. Deformidad en rotación externa de miembro inferior izquierdo

Diagnóstico: Luxación traumática de prótesis de cadera izquierda.

Conducta: Corrección de la luxación de prótesis. Reducción cerrada bajo anestesia en quirófano.

03.06.2009: Alta médica con recomendaciones.

28.11.2009

Motivo de Consulta y Enfermedad actual: Ingresa por presentar luxación traumática de cadera izquierda. Cuatro episodios en el último año de Luxación de la articulación de la cadera izquierda

Diagnóstico: Luxación traumática de prótesis de cadera izquierda.

Conducta: Remisión al Hospital Universitario Mayor "MEDERI" por no disponer de ortopedista

Radiografía de cadera efectuada: Artroplastia bilateral de cadera con signos de desalojamiento de componente femoral izquierdo.

25.06.2010

Motivo de Consulta y Enfermedad actual: Ingresa para revisión de reemplazo total de cadera izquierda

Examen Físico: Dolor a la realización de los arcos de movimiento, abducción y rotación externa. Pulsos presentes. Perfusión adecuada. Inestabilidad tardía después de reemplazo articular.

Diagnóstico: Otras coxartrosis primarias. CIE10 M161

Conducta: Procedimientos quirúrgicos: Se efectúan los procedimientos de Injerto óseo y Reemplazo de prótesis de cadera izquierda. Tromboprofilaxis con Enoxaparina.

26.06.2010 Evolución posoperatoria.

27.06.2010: Alta médica.

(57) 317 668 6091
(57) 316 694 2815

www.asovascular.com
info@asovascular.com

Carrera 13 A No. 89-38.
Oficina 320
Bogotá, Colombia



01.07.2010

Motivo de Consulta y Enfermedad actual: Dolor para caminar e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo posterior a terapia después de ocho días de revisión y de cambio de prótesis.

Examen Físico: Pulsos simétricos, perfusión distal conservada.

Radiografía de cadera izquierda: Protrusión acetabularia izquierda por probable fractura.

Diagnóstico:

Otros estados posquirúrgicos especificados CIE10 Z 288

Conducta: Manejo ambulatorio de dolor. Amerita manejo crónico de dolor.

24.08.2010

Motivo de Consulta y Enfermedad actual: Dolor en la cicatriz de la herida de la cirugía de la cadera. Dos meses de reemplazo de cadera izquierda. Quince días de calor local, eritema y dolor a la palpación y movilización. Adenopatía inguinal

Radiografía de cadera izquierda: Protrusión de componente acetabular hacia la cavidad pélvica. Cuadro hemático dentro de parámetros normales.

Conducta: Manejo ambulatorio.

15.09.2010

Motivo de Consulta y Enfermedad actual:

Ingresa para revisión de reemplazo total de cadera izquierda.

Propuesta quirúrgica: Revisión de la copa con aloinjerto estructural del acetábulo y colocación de anillo de Schneider.

17.09.2010

Revisión de reemplazo total de cadera izquierda en quirófanos bajo anestesia.

Complicaciones: Durante el procedimiento quirúrgico la paciente presenta sangrado masivo intraoperatorio con desgarro parcial de arteria iliaca (interna) izquierda. Se solicita el ingreso a salas de Cirujano Cardiovascular quien inicialmente efectúa exploración del segmento liofemoral sin evidencia de sangrado y posteriormente encuentra el foco del mismo a nivel de la iliaca localizada en la pared posteromedial del tejido fibroso periprotésico con la consiguiente reparación arterial y corrección del sangrado. Arteriorrafia con sutura de Prolene CV 4-0.

Debido a la pérdida masiva de sangre la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos por presencia de Choque hipovolémico transoperatorio en donde encuentran la Pierna izquierda mal perfundida y violácea, pulsos pedios no perceptibles e hipoperfusión.

18.09.2010

Manejo en UCI: Dúplex Arterial de Miembro Inferior Izquierdo: Curva bifásica, flujo distal en ATP, peronea y pedia. Arteria Femoral Común, imagen hipoecoica de 35 x 21 mm en relación con hematoma.

