

ANEXO IIIB.

PROYECTO DE ROTULOS

2.1. La razón social y dirección del fabricante y del importador, si corresponde

Fabricante: HERNIAMESH S.R.L.

Dirección: Via Fratelli Meliga, 1/C – 10034 Chivasso (TO) - Italia

Importador: NECOD ARGENTINA S.R.L.

Domicilio: Adolfo Alsina 1170, piso 1º, oficina 102 y 103, CABA

PROTESIS PARA INCONTINENCIA URINARIA

Modelo: xxx

Marca: HERNIAMESH

Lote: xxxx

Fecha de fabricación: xx/xx/xx

Fecha de vencimiento: xx/xx/xx

Estéril por Óxido de Etileno.

No utilizar si el envase se encuentra abierto o dañado

No reutilizar – No reprocesar

Conservar en lugar limpio y seco alejado de la humedad y altas temperaturas.

Ver Instrucciones de uso.

Autorizado por la ANMAT PM - 708-82

Director Técnico: Farm. Gustavo Fortino M.N.: 11481

Condición de uso: exclusiva a Profesionales e Instituciones Sanitarias



FORTINO Gustavo Favio
CUIL 20202142835



DE LEON Agustin Jorge Carlos
CUIL 23214763699

**ANEXO IIIB.
PROYECTO DE INSTRUCCIONES DE USO**

2.1. La razón social y dirección del fabricante y del importador, si corresponde

Fabricante: HERNIAMESH S.R.L.

Dirección: Via Fratelli Meliga, 1/C – 10034 Chivasso (TO) - Italia

Importador: NECOD ARGENTINA S.R.L.

Domicilio: Adolfo Alsina 1170, piso 1º, oficina 102 y 103, CABA

PROTESIS PARA INCONTINENCIA URINARIA

Modelo: xxx

Marca: HERNIAMESH

Estéril por Óxido de Etileno.

No utilizar si el envase se encuentra abierto o dañado

No reutilizar – No reprocesar

Conservar en lugar limpio y seco alejado de la humedad y altas temperaturas.

Autorizado por la ANMAT PM - 708-82

Director Técnico: Farm. Gustavo Fortino M.N.: 11481

Condición de uso: exclusiva a Profesionales e Instituciones Sanitarias

INDICACIONES

El T-Sling® PP está indicado para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina resultante de la hipermovilidad uretral eventualmente asociada a diferentes grados de deficiencia del esfínter intrínseco.

METODO DE USO

La banda se puede colocar con un abordaje transvaginal (retropubico) o transobturador.

Procedimientos quirúrgicos Procedimiento transobturador IN-OUT

1. Coloque al paciente en posición de litotomía, colocando las nalgas totalmente alejadas y a ras del borde de la mesa de operaciones.

2. El procedimiento puede realizarse con anestesia local, regional o general.

3. Introducir una sonda uretral en la vejiga para vaciar y reducir su volumen durante el paso de las agujas.

4. Marque los puntos de salida de la punta de la aguja trazando una línea horizontal a la altura del meato uretral externo, y una segunda línea paralela, 2 cm por encima de la primera.

Identifique los puntos de salida de esta línea, 2 cm laterales a los pliegues inguinales y realice dos pequeñas incisiones cutáneas de 0,5-1 cm. Este punto generalmente se identifica con un pequeño descenso.

5. Realice una incisión de 1-1,5 cm en la línea media de la mucosa vaginal, empezando a una distancia de 1 cm proximal al meato uretral, y realice una disección roma, preferiblemente con tijeras curvas y puntiagudas, de los espacios parauretrales. El recorrido de la disección lateral debe situarse a lo largo del plano horizontal. Una vez alcanzada la unión entre el cuerpo de los huesos del pubis y la rama inferior del pubis, se perfora la membrana obturadora.

6. La guía puede introducirse en la sección en la que se ha realizado la disección, hasta pasar la rama inferior del pubis y entrar en la abertura realizada previamente en la membrana obturadora. Cuando se pasa la guía a través de la membrana obturadora, se puede percibir una pérdida de resistencia.

7. La sutura premontada de la prótesis se introduce en el ojo de la aguja helicoidal para formar un nudo de autocierre tal y como se especifica más abajo: - se pasan las suturas por el ojo manteniéndolas cerradas; - se sujeta la sutura del ojal que sale del ojo de la aguja; - se abre la sutura y se gira hacia atrás alrededor de la punta de la aguja; - se tensan las dos suturas para cerrar el nudo.

