



stryker®

Trauma & Extremities

# VariAx® 2

Sistema de placas de bloqueo para radio distal

## Técnica quirúrgica

- Placas volares anatómicas y universales
- Placas dorsales
- Placas específicas para fragmentos
- Placas volares anatómicas XXL
- Tornillos e instrumentos codificados por colores VariAx 2

Muñeca



# Sistema de placas de bloqueo para radio distal VariAx 2

En esta publicación se describen de forma detallada los procedimientos recomendados para el uso de dispositivos e instrumentos de Stryker.

Incluye directrices que conviene seguir pero, al igual que con cualquier guía técnica, cada cirujano debe considerar las necesidades particulares de cada paciente y realizar los ajustes que determine oportunos cuando y según sea necesario.

Se recomienda recibir formación práctica antes de la primera intervención quirúrgica.

Todos los dispositivos no estériles deben limpiarse y esterilizarse antes de su uso. Siga las instrucciones indicadas en nuestra guía de reprocesamiento (L24002000). Los instrumentos con varios componentes deben desmontarse para su limpieza. Consulte las instrucciones de montaje y desmontaje correspondientes.

Recuerde que la compatibilidad de los diferentes sistemas de productos no ha sido evaluada, a no ser que se especifique lo contrario en las etiquetas del producto.

Consulte las instrucciones de uso (90-03200,90-01953, V15011 y V15013) para ver una lista completa de los posibles efectos adversos, contraindicaciones, advertencias y precauciones. El cirujano debe comentar con el paciente todos los riesgos pertinentes, incluida la vida útil finita del dispositivo, cuando sea necesario.

# Contenido

	Página
<b>1. Indicaciones, precauciones y contraindicaciones</b>	<b>4</b>
<b>2. Descripción general</b>	<b>5</b>
Opciones de placa	5
Opciones de tornillos/pernos	5
<b>3. Técnica quirúrgica</b>	<b>8</b>
Placa volar anatómica	8
Placa volar universal	10
Placa dorsal	12
Placa para radio distal lateral	14
Bloque guía	17

# Indicaciones, precauciones y contraindicaciones

## Uso previsto

El sistema de bloqueo para el radio distal VariAx 2, incluidas las placas volares XXL de radio distal, está destinado para la fijación interna de pequeñas fracturas óseas, incluidas fundamentalmente fracturas del radio distal.

## Indicaciones

Fracturas de compresión, fracturas intra-articulares y extra-articulares y fracturas desplazadas. Indicaciones adicionales solo para las placas volares XXL de radio distal: osteotomías, no uniones y uniones defectuosas.

## Precauciones

Los sistemas de Stryker no han sido evaluados en cuanto a seguridad y compatibilidad en un entorno de resonancia magnética (RM), ni en cuanto a calentamiento o migración en dicho entorno, a no ser que se especifique lo contrario en la ficha técnica del producto.

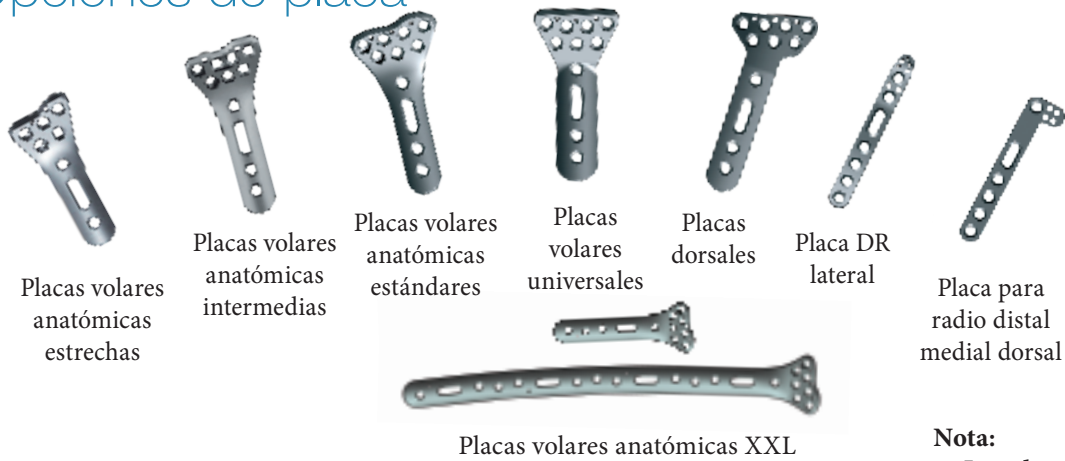
## Contraindicaciones

Los estudios, la formación personal y el criterio profesional del médico son importantes a la hora de elegir el dispositivo y el tratamiento adecuados. Las siguientes contraindicaciones pueden ser de carácter relativo o absoluto y las debe tener en cuenta el cirujano responsable:

- Cualquier infección latente presunta o activa, o cualquier inflamación local marcada en el área afectada o en su proximidad.
- Afectación vascular que impida el riego sanguíneo adecuado de la fractura o del sitio quirúrgico.
- Reserva ósea afectada por una enfermedad, una infección o un implante anterior, que no pueda aportar el soporte y/o la fijación adecuados de los dispositivos.
- Sensibilidad al material, presunta o documentada.
- Obesidad. Los pacientes con sobrepeso u obesidad pueden producir sobrecargas en el implante que a su vez pueden conducir a fallos de la fijación del dispositivo o del propio dispositivo.
- Pacientes con cobertura tisular inadecuada en el sitio quirúrgico.
- Uso del implante que interfiera con las estructuras anatómicas o el rendimiento fisiológico.
- Cualquier trastorno mental o neuromuscular que genere un riesgo inaceptable de fallo en la fijación o complicaciones en los cuidados postoperatorios.
- Otras enfermedades o situaciones quirúrgicas que impidan los posibles beneficios quirúrgicos.

# Descripción general

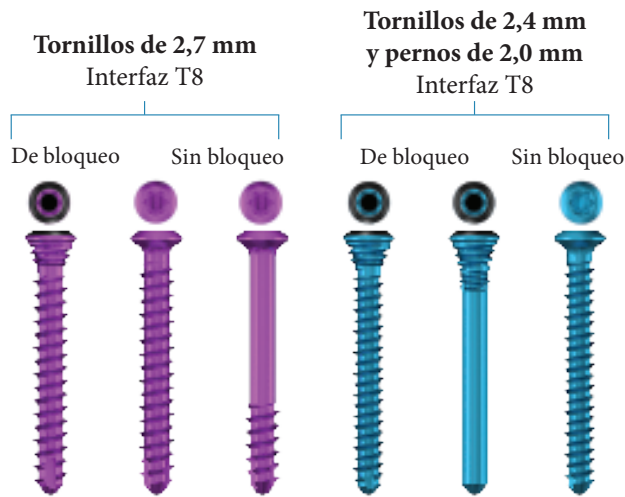
## Opciones de placa



**Nota:**

Las placas no están representadas a escala.