Posterior a la reanimación buena perfusión distal, pulsos pedios conservados. Edema en miembro inferior izquierdo con flictenas, pero con buena perfusión.

19.09.2010

Evolución

20.09.2010

Alta de la Unidad de Cuidados Intensivos

21.09.2010 – 22.09.2010

Hospitalización en el piso. Flictenas en el muslo izquierdo y en región abdominal. Se indica curación, Fisioterapia y valoración por Cirugía Plástica.

23.09.2010

Cirugía Plástica indica manejo con tegaderm y dejar cubiertas las flictenas de flanco izquierdo y tercio proximal de muslo izquierdo durante cinco días.

24.09.2010 – 25.09.2010 – 26.09.2010

Evolución sin cambios hacia la mejoría.

(57) 317 668 6091

(57) 316 694 2815

www.asovascular.com

info@asovascular.com

Carrera 13 A No. 89-38,

Oficina 320

Bogotá, Colombia



27.09.2010 – 28.09.2010

Valoración por especialista en Medicina Interna con recuperación de la Hemoglobina a 13.2 g/dl y el Hematocrito a 38.6 %. Encuentran sangrado por sitio de la herida quirúrgica de la cadera izquierda.

29.09.2010 – 30.09.2010

Evolución hacia la mejoría con drenaje de 10 cc (en 24 horas) no activo por la herida quirúrgica. Persisten la hemoglobina y hematocrito en parámetros de normalidad. 13.6 g/dl y 39.6%

01.10.2010

Nota del Doctor Javier Pérez Torres Ortopedista: Junta de Compensar: Por queja de la familia sobre el tratamiento dado a la paciente se revisa la Historia Clínica, se revisan las Radiografías y el Consentimiento Informado debido a las complicaciones inherentes a la patología de la paciente y no se encuentra motivo de falla alguna. Indica que al parecer la molestia ocurrió por la Información dada por el Cirujano Cardiovascular Dr. Barragán. Persiste drenaje de material hemático por la herida quirúrgica.

02.10.2010

Persiste salida de material serosanguinolento no fétido por la herida quirúrgica. Evolución satisfactoria. Se solicita valoración por Cirugía Vasculat, el especialista encuentra no evidencia de sangrado activo, ni arterial, ni venoso por la herida quirúrgica. Considera que no amerita exploración. Edema con signo de la fovea en miembro inferior izquierdo. Presencia de pulsos distales. Cierre de Interconsulta.

03.10.2010

Persiste evidencia de salida de material serosanguinolento a la movilización de la paciente, cuando se pasa a la silla, dicho fluido es de coloración oscura y en cantidad escasa, sin secreciones a la presión de la herida quirúrgica de nuevo se establece igual manejo por Cirugía Vasculat. Cierre de Interconsulta.

04.10.2010

Se efectúa Doppler arterial reportado en condiciones normales
Doppler venoso: Defecto de llenamiento hipoecoico en la luz de las venas femoral común y superficial sin respuesta a las maniobras compresivas, ni tampoco flujo demostrable con el análisis Doppler color y espectral. Flujo en la vena poplítea. Edema en región inguinal y crural y en tercio proximal del muslo con hiperecogenicidad en el tejido celular subcutáneo y ganglios aislados de aspecto inflamatorios el mayor de 15 x 7 mm. Colección de márgenes irregulares de baja ecogenicidad y múltiples septos en su interior en región inguinal y en hemiabdomen izquierdo con diámetro antero-posterior de 3 centímetros.

Opinión: Trombosis venosa profunda de venas femoral común y superficial izquierdas a lo largo de todo su recorrido en el muslo con recanalización en la vena poplítea. Extensa colección que sigue a todo lo largo del trayecto de la herida quirúrgica probablemente de naturaleza hemática.

04-05-06-07-08-09.10.2010

Manejo Medico con Heparina venosa y complementario al mismo medias Antiembólicas.