8. Manteniendo la sutura ligeramente en tensión, se coloca la aguja helicoidal en el surco guía, deslizándola desde la incisión vaginal hacia el foramen obturador. Empuje el dispositivo hacia el interior, crúcelo y pase ligeramente más allá de la membrana obturadora. Asegúrese de que el mango del dispositivo esté orientado de manera que la punta de la aguja helicoidal esté alineada con el canal de la guía, si se utiliza, y que permanezca en esa dirección hasta que la punta cruce la membrana obturadora.

9. Una vez alcanzada la posición, retire la guía, si se utiliza, y lleve a cabo el mismo procedimiento en el lado contralateral del paciente.

10. Gire el mango de la aguja helicoidal y muévela simultáneamente hacia la línea media hasta que su mango quede perpendicular al suelo.

11. Es necesario sacar la punta de la aguja helicoidal de los puntos de salida previamente definidos. Si no se ha hecho ninguna incisión en la piel previamente, hágala donde la punta de la aguja helicoidal levanta la piel.

12. Cuando la punta de la aguja aparezca en correspondencia con la abertura de la piel, sujete la sutura con pinzas. En caso de que sea difícil deshacer el nudo autobloqueante porque la sutura permanece en tensión debido al paso por los tejidos, se puede cortar con un bisturí y, entonces, sujetarla con unas pinzas, mientras se retira la aguja helicoidal mediante una rotación inversa.

13. Tire de la sutura sujeta hacia arriba para liberar parte del cabestrillo.

14. Proceda siguiendo los mismos pasos en el lado contralateral.

15. Cuando ambos extremos del arnés estén fuera de la piel, tire del arnés bilateralmente para colocar la parte central del arnés T-Sling® PP (código TS11 / TS11-R/ TS06) en su posición correcta bajo la uretra.

16. Después de colocar el instrumento romo entre el arnés y la uretra, para evitar cualquier tipo de compresión, siga tirando de los extremos del arnés hasta que llegue a la porción suburetral, con el arnés por debajo de uretra media.

17. Compruebe que el arnés queda suelto, sin tensión, y que está plano. En este paso se pueden realizar la prueba de la tos (después de llenar la vejiga con unos 300 ml de solución fisiológica). Esto permite ajustar el dispositivo, de manera que solo se pierdan unas gotas de orina durante la tos. Si el paciente está bajo anestesia general, se puede presionar repetidamente la zona suprapúbica para imitar la tos.

18. En el caso del arnés con marcadores (código TS11-R), debe colocarse de manera que las referencias de la parte central queden centradas; la referencia más larga de la parte central de la uretra; los signos laterales más pequeños indican los extremos dentro de los que debe colocarse la uretra.

19. Retire las fundas de plástico; para evitar que el dispositivo esté en tensión durante la retirada de las fundas con el riesgo de hipercorrección posterior, coloque un instrumento romo (tijeras o fórceps) entre la uretra y el arnés. Seguidamente, manteniendo el instrumento romo

cerrado detrás del cabestrillo, se cortan los extremos de la malla por debajo del tubo termorretráctil (fig.1 página 54) y las fundas se retiran con unos alicates, evitando agarrar la malla. A continuación, retire los manguitos de la prótesis tirando suavemente de ellos hacia arriba.

20. Después de ajustar bien el arnés, suture la pared vaginal.

21. Corte los extremos del cabestrillo por vía subcutánea sin suturarlo a la piel para asegurar que la malla no tenga tensión.

22. Suture las incisiones cutáneas del pliegue inguinal o utilice un pegamento dérmico quirúrgico para cerrarlas.

Procedimiento transobturador OUT- IN

1. Coloque al paciente en posición de litotomía, colocando las nalgas totalmente alejadas y a ras del borde de la mesa de operaciones.

2. El procedimiento puede realizarse con anestesia local, regional o general.

3. Introducir una sonda uretral en la vejiga para vaciar y reducir su volumen durante el paso de las agujas.

4. Marque los puntos de entrada de la punta de la aguja trazando una línea horizontal a la altura del clítoris con la intersección del pliegue inguinal.