## Código de colores y opciones de tornillos/pernos

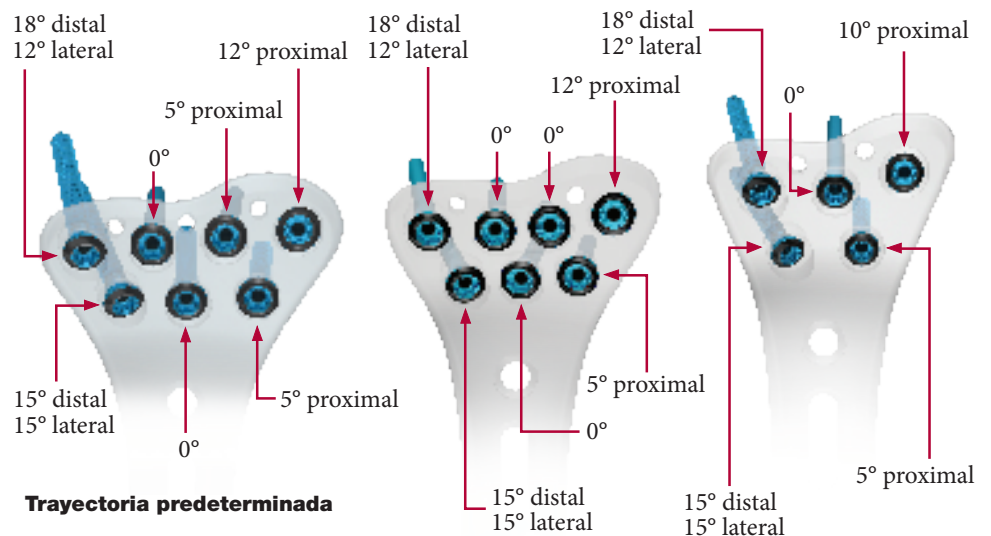


**Nota:**

- Los tornillos de bloqueo y sin bloqueo pueden usarse en cualquier orificio redondo.
- Para evitar que la hoja del destornillador se desacople del tornillo durante la inserción, se recomienda aplicar presión axial.
- Durante el atornillado final de los tornillos de bloqueo, es preciso extremar las precauciones para no apretar excesivamente los tornillos. Hacerlo podría causar daños en el mecanismo de bloqueo, el tornillo y/o la hoja del destornillador.

### Orificios para tornillos distales angulados

Los orificios para tornillos distales de las placas anatómicas están angulados para proporcionar una trayectoria predeterminada en el bloque óseo distal. Esta imagen muestra las diversas trayectorias. Si se perfora con un ángulo de 0° respecto al orificio de la placa, se lograrán las trayectorias de tornillo respecto a la superficie de la placa que se muestran en la imagen. Este es también la trayectoria de tornillo se logra cuando se utiliza un bloque guía.



# Descripción general

## Guía de broca poliaxial SmartLock<sup>1</sup>/Guía de broca de compresión

Permite  $\pm 15$  grados de angulación. Un reborde en la guía para broca facilitará el acople y permitirá movimientos alternantes en el orificio. El intervalo de alternancia de la guía de broca creará un cono de 30 grados y todos los ángulos de este intervalo constituirán una posición de bloqueo. Esto permitirá al cirujano apuntar al lugar donde conviene colocar el tornillo o el perno. Igualmente y dependiendo de la colocación de la placa, puede haber necesidad de dirigir el ángulo de un tornillo o un perno fuera de la línea de fractura.

La guía de broca de 2,0 mm para tornillos T8 (703684) facilita la perforación céntrica de un orificio piloto de 2,0 mm para un tornillo T8 de 2,4 o 2,7 mm (de bloqueo y sin bloqueo) o un perno de 2,0 mm. Además, el lado opuesto de la guía facilita la perforación excéntrica, que se utiliza para perforar un orificio de compresión cuando se desea compresión.

## Brocas y guías de broca para tracción

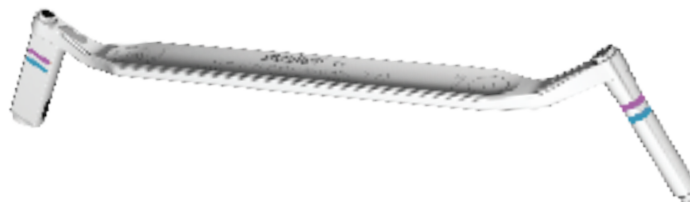
Además de las brocas y guías de broca estándar, también hay una serie de soluciones para realizar una técnica de tornillo de tracción de forma independiente.

Existen brocas exclusivas para cada tamaño de tornillo para perforar la cortical proximal durante la colocación independiente de un tornillo de tracción. Estos brocas especiales, además de estar marcadas con el diámetro real de la broca en el acoplamiento AO, también se identifican mediante un anillo del color que corresponde al diámetro de tornillo adecuado. Esta marca coincide con la marca del extremo correspondiente de la guía de broca para tracción.