09.10.2010

Evolución satisfactoria. Alta por Cirugía Vasculat.

12.10.2010

Consulta de nuevo por dehiscencia de la herida quirúrgica en la cadera izquierda, la herida se encuentra abierta con tejido de granulación, no calor, no eritema, no secreción, no signos de infección, no fiebre. Una vez revisada la herida se decide dar de alta con recomendaciones.

21.10.2010

Consulta de nuevo con ortopedista.

22.10.2010

Se programa para lavado y desbridamiento.

(57) 317 668 6091
(57) 316 694 2815

www.asovascular.com
info@asovascular.com

Carrera 13 A No. 89-38,
Oficina 320
Bogotá, Colombia



23.10.2010

Se efectúa lavado y desbridamiento de las heridas en la región inguinal y lateral del muslo por salida de material purulento. Paciente afebril con temperatura de 37°C. Dr. Pérez ortopedista deja hemovac y considera que cursa con infección del sitio operatorio superficial.

24-25.10.2010

Manejo médico.

26.10.2010

Reporte de antibiograma: Revisión de lavado quirúrgico. E.coli. considera antibioticoterapia por seis semanas y cambiar de cefazolina a cefalexina oral.

27.10.2010

Valorada por Infectología considera E. coli. En cultivo posiblemente secundario a contaminación fecal. Dara el alta con curaciones domiciliarias, fisioterapia domiciliaria y antibioticoterapia. Alta por mejoría.

08.11.2011

Consulta por supuración por presencia de fistula desde hace dos días. Temperatura actual 36°C

Examen Físico: Encuentran fistula desde la cadera izquierda. No edemas, no signos clínicos de TVP, ni de isquemia aguda.

Diagnóstico: Artritis piógena no clasificada M009

Reporte de alergia a los Antiinflamatorios no esteroideos.

Alta con indicaciones. Cita para programar nuevo lavado quirúrgico. Signos de alarma: dolor en la extremidad, edema, fiebre, etc. Sale con el esposo.

29.11.2011

Consulta de nuevo con salida de material purulento en región inguinal izquierda y en el sitio de la herida. Temperatura 36°C. Herida supurativa en la región inguinal izquierda con leve supuración. Se efectúan procedimientos para identificación de trayecto fistuloso.

30.11.2011

Programada para fistulectomía por ortopedista. Incisión perifistulosa con bisturí frío y fistulectomía con electrobisturí, trayecto fistuloso hasta terreno de ¿"prótesis vascular"? en femoral izquierda. Cierre por planos de herida quirúrgica.

01.12.2011

Buena movilidad de miembros inferiores. Plan de manejo en conjunto con Infectología.

03.12.2011

Manejo por urología de estrechez uretral con catéter en doble J pendiente tratamiento por urólogo una vez resuelta la fistula.

El catéter puede estar in situ de 3 – 6 meses.

04.12.2011

Tratamiento con antibioticoterapia. Alta con fórmulas e indicaciones.

17.01.2012

Consulta por presentar secreción purulenta por la herida quirúrgica en manejo con antibioticoterapia (vibramicina) sin mejoría.

Examen Físico: Secreción purulenta moderada en el trayecto de la fistula inguinal, calor, eritema y dolor local, edema grado II con signo de la fóvea en miembro inferior izquierdo.

Radiografía: osteolisis adyacente al acetábulo izquierdo. PCR: 7.30 mg/dl CN: 00 – 0.5 mg/dl Hemoleucograma: leucocitos 12.500 x mm³ CN: 4.500 – 11.000 x mm³

Interconsulta con Cirugía Vascular.

18-19.01.2012

Fistula anterior de región inguinal. Febrículas. Inflamación de toda la extremidad, dolor, cansancio, dificultad para caminar, calambres, parestesias, ardor, Homans y Prats (+++).

Impresión diagnóstica: TVP. Fistula por osteomielitis en MI izquierdo.

Conducta: Dúplex scan. Doppler venoso en MIs. Manejo con Heparina, Furosemida, Cefazolina.