5. Realice dos pequeñas incisiones en la piel (una a cada lado) de 0,5-1 cm, 2 cm de distancia de los pliegues inguinales a la altura del clítoris. Este punto generalmente se identifica por un pequeño descenso.

6. Realice una incisión de 1-1,5 cm en la línea media de la mucosa vaginal desde una distancia de 1 cm proximal al meato uretral y realice una disección roma, preferiblemente con tijeras curvas y puntiagudas y con los dedos, de los espacios parauretrales. La vía de disección lateral debe orientarse hacia el agujero obturador.

7. La aguja helicoidal se inserta a 45 °, con respecto a la línea media, a través de la incisión cutánea realizada previamente en el pliegue inguinal, de tal manera que el mango gira hacia fuera. La aguja se introduce primero empujando con el pulgar hacia el agujero obturador y, después, se gira hacia la incisión vaginal, perforando el músculo y la membrana del agujero obturador.

8. Introduzca el dedo índice de la mano contraria en la disección lateral de la incisión vaginal, colocando la punta del dedo en el extremo distal de la aguja para guiarla hacia la salida de la incisión vaginal, minimizando así cualquier daño a la vejiga y la uretra.

9. Cuando la punta de la aguja salga de la incisión vaginal, la sutura premontada se engancha en T-Sling® PP (código TS11/TS11-R/TS06), formando un nudo de autocierre tal y como se especifica más abajo: - las suturas se pasan por el ojo manteniéndolas cerradas; - se sujeta el "bucle" a la sutura del ojal que sale del ojo de la aguja; - se abre la sutura y se gira hacia atrás alrededor de la punta de la aguja; - se tensan las dos suturas para cerrar el nudo.

10. Manteniendo la sutura ligeramente en tensión, la aguja helicoidal se retrae con un movimiento de rotación inverso.

11. Sujete la sutura y libérela de la aguja helicoidal.

12. Tire de la sutura hacia arriba para facilitar la salida de parte de la banda.

13. Proceda siguiendo los mismos pasos en el lado contralateral.

14. Cuando ambos extremos del arnés se han extraído de la piel del pliegue inguinal, se sujetan para colocar correctamente la cinta T-Sling® PP (código TS11 / TS11-R/TS06).

15. Después de colocar un instrumento como entre el arnés y la uretra, tire de los extremos del arnés hasta que, en su porción suburetral, el arnés quede por debajo de la uretra media.

16. Compruebe que el arnés queda suelto, sin tensión, y que está plano. En este paso se pueden realizar la prueba de la tos (después de llenar la vejiga con unos 300 ml de solución fisiológica). Esto permite ajustar el dispositivo, de manera que solo se pierdan unas gotas de orina durante la tos. Si el paciente está bajo anestesia general, se puede presionar repetidamente la zona suprapúbica para imitar la tos.

17. En el caso del arnés con marcadores (código TS11-R), debe colocarse de forma que la referencia más larga se centre en correspondencia con la parte central de la uretra, mientras

que los signos laterales más pequeños indican los extremos dentro de los que debe colocarse la uretra.

18. Para evitar la tensión del dispositivo durante la retirada de las fundas con el riesgo de hipercorrección posterior, coloque un instrumento romo (tijeras o fórceps) entre la uretra y el arnés. Para ello, manteniendo el instrumento romo detrás del arnés, se cortan los extremos de la malla por debajo del tubo termorretráctil (fig.1 página 54) y las fundas se retiran con unos alicates, evitando incluir una porción del arnés en el agarre. A continuación, retire los manguitos de la prótesis tirando suavemente de ellos hacia arriba.

19. Tras ajustar correctamente el cabestrillo, suturar la pared vaginal.

20. Corte los extremos del cabestrillo por vía subcutánea sin suturarlo a la piel para asegurar que la malla no tenga tensión.

21. Suture las incisiones cutáneas del pliegue inguinal o utilice un pegamento dérmico quirúrgico para cerrarlas.

Procedimiento quirúrgico retopúbico

1. Colocar al paciente en posición de litotomía, evitando una flexión de cadera superior a 60°.

2. La técnica consiste en el uso de anestesia espinal o infiltración con anestesia local y adrenalina del Retzius y del espacio periuretral, respectivamente, por vía suprapúbica percutánea y por vía transvaginal, pero es posible que también deba realizarse anestesia regional o general. Incluso en este caso debe realizarse una infiltración del espacio retropúbico con agua fisiológica.