### Nota:

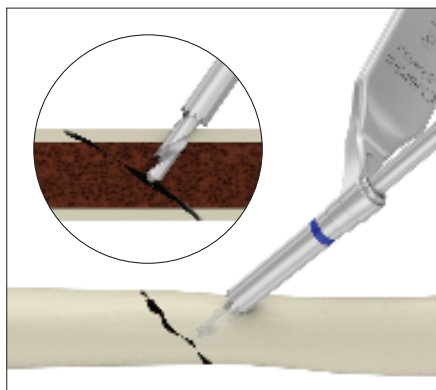
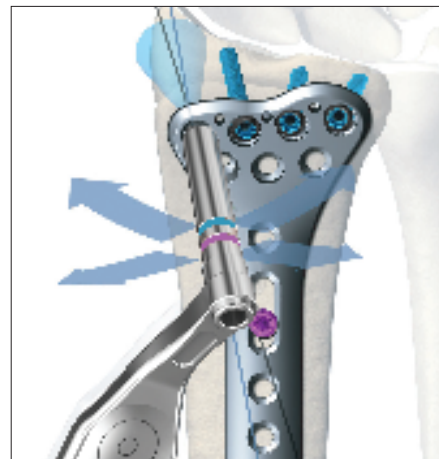
**Haga coincidir siempre el color del anillo de la broca con el color de la marca de la guía de broca. Asimismo, haga coincidir siempre el color de anodizado del tornillo con el color de al menos un anillo.**

Para poder insertar un tornillo de tracción de forma independiente, sin una placa, es preciso utilizar las guías de broca para



### Nota:

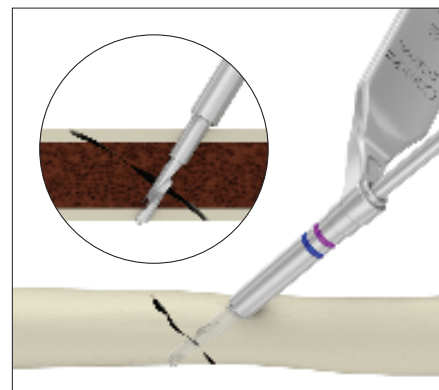
- Durante la perforación excéntrica, la flecha que figura en el lado de compresión de la guía de broca debe apuntar hacia la línea de fractura.
- El uso de una de las guías de broca proporcionadas para la preparación de los orificios de atornillado es obligatorio. No usar una guía de broca puede llevar a perforar fuera del intervalo de bloqueo especificado y afectar negativamente a la capacidad de bloqueo.
- En primer lugar, acople por completo la guía de broca en el orificio y, después, dirija la broca en la dirección deseada.



### Paso 1.

tornillos de tracción independientes (703688 para tornillos de 2,4 mm y 703884 para tornillos de 2,7 mm). En primer lugar, es preciso brocar la cortical proximal, utilizando el lado de la guía de broca marcado con un solo anillo de color, para crear un orificio de deslizamiento (paso 1).

A continuación, se puede utilizar el otro lado de la guía de broca (marcado con dos anillos de color); para hacerlo, inserte el extremo con forma de sombrero de copa en el orificio de deslizamiento que acaba de perforar y utilice una broca estándar para perforar la segunda cortical



### Paso 2.

a través del primer orificio (paso 2). Esta broca estándar está calibrada para poder determinar la longitud apropiada del tornillo. Una vez insertado el tornillo, esta técnica servirá para atraer la cortical distal hacia la cortical proximal, aplicando de este modo compresión.

### Nota:

**Extreme la precaución cuando utilice la guía de taladro para tornillos de tracción independiente para brocar un orificio a través de otro, ya que la punta de la guía de broca puede causar daños en el orificio de la placa.**

1. La tecnología de bloqueo SmartLock está patentada por el profesor Dietmar Wolter (Hamburgo, Alemania).

# Descripción general

## Mango modular

VariAx 2 dispone de un sistema de mango modular. Este consta de dos tamaños de empuñadura del mango (mediano y grande) y pueden intercambiarse, bien con un inserto de acople AO con carraca bidireccional o bien con un inserto de acople AO estándar.

Ambos tamaños de mango vienen equipados con una corona giratoria para permitir la inserción con dos dedos. Para desacoplar el inserto del mango, pulse el botón en la parte distal del mango y tire del inserto hacia fuera del mango.

### Nota:

**Los insertos deben retirarse de los mangos antes de proceder a su limpieza.**

El inserto de carraca puede funcionar en tres modos: apriete en sentido horario, en sentido antihorario o neutro. Para cambiar entre los distintos modos, solo ha de girarse la parte distal del inserto hasta el sentido de apriete que se desee.

## Opciones de medición de la profundidad

VariAx 2 ofrece diversas opciones para determinar la longitud de tornillo. Todas las brocas están calibradas para que el cirujano pueda determinar la longitud de tornillo cuando utilice la broca a través de las guías de broca específicas.

Además, también existe una guía SpeedGuide (703891 para broca de 2,0 y 703888 para la vaina de la SpeedGuide), que permite al cirujano perforar y medir la profundidad del orificio en un solo paso y con un único instrumento. Para obtener más información sobre la guía SpeedGuide, consulte la Técnica quirúrgica de SpeedGuide.

Por último, también es posible utilizar un medidor de profundidad estándar (705170 o 703885 para su uso con los bloques guía) de forma independiente o a través de un orificio de la placa.

## Terrajas

El sistema incluye terrajas de 2,4 mm y 2,7 mm (703900 para tornillos de 2,4 mm y 703889 para tornillos de 2,7 mm). Si bien todos los tornillos son autorroscantes, se recomienda utilizar una terraja en caso de detectar una resistencia excesiva durante la inserción del tornillo o si se trata de hueso denso.



**Mango grande  
(703920)**



**Mango mediano  
(703921)**



**Inserto de carraca  
(703922)**



**Inserto de acople  
AO  
(703923)**

### Nota:

**Para asegurarse de que la función de carraca sea la correcta, procure un mantenimiento adecuado del inserto aplicando aceite lubricante para uso médico en los surcos señalados.**



**Broca calibrada y guía de broca**



**Guías SpeedGuide**



**Medidor de profundidad**



**Terrajas**

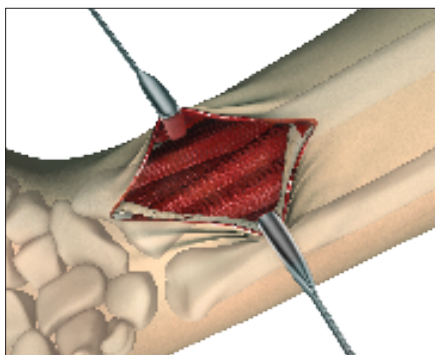
# Técnica quirúrgica



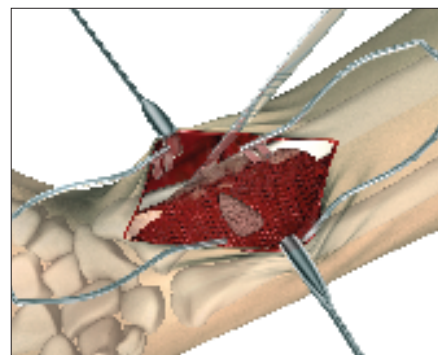
## Placa volar anatómica



1. Se realiza una incisión de aproximadamente 5-8 cm de longitud justo sobre el tendón flexor radial del carpo. Si se necesita mayor exposición, la incisión puede ampliarse radialmente a 45 grados a lo largo de los pliegues de flexión de la muñeca.