(57) 317 668 6091

(57) 316 694 2815

www.asovascular.com

info@asovascular.com

Carrera 13 A No. 89-38,

Oficina 320

Bogotá, Colombia



1081

20-21.01.2012

Antecedentes personales: Asma. HTA. Hipotiroidismo. Reemplazo total de caderas. Amigdalotomía. Pomeroy. Cesárea. Hemiorrafia.

Examen Físico: Severo dolor e incompetencia de Vena Safena Interna, sus colaterales y perforantes, Dodd, Hunter, Boyd, Cockett, poplíteas 1 y 3 VSE y dorsales 1 y 3.

Miembro Inferior Izquierdo: Pulsos periféricos presentes, temperatura, coloración, sensibilidad y motricidad preservados. Severa sensibilidad e inflamación de toda la extremidad inferior izquierda. Fistula supurativa inguinal izquierda.

Diagnóstico: Trombosis venosa profunda en MI Izquierdo masiva.

Tratamiento: Heparina, Furosemida, Cefazolina, Lozartan, Tiroxina, Aminofilina y medias Antiembóticas. Alta con formula e indicaciones especiales para la casa. Mejoría en 75%.

22.01.2012

Alta por Cirugía Vascolar.

**JUZGADO CUARENTA Y NUEVE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
ESD**

REF: Demanda Ordinaria de Responsabilidad Civil No. 11001-31 -03-018-2015-00101-00.

Oficio No. 2022-00199

Cordial saludo,

En respuesta al auto de fecha veintidós (22) de noviembre de dos mil veintiuno (2021) una vez revisada y analizada la Historia Clínica como antecede, las respuestas son:

1. Explíqueme al Despacho en palabras claras ¿Qué es y en qué consiste una arteriorrafia como la practicada de urgencia a la paciente Ana Mercedes Caicedo de Cachaya el 17 de septiembre de 2010?

Respuesta: La arteriorrafia es una sutura (léase una costura) efectuada a una arteria para el caso en comento a la arteria iliaca izquierda con el objeto de corregir un desgarró parcial de la pared de la misma que producía sangrado incoercible.

2. ¿Cuál hubiese sido la evolución de la paciente, de no haberse realizado el procedimiento de manera inmediata?

(57) 317 668 6091
(57) 316 694 2815

www.asovascular.com
info@asovascular.com

Carrera 13 A No. 89-38,
Oficina 320
Bogotá, Colombia



Respuesta: La pérdida continua de sangre, el choque hipovolémico persistente y la posible muerte por sangrado de hecho se evidencia en la historia clínica la gran pérdida hemática que disminuyó la hemoglobina hasta alcanzar 4.2 g/dl.

3. Explique al Despacho, con base en el Doppler arterial del miembro inferior izquierdo realizado con posterioridad al procedimiento, ¿Cuál era el estado de la arteriorrafia?

Respuesta: No es posible valorar mediante este método el estado de la arteriorrafia, lo que se lee en la historia página 3 de 37 de fecha 18.09.2010... "no es posible valorar proximalmente la arteria femoral común y ramas proximales por herida quirúrgica y edema a correlacionar con la clínica". Lo que sí se puede evidenciar es que existe flujo arterial en la extremidad por los hallazgos reportados.

4. ¿Podría calificar el procedimiento de arteriorrafia como procedimiento "exitoso"?

Respuesta: Si por "exitoso" se entiende el control de sangrado profuso que existía antes de la arteriorrafia y que produjo un grave deterioro de la paciente: Sí. Si por exitoso se refiere a evitar la pérdida de la extremidad la respuesta es un rotundo: Sí.

5. Explique al Despacho, ¿En qué consiste la trombosis venosa profunda de la femoral común hasta la poplítea, padecida por la paciente Caicedo de Cachaya?

Respuesta: el día 04.10.2010 se encontró según Conclusión de Doppler Arterial de Miembro Inferior Izquierdo: Estudio dentro de límites normales.