3. Introducir una sonda en la vejiga para vaciarla y reducir su volumen durante el paso de cada aguja.

4. La inserción de cada aguja debe ir acompañada de la desviación simultánea del cuello de la vejiga desde el lado opuesto utilizando la sonda Foley con una guía rígida específica que se inserta para permitir el desplazamiento contralateral de la vejiga, del cuello de la vejiga y de la uretra distal a la punta de la aguja durante el paso por el espacio retropúbico.

5. Tras el paso de cada aguja, se realiza una cistoscopia para excluir lesiones accidentales de la vejiga.

6. A nivel de la porción media de la uretra, inyecte una pequeña dosis de anestesia local o agua fisiológica en la submucosa para crear un espacio entre la pared vaginal y la fascia periuretral.

7. Identifique los dos puntos de salida de la aguja en la pared abdominal, situados a 2-2,5 cm a cada lado de la línea media, en la pared abdominal, justo por encima de la sínfisis púbica, para evitar interferir con los vasos epigástricos u otras estructuras de la zona de la ingle en la pared lateral pélvica. Marque estos puntos u, opcionalmente, y realice dos pequeñas incisiones transversales de unos 0,5-1 cm en los puntos de salida. Es importante que los puntos de salida no se desvíen más de 2.5 cm.

8. Realizar dos incisiones transversales en la piel de 0.5-1 cm a lo largo (si no se han hecho antes), dispuestas simétricamente con respecto a la línea media del cuerpo y separadas una de la otra 5 cm, con respecto a la marca superior del pubis.

9. Manteniendo una sonda Foley de 16 Ch colocada en la vejiga, se realiza una incisión sagital de 1,5 cm de longitud en la línea media de la pared vaginal anterior (suburetral), aproximadamente a 0,5-1 cm del meato uretral externo. La incisión no debe llegar al cuello de la vejiga para evitar disfunciones miccionales postoperatorias.

10. A continuación, se realiza una delicada disección roma con tijeras, prolongada 0,5-1,0 cm desde cada lado de la uretra hacia el espacio retropúbico, para permitir que la punta de la aguja se coloque en una posición inicial correcta.

11. Para enganchar la aguja, la sutura de nudo, premontada en el arnés se introduce en el ojo de la aguja para formar un nudo de autocierre. Para hacer un nudo de autocierre, proceder de la siguiente manera:

- se pasan las suturas por el ojo manteniéndolas cerradas;
- se sujeta el "bucle" a la sutura del ojal que sale del ojo de la aguja;
- se abre la sutura y se gira hacia atrás alrededor de la punta de la aguja;
- se tensan las dos suturas para cerrar el nudo.

12. Después de introducir la sutura premontada de la prótesis en el ojo de la aguja transvaginal, manteniéndola ligeramente tensada hacia el operador, avance la punta de la aguja en el espacio parauretral a través del diafragma urogenital, a nivel de la porción media de la uretra.

13. La inserción inicial del dispositivo se controla con la punta del dedo índice de la mano no dominante, introducida en la vagina hasta la pared anterior, justo lateral a la incisión suburetral. La parte curva de la aguja debe quedar en la palma de la mano no dominante. Mueva la aguja a través del diafragma urogenital hacia el espacio retropúbico. Durante la inserción inicial en el espacio parauretral disecado, la punta de la aguja debe orientarse horizontalmente; es decir, en el plano anterior. Al pasar por el diafragma urogenital, baje el mango del introductor para asegurarse de que la punta de la aguja pase verticalmente, manteniéndola en contacto con la parte posterior de la sínfisis púbica. Tras pasar el diafragma urogenital, la resistencia al paso de la aguja se reduce considerablemente una vez en el espacio retropúbico, incluso gracias a la infiltración realizada previamente.

14. Mueva la mano no dominante desde la vagina hasta el punto de salida suprapúbico. Guíe la punta de la aguja a través del espacio retropúbico manteniendo un estrecho contacto con la sínfisis púbica. Para ello, baje el mango del introductor, presionando la punta de la aguja contra la cara posterior del hueso púbico.