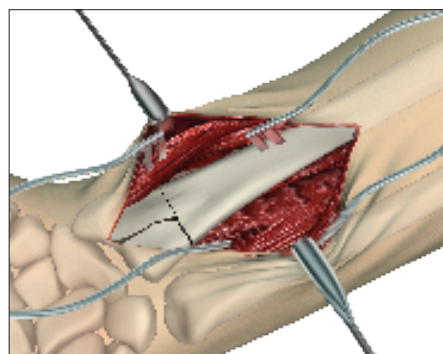


2. El tendón flexor radial del carpo se retrae cubitalmente y la disección se practica a través del suelo de la vaina del flexor radial del carpo.



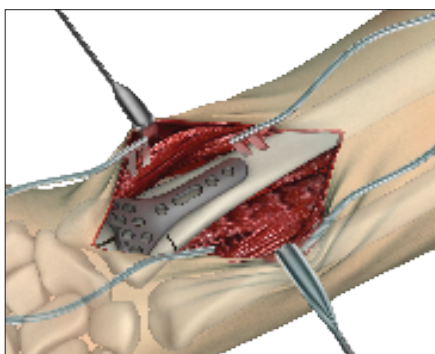
3. El músculo pronador cuadrado se identifica y disecciona en su totalidad para separarlo de la superficie volar del radio como un colgajo con base cubital.

4. La inserción del braquiorradial puede liberarse.



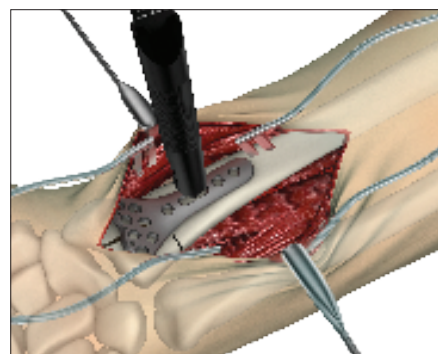
5. La fractura se visualiza y se reduce.

6. El uso de tracción externa o el uso de agujas de Kirschner para la fijación temporal puede resultar útil. El uso de fluoroscopia anteroposterior/lateral resulta útil para determinar que la reducción de la fractura y la posición de la placa son correctas.



7. Seleccione el implante apropiado según la anatomía del paciente y el patrón de fractura.

8. La placa debe colocarse ligeramente por debajo del borde distal del radio para servir de soporte a los fragmentos de fractura articular volar y también para evitar la inserción de tornillos o pernos en la articulación.



9. Pueden usarse agujas de Kirschner de color blanco y negro (07-40281) o agujas de Kirschner de color verde aceituna (56-40281) para la fijación temporal mientras se evalúa la colocación de la placa.

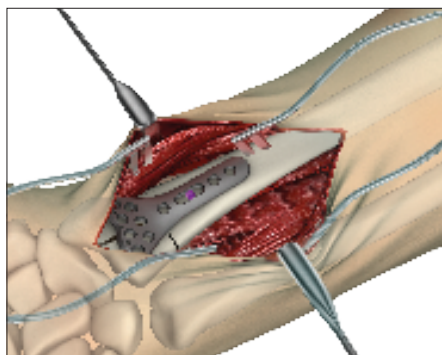
10. Conviene brocar el primer orificio piloto en el orificio oblongo de deslizamiento usando la guía de broca apropiada.

11. Utilice el medidor de profundidad (705170 o 703885 para su uso con los bloques guía) para determinar la longitud del tornillo.

# Técnica quirúrgica



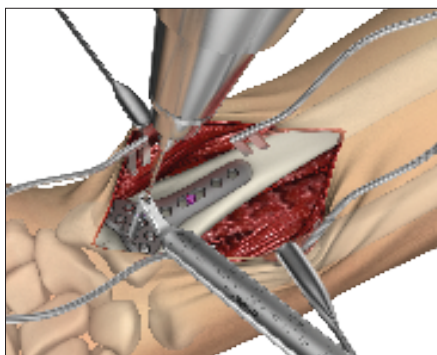
## Placa volar anatómica



12. Se coloca un tornillo sin bloqueo en el orificio oblongo de deslizamiento, pero no se aprieta por completo para permitir el ajuste de la placa en dirección distal o proximal.

13. Tras confirmar el correcto posicionamiento de la placa volar anatómica mediante fluoroscopia, apriete el primer tornillo.

14. Una vez determinada la posición de la placa, decida qué guía de broca va a usar, según las preferencias o el tipo de fractura.

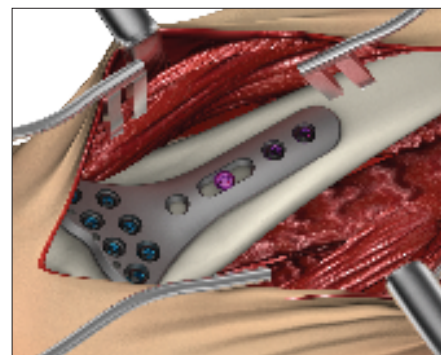


15. Con ayuda de la guía de broca deseada, repita la perforación, medición y colocación de los tornillos o los pernos en los orificios distales.

16. Coloque tornillos de bloqueo o sin bloqueo en el extremo proximal de la placa.

### Nota:

**Las puntas de los tornillos en los orificios distales no deben sobresalir en la cortical opuesta para evitar daños en los tendones extensores.**

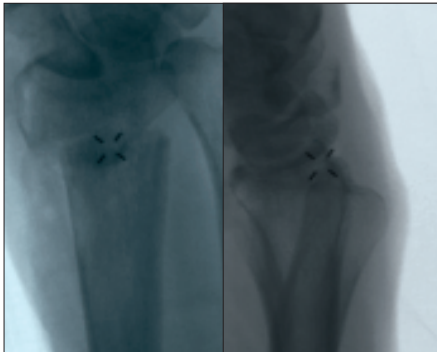


17. Compruebe la colocación adecuada de los tornillos o los pernos con ayuda de una fluoroscopia para asegurarse de que ninguno de ellos penetre en la articulación.