Doppler Venoso de Miembro Inferior Izquierdo, Opinión: Trombosis venosa profunda que involucra la vena femoral común y superficial izquierdas a lo largo de todo su recorrido en el muslo con recanalización de la vena poplítea. Extensa colección que sigue a todo lo largo de todo el trayecto de la herida quirúrgica probablemente de naturaleza hemática.

Explicación: Dados los hallazgos y la dirección del flujo sanguíneo la trombosis venosa va desde la poplítea hasta la vena femoral superficial y femoral común, lo que se traduce en coagulación de la sangre en el interior del tubo sanguíneo que conduce la sangre en ascenso hacia el corazón.

(57) 317 668 6091
(57) 316 694 2815

www.asovascular.com
info@asovascular.com

Carrera 13 A No. 89-38,
Oficina 320
Bogotá, Colombia



6. ¿Considera ajustado a la ciencia médica el manejo medico con soporte elástico que fue instaurado a la paciente por parte del servicio de cirugía vascular?

Respuesta: Se instauro manejo con soporte elástico por parte del servicio de cirugía vascular como terapéutica complementaria, el día 05.10.2010, previamente el día 04.10.2010 se lee en la página 30 de 37 a las 15:03 horas, inicio de solución intravenosa de Heparina 25000 UI/5 mL vial POS SOLUCION INTRAVENOSA 800 UI cada hora, tratamiento que se repite por igual en las ordenes medicas los días 05, 06, 07 y 08.

Existe extensa literatura médica que respalda el uso de la terapia de elastocompresión^{1, 2, 3, 4}.

¹Compression Therapy to Prevent Recurrent Cellulitis of the leg. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917197>

² Interface pressure and venous drainage of two compression stocking types in healthy volunteers and in patients with hemodynamic disturbances of the legs <https://doi.org/10.3233/ch-151989>

³ Management of Lower Extremity Pain from Chronic Venous Insufficiency: A Comprehensive Review <https://doi.org/10.1007/s40119-021-0213-x>

⁴ Ultrasonographic study of the effects of compressive stockings on legs with venous edema. <https://doi.org/10.1177/17085381221140172>

(57) 317 668 6091
(57) 316 694 2815

www.asovascular.com
info@asovascular.com

Carrera 13 A No. 89-38,
Oficina 320
Bogotá, Colombia



7. ¿Cuál fue la evolución de la paciente al manejo instaurado al que se hizo referencia en la respuesta anterior, hasta su egreso hospitalario el día 09 de octubre de 2010?

Respuesta: Según se lee en la Historia Clínica pagina 36 de 37 la evolución fue satisfactoria, "se presenta en junta y se decide dar salida, previa autorización de Cirugía Vasular quien decide cerrar interconsulta".

8. ¿Con base en su conocimiento y en lo consignado en la historia clínica, considera ajustado a la lex artis ad hoc, el servicio brindado por el servicio de cirugía vascular, luego de la complicación intra quirúrgica por ella presentada?

Respuesta: Si. Y explico: Se dio anticoagulación de acuerdo con los hallazgos encontrados en el examen de Ultrasonografía Doppler venoso efectuado el día 04.10.2021 que es el manejo indicado en estos casos, complementado con medias elásticas Antiembólicas permanentes. Anotando que fue de alta el 09.10.2010 y regresa el 12.10.2021 (solo alcanzo a estar dos días en casa) por dehiscencia de la herida de la cadera. La Elastocompresión acelera la regresión del Trombo en Trombosis venosa^{5,6,7,8}.

⁵ Almeida et al (2019) Guidelines for superficial venous thrombosis. J. Vasc. Bras.2019 18e20180105 <https://doi.org/10.1590/1677-5449.180105>

⁶ Rabe, et al (2018) Indications for medical compression stockings in venous and lymphatic disorders: An Evidence based consensus statement Phlebology Vol 33(3) 163 – 184

⁷ Rabe, et al (2021) Medical compression therapy of the extremities with medical compression stockings (MCS), phlebological compression bandajes (PCB), and medical adaptative compression systems (MAC). Der Hautarzt 72(Suppl 2):S37-S50

⁸ Sari, B; Oglakcioglu, N (2018) Analysis of the parameters affecting pressure characteristics of medical stockings. Industrial Textiles Vol. 47(6) 1083 – 1096 <https://doi.org/10.1177/1528083716662587>



¿De acuerdo con la literatura médica, la trombosis venosa profunda puede recurrir, a pesar del manejo médico instaurado?