15. Al pasar por el espacio retropúbico, dirija la punta de la aguja hacia el punto de salida abdominal marcado anteriormente.

16. Una vez atravesada la vaina de los músculos rectos abdominales, la aguja tiene que salir a la superficie de la pared abdominal a través de la incisión cutánea realizada previamente y, tras haber sujetado la sutura, la aguja se desplaza por el mismo camino de vuelta, dejando parte del cabestrillo en su sitio.

17. Retirar la sonda y realizar una cistoscopia para comprobar la integridad de la vejiga y la uretra.

18. Proceda siguiendo los mismos pasos en el lado contralateral.

19. Cuando ambos extremos del arnés salen de la piel del abdomen, se agarran para colocar correctamente el T-Sling® PP (código TS11 / TS11-R/T506) debajo de la uretra. Después de colocar el instrumento romo entre el arnés y la uretra, tire suavemente (sin tensión) de los extremos del arnés hasta que, en su porción suburetral, el arnés quede debajo de la uretra media.

20. Compruebe que el arnés queda suelto, sin tensión, y que está plano. En este paso se pueden realizar la prueba de la tos (después de llenar la vejiga con unos 300 ml de solución fisiológica). Esto permite ajustar el dispositivo, de manera que solo se pierdan unas gotas de orina durante la tos. Si el paciente está bajo anestesia general, se puede presionar repetidamente la zona suprapúbica para imitar la tos.

21. En el caso del arnés con marcadores (código TS11-R), debe colocarse de forma que las referencias de la parte central se centren: la referencia más larga en la parte central de la uretra; los signos laterales más pequeños indican los extremos dentro de los que debe colocarse la uretra.

22. Cuando se haya colocado la malla para aguantar la uretra media, siempre con tijeras cerradas (o instrumento romo), entre el arnés y la uretra, para evitar forzar el dispositivo, con riesgo de causar una hipercorrección, con alicates, los extremos de la malla por debajo del tubo termorretráctil (fig.1 página 54) y se retiran las fundas que protegen el arnés, evitando agarrar el arnés. A continuación, retire las fundas del implante una a una tirando suavemente de ellas hacia arriba, en dirección contraria al abdomen.

23. Cierre la incisión vaginal sólo tras haber ajustado correctamente el cabestrillo.

24. Corte y deje los extremos abdominales de la banda debajo de la piel sin suturarlos a la piel o la pared abdominal para garantizar que la malla permanezca sin tensión.

25. Suture las incisiones cutáneas suprapúbicas o utilice un pegamento dérmico quirúrgico para cerrarlas

Sugerencia para la retirada del arnés

Si la retención urinaria no puede resolverse con cateterización intermitente u otros instrumentos (por ejemplo, tirando ligeramente hacia abajo del cabestrillo sin incisión quirúrgica), o el cirujano se da cuenta de que hay una erosión vaginal crónica o una erosión en otros órganos, el cabestrillo debe retirarse. Bajo anestesia local o general, los pasos son los siguientes:

1. repetir la incisión vaginal a nivel de las mismas zonas suburetral e inguinales o suprapúbicas;
2. realizar una disección completa del cabestrillo con las tijeras o de forma roma, permitiendo que se libere completamente de la pared vaginal, la uretra, la vejiga, el obturador o las estructuras retropúbicas: esto puede ser más fácil en caso de infección, y más difícil en los granulomas crónicos;
3. la infiltración local con solución fisiológica o anestesia local puede ser útil;
4. siempre se debe insertar una sonda vesical;
5. una vez que el cabestrillo esté completamente libre, retírelo con la mayor suavidad posible, asegurándose de que no quede ninguna estructura pélvica adherida a él;
6. controle las eventuales lesiones en el pequeño vaso;
7. realizar una cistoscopia después de completar la operación y mantener el paquete vaginal durante 24 horas. Si sólo se encuentra una pequeña erosión vaginal sin infección, se puede intentar una escisión parcial del dispositivo, sin eliminar la parte más profunda del mismo.