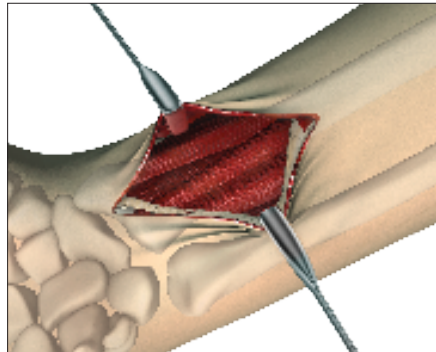
18. Cierre la incisión.



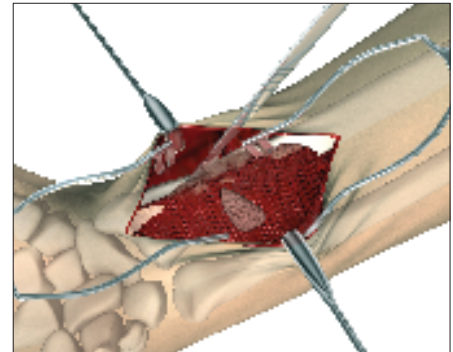
## Placa volar universal



1. Se realiza una incisión de aproximadamente 5-8 cm de longitud directamente sobre el tendón flexor radial del carpo. Si se necesita mayor exposición, la incisión puede ampliarse radialmente a 45 grados a lo largo de los pliegues de flexión de la muñeca.

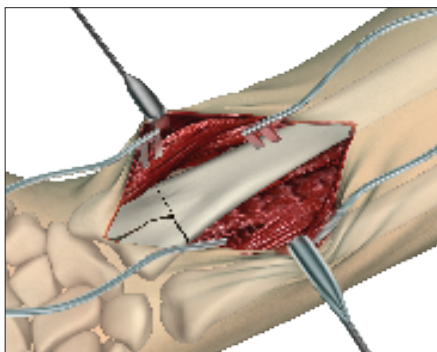


2. El tendón flexor radial del carpo se retrae cubitalmente y la disección se practica a través del suelo de la vaina del flexor radial del carpo.



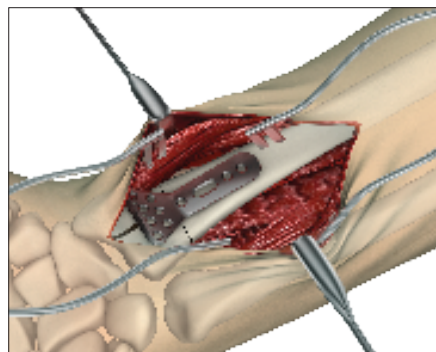
3. El músculo pronador cuadrado se identifica y disecciona en su totalidad para separarlo de la superficie volar del radio como un colgajo con base cubital.

4. La inserción del braquiorradial puede liberarse.



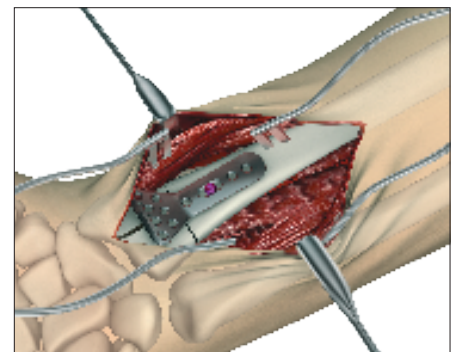
5. Se visualiza la fractura.

6. Se reduce la fractura. El uso de tracción externa o el uso de agujas de Kirschner para la fijación temporal podría resultar útil.



7. Conviene colocar la placa ligeramente por debajo del radio distal para evitar la inserción de tornillos o pernos en la articulación. El uso de fluoroscopia anteroposterior/lateral resulta útil para determinar que la reducción de la fractura y la posición de la placa son correctas.

8. Pueden usarse agujas de Kirschner para la fijación temporal.



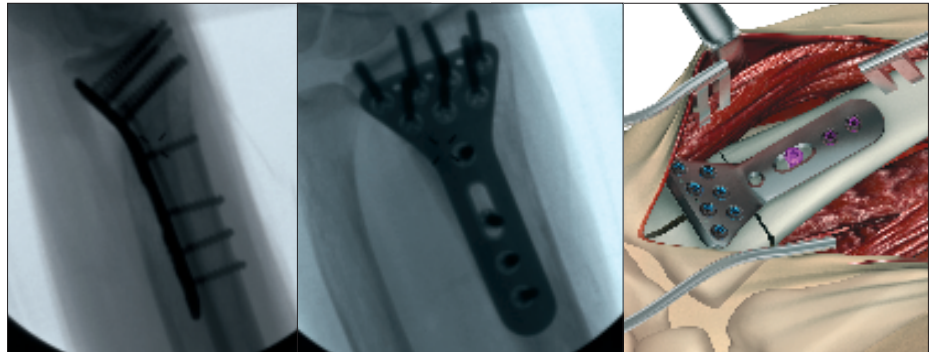
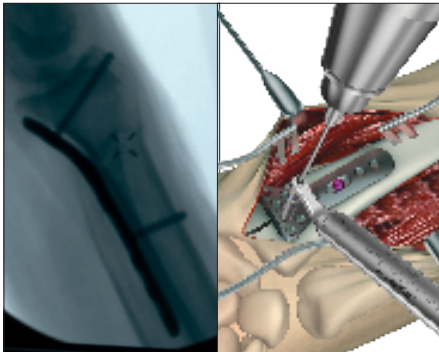
9. Conviene brocar el primer orificio piloto en el orificio oblongo de deslizamiento usando la guía de broca apropiada.

10. Mida la profundidad del orificio para determinar la longitud del tornillo.

11. Se coloca un tornillo en el orificio oblongo de deslizamiento, pero no se aprieta por completo para permitir el ajuste de la placa en dirección distal o proximal.



## Placa volar universal



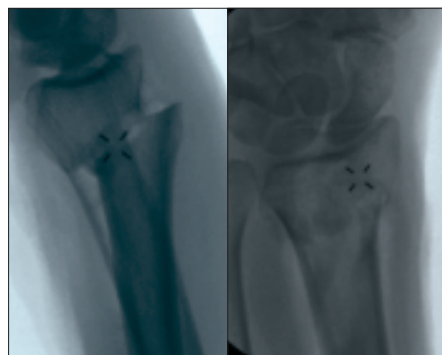
12. Tras confirmar el correcto posicionamiento de la placa volar mediante fluoroscopia, apriete el primer tornillo.
13. Repita la perforación, medición y colocación de los tornillos o los pernos en los orificios distales de la placa. La posición y el número de tornillos insertados dependerá del tipo de fractura.
14. Coloque tornillos de bloqueo o sin bloqueo en el extremo proximal de la placa.
15. Compruebe la colocación adecuada de los tornillos o los pernos con ayuda de fluoroscopia para asegurarse de que ninguno de ellos penetra en la articulación.
16. Cierre la incisión.

### Nota:

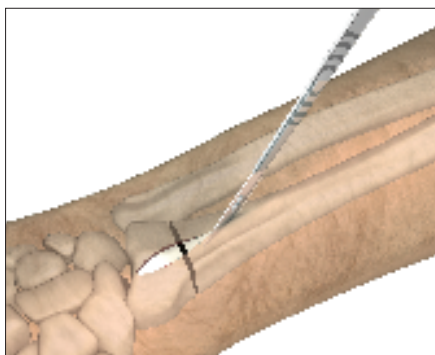
**Las puntas de los tornillos en los orificios distales no deben sobresalir en la cortical opuesta para evitar daños en los tendones extensores.**

# Técnica quirúrgica

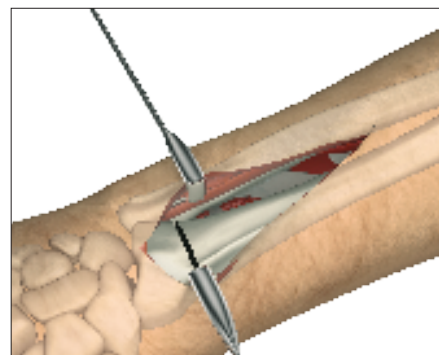
## Placa dorsal



1. Se realiza una incisión longitudinal de forma cubital al tubérculo de Lister en la región del radio distal.



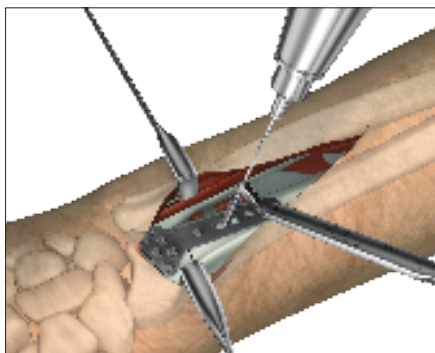
2. Se disecciona hasta el retináculo extensor. Se abre el tercer compartimento y se desplaza radialmente el músculo extensor largo del pulgar.



3. Los extensores de la muñeca del segundo compartimento se elevan radialmente por debajo del periostio y los del cuarto compartimento se elevan cubitalmente por debajo del periostio. Los terminales del nervio interóseo posterior pueden escindirse para reducir el dolor.



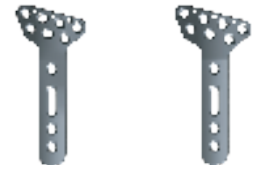
4. Se reduce la fractura. El uso de un dispositivo de tracción externa o el uso de agujas de Kirschner para la fijación temporal puede resultar útil.  
5. En caso necesario, adapte la placa para que su posición anatómica sea correcta. Podría ser necesario extraer el tubérculo de Lister.



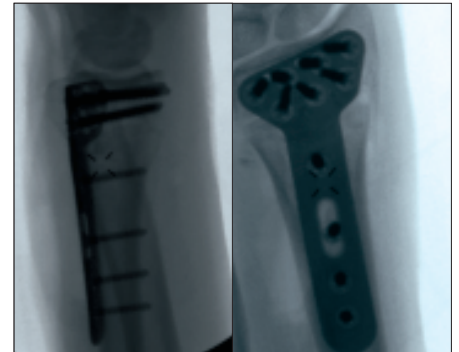
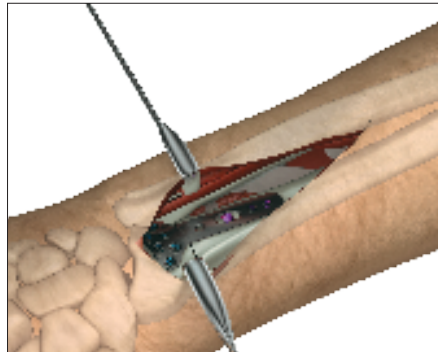
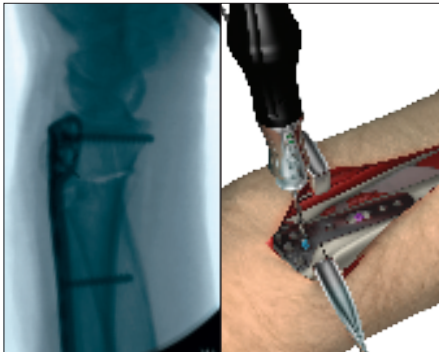
6. Conviene colocar la placa en posición ligeramente proximal al borde distal del radio distal para evitar la inserción de tornillos o pernos en la articulación. Conviene confirmar el correcto posicionamiento de la placa mediante el uso de fluoroscopia. El primer orificio piloto debe brocarse en el orificio oblongo de deslizamiento.



7. Mida la profundidad del orificio para determinar la longitud del tornillo.  
8. Se coloca un tornillo en el orificio oblongo de deslizamiento, pero no se aprieta por completo para permitir el ajuste de la placa en dirección distal o proximal.



## Placa dorsal



9. Confirme el posicionamiento correcto de la placa mediante fluoroscopia y, a continuación, apriete el primer tornillo.

12. Compruebe la colocación adecuada de los tornillos y los pernos con ayuda de una fluoroscopia para asegurarse de que no penetren en la articulación.

13. Cierre la incisión.

### Nota:

**Puede ser necesario utilizar un tornillo de longitud distinta una vez asentada por completo la placa en el hueso.**

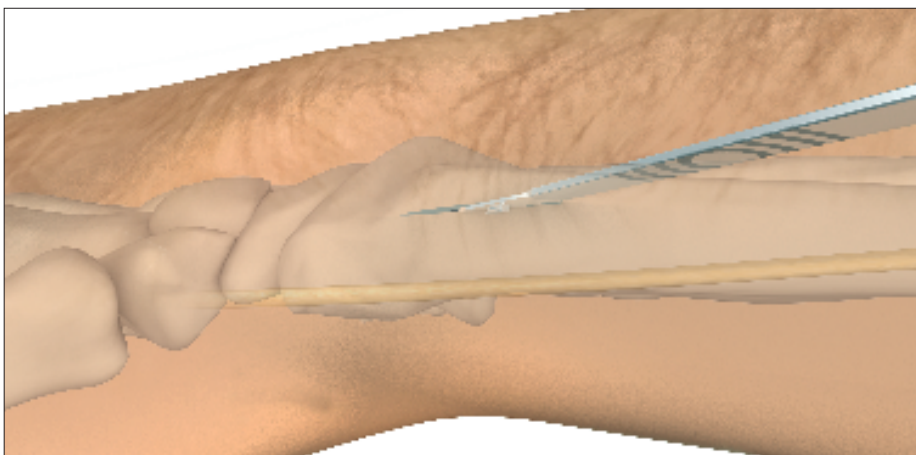
10. Repita la perforación, medición y colocación de los tornillos o los pernos en los orificios distales de la placa. La posición y el número de tornillos insertados dependerá del tipo de fractura.

11. Coloque tornillos de bloqueo o sin bloqueo en el extremo proximal de la placa.

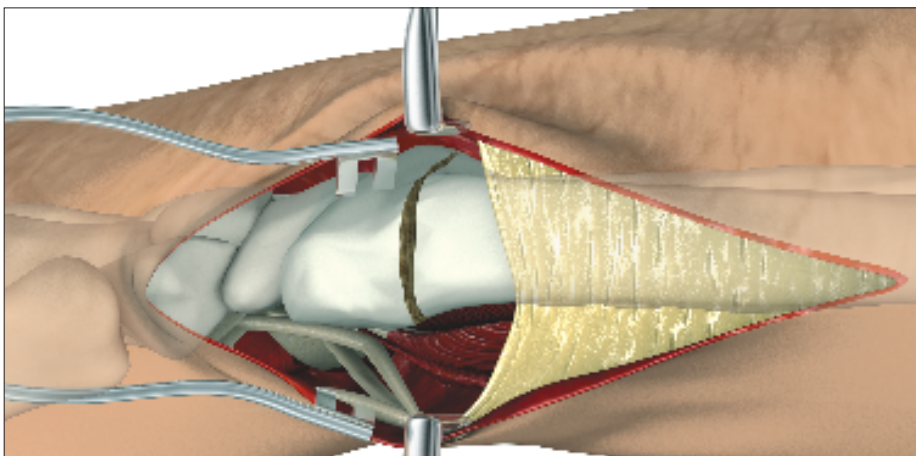


## Placa para radio distal lateral

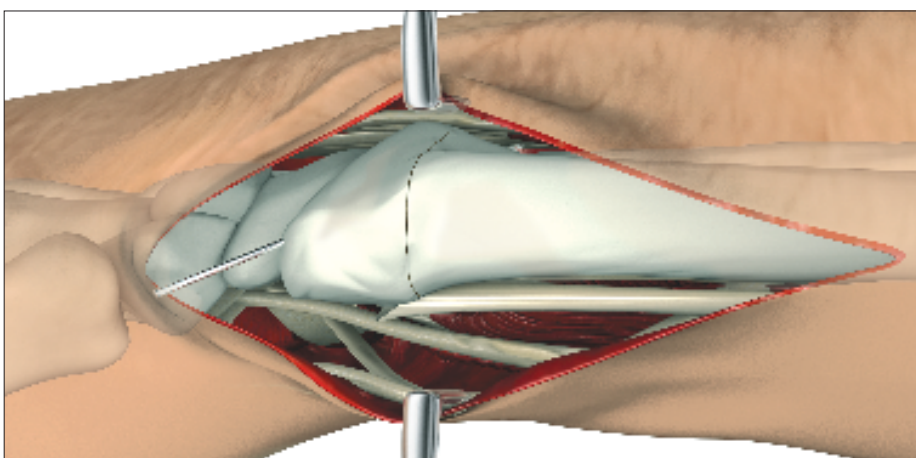
1. Se realiza una incisión a lo largo de la columna radial.
2. Debe extremarse la precaución para evitar lesiones en el ramal superficial del nervio radial.



3. Se libera el primer compartimento dorsal. Los tendones se retraen volarmente.



4. Conviene reducir y estabilizar la fractura con una aguja de Kirschner colocada a partir del estiloide radial distal y en dirección dorsal y proximal.



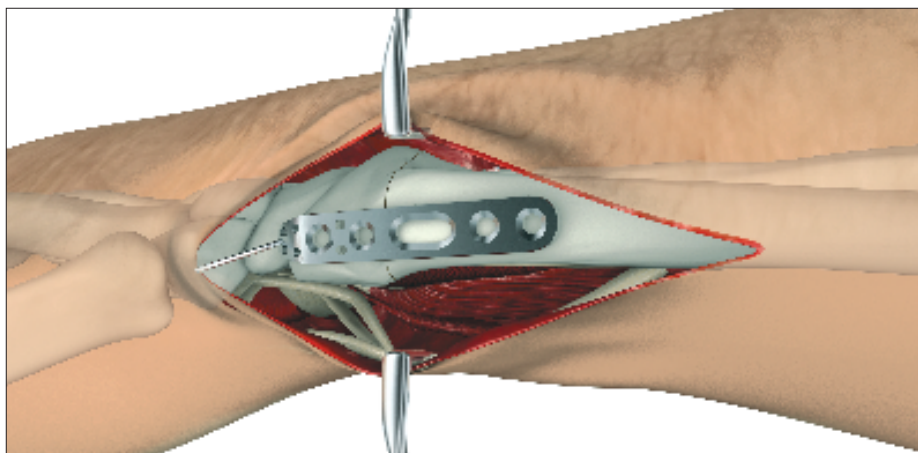
**Nota:**

No deben usarse en el aislamiento placas específicas para fragmentos.

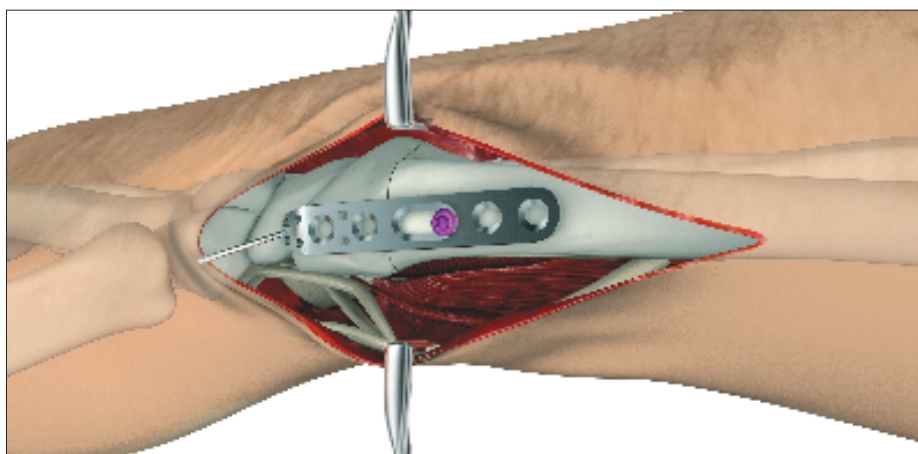


## Placa para radio distal lateral

5. La placa se desliza sobre la aguja de Kirschner (07-40281) y se coloca a lo largo de la columna radial.



6. Un tornillo sin bloqueo colocado en el orificio oblongo comprimirá la placa con el vástago, y tirar de la placa proximalmente comprimirá el lecho de la fractura.



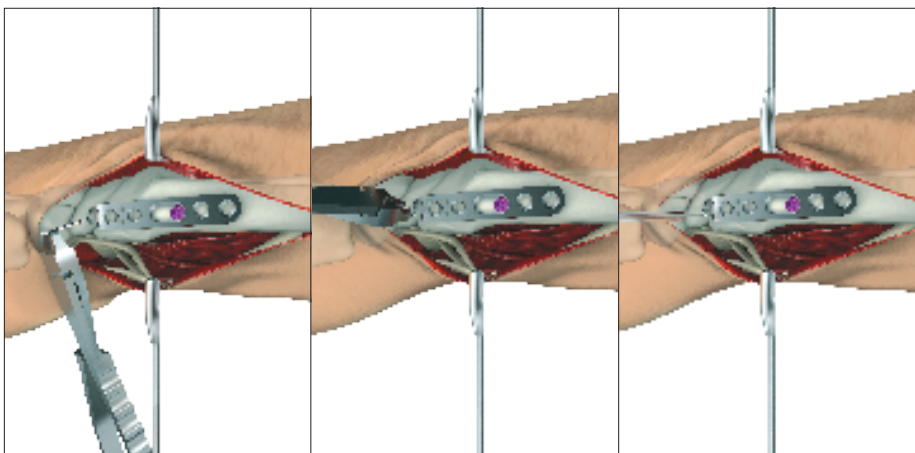


## Placa para radio distal lateral

7. La herramienta 3 en 1 que dobla, corta e inserta agujas de Kirschner se usa para doblar agujas de Kirschner distalmente.

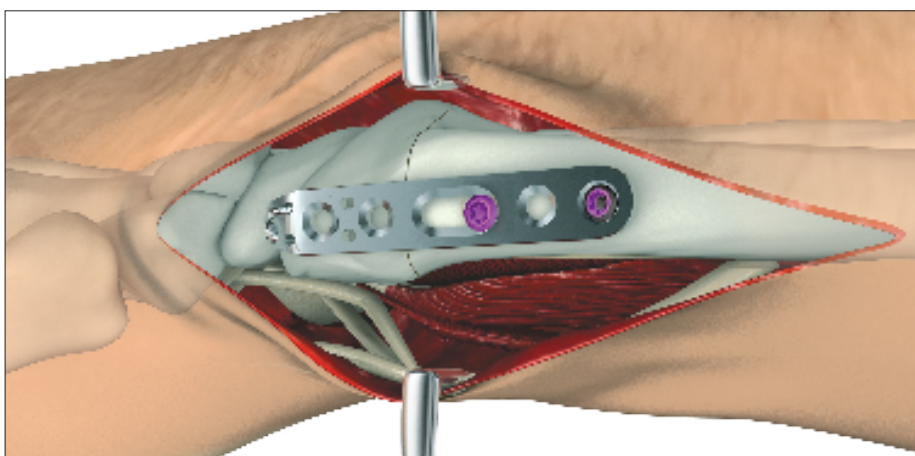
8. Se recomienda colocar tan solo una aguja de Kirschner distalmente a la vez para realizar un uso adecuado de los alicates para doblado de aguja de Kirschner (64-20118).

9. Una vez insertados, puede usarse el martillo (43-09830) e impactador (64-00011) para seguir insertando las agujas de Kirschner.



10. Las agujas de Kirschner y los tornillos pueden colocarse en combinación para una fijación más rígida.

11. La incisión se cierra.

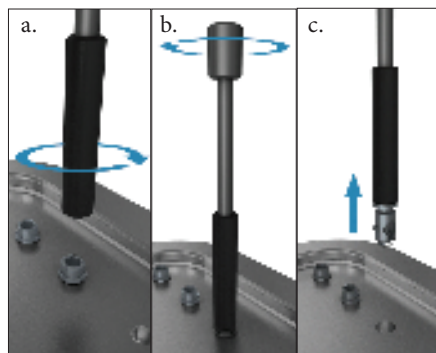




## Bloque guía



1. Seleccione el bloque guía correspondiente a la placa que vaya a utilizarse (izquierda/derecha, estrecha/intermedia/estándar). Coloque el perno de la parte inferior del bloque en el orificio diafisario de la placa.



2. Retire el joystick del bloque guía (56-01310) de la bandeja.
  - a. Inserte el joystick en el pin de fijación (56-01210) y apriete la vaina de agarre negra en el pin de fijación (gire en el sentido de las agujas del reloj).
  - b. Gire el pasador plateado del joystick en sentido contrario al de las agujas del reloj para abrir el pin de fijación (aproximadamente dos giros).
  - c. Tire del joystick hacia arriba para extraer el conjunto del pin de la bandeja.



3. El cirujano deberá decidir en qué orificio colocar el pin en el bloque para montar el bloque guía en la placa. Puede usarse cualquier orificio, **excepto el orificio estiloide radial más distal porque dicho orificio carece de ranura para acomodar la lengüeta del pin**. A continuación, alinee la lengüeta del pin de fijación con la ranura del bloque guía, como se muestra en el área resaltada.



4. Coloque el conjunto del pin de fijación/joystick a través del bloque guía en el interior de la placa.

\* Las alas de la parte inferior del pin deben estar cerradas para que el clavo quepa a través del orificio de la placa.



5. Compruebe que el pin de fijación sobresale