Respuesta: Si. Y explico: la literatura médica se refiere a la patología venosa como componente de patologías complejas de origen multifactorial, dentro de las cuales existe multiplicidad de Factores de Riesgo para Trombosis Venosa Profunda clasificados en 4 grandes grupos: 1.Hereditarios, 2.Adquiridos, 3. No provocados y 4. Provocados.

Dentro de este último grupo están los siguientes: a. Cáncer, b. Enfermedades medicas agudas, c. Cirugía, d. Trauma (incluido el trauma quirúrgico), e. Inmovilidad por hospitalización mayor a 3 días, f. Obesidad, g. Enfermedades inflamatorias/infecciones activas, h. Terapia hormonal, i. Embarazo, j. Viajes a larga distancia mayores a 8 horas, k. Síndrome anti fosfolípidos.

Como puede verse la paciente aplica para varios factores asociados a TVP, el riesgo de recurrencia después de trombosis venosa profunda provocada se ha calculado en 3.3% por paciente por año con un incremento hasta del 4.2% por paciente por año para llegar hasta un riesgo total del 10.7%^{9,10,11}.

Otra bibliografía consultada:

1. Jameson L, Fauci A, Hasper D & cols (2018) **HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE**, 20th Edition (Volume I & II). Mc Graw Hill. NY.
2. Sidawy, Anton N., Perler, Bruce A., editors (2019) **RUTHERFORD'S VASCULAR SURGERY AND ENDOVASCULAR THERAPY**. Vol 1 – 2 Elsevier. Philadelphia.
3. Senst B, Tadi P, Goyal A, Jan A (2019) **HYPERCOAGULABILITY**. StatPearls Publishing. Treasure Island (FL).
4. Hubert A, Gueret P (2017) **Myocardial infarction and thrombophilia: Do not miss the right diagnosis**. Portuguese Journal of Cardiology., e41-e44. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.12.018>
5. Thomas R. (2001) **Hypercoagulability Syndromes**. Arch Intern Med. Vol 161 2433-2439

V. Castañón |

Grupo General, Grupo Vascular y Angiología.

⁹ Kakkos et al (2021) European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis Eur J Vasc Endovasc Surg. 61, 9-82

¹⁰ Duffett, L (2022) Deep Venous Thrombosis. Annals of Internal Medicine., pages 1-18.

¹¹ Ortel et al (2020) American Society of Hematology 2020 Guidelines for management of venous thromboembolism: Treatment of Deep vein thrombosis and Pulmonary Embolism. Vol 4 Num.19 pages 4693 – 4738.

(57) 317 668 6091
(57) 316 694 2815

www.asovascular.com
info@asovascular.com

Carrera 13 A No. 89-38,
Oficina 320
Bogotá, Colombia

1085



Bogotá, D.C., Mayo 23 de 2023

Señores

JUZGADO CUARENTA Y NUEVE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Ciudad

JUZGADO 49 CIVIL CTO.

MAY 24 '23 PM 2:14

*De K
Seis (6) 601-7.*

Referencia: Oficio 2022-00199

Proceso: ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Radicado: 2015-00101-00

Demandantes: ANA MERCEDES CAICEDO DE CACHAYA Y OTROS

DEMANDADOS: CONGREGACIÓN DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS

DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTISIMA VIRGEN – CLINICA PALERMO

Respetados señores:

Estamos haciendo entrega del peritaje de la referencia.

Quedamos atentos.

Cordialmente.

Ana María Botero Mora, MD.,

Presidente

(57) 317 638 6091

(57) 316 694 2815 

www.asovascular.com

info@asovascular.com 