Contraindicaciones:

T-Sling® PP no debe utilizarse:

1. en pacientes con posibilidad de crecimiento futuro, incluyendo mujeres embarazadas o que estén en proceso de quedarse embarazadas;
2. en mujeres en proceso de lactancia;
3. en pacientes con alergias conocidas al polipropileno, polietileno y poliéster;
4. en pacientes que están siendo tratados con fármacos anticoagulantes o antiagregantes, agentes antiinflamatorios no esteroideos o en pacientes con enfermedades sanguíneas con tendencia hemorrágica;
5. en pacientes que tienen una infección del tracto urinario que podría afectar la curación

Reacciones adversas

Las posibles reacciones adversas que pueden observarse tras haber implantado T-Sling® PP son similares a los que pueden producirse con otros materiales o dispositivos. Estos efectos pueden comprender, sin estar limitado a ello:

- hematoma, seroma, absceso o formación de fístulas, cicatrices producidas después de realizarse la implantación;
- retención urinaria y otras disfunciones miccionales (es decir, obstrucción uretral temporal o permanente, síndrome de urgencia/ frecuencia, incontinencia de urgencia). Estas condiciones pueden asociarse a una hipercorrección o excesiva tensión de la prótesis durante la implantación;
- durante el procedimiento de implantación pueden producirse perforaciones, laceraciones de los vasos, nervios, vejiga, intestino, uretra o vísceras;
- extrusión a través del epitelio vaginal o erosión de la prótesis y/o mucosas circundantes;
- problemas neuromusculares, sensación de cuerpo extraño, incluyendo dolor agudo y/o crónico en la ingle, muslo, pierna, zona pélvica y/o abdominal;
- irritación local, inflamación, infección, sensibilización, dispareunia, contracción muscular;
- migración del dispositivo y fallo de la implantación cuyo resultado es que la incontinencia vuelve a presentarse;
- descarga vaginal atípica, generalmente relacionada con una erosión vaginal;
- inestabilidad del músculo detrusor.

Advertencias

1. Los cirujanos que hagan uso de T-Sling® PP deben tener experiencia en distintas técnicas quirúrgicas referentes a la suspensión del cuello de la vejiga.
2. La operación de revisión o explante de una prótesis podría requerir varias operaciones y procedimientos quirúrgicos precisos. Podría no ser posible explantar la prótesis por completo, con la consiguiente imposibilidad de eliminar por completo los síntomas y las complicaciones.
3. Como en todos los procedimientos de suspensión con mallas, si se utiliza el abordaje transvaginal, podría producirse una hemorragia retropúbica. Por tanto, es necesario monitorizar los síntomas que indiquen estos posibles problemas en la paciente antes de darle de alta.
4. Tras haber colocado la malla con abordaje retropúbico, se debe realizar una cistoscopia para comprobar que la vejiga está íntegra y localizar una posible perforación. En caso de abordaje transobturador y posterior, la cistoscopia depende de la decisión del cirujano.
5. No realice la implantación utilizando grapas o clips que puedan causar daños mecánicos a la malla.
6. No la utilice en heridas contaminadas, si se produce una infección podría ser necesario explantar el dispositivo.
7. La malla no debe de colocarse en contacto con las vísceras.
8. Una excesiva tensión de la prótesis puede causar la obstrucción de la uretra que podría causar una completa retención urinaria.
9. Después de la implantación, cuando ambas fundas han salido de las incisiones cutáneas, corte las fundas situadas debajo del termocontractor de los extremos y retírelas (fig.1 página 54). Tenga cuidado de tirar solamente de las fundas. Las fundas protectoras no deben quedar implantadas bajo ningún motivo.
10. El dispositivo se suministra estéril y no debe reesterilizarse. La reesterilización puede conllevar una reducción ineficaz de la contaminación del producto, con el consiguiente riesgo de infección del lugar de la cirugía y el posible fallo de la implantación.
11. El dispositivo es desechable (debe utilizarse una sola vez, en un solo paciente). Si se usa en más de un paciente puede suponer el riesgo de contaminación cruzada.
12. No utilice la prótesis si la protección estéril está abierta o dañada o después de la fecha de caducidad.
13. En T-Sling® PP código TS11-R, el marcador permite al cirujano identificar el centro de la prótesis.
14. El uso de la cinta T-Sling® PP en presencia de una fuerte deficiencia del esfínter intrínseco debe evaluarse completamente por el cirujano.



DE LEON Agustin Jorge Carlos
CUIL 23214763699



FORTINO Gustavo Favio
CUIL 20202142835



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Rotulo y Manual de Instrucciones - PM 708-82

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 8 pagina/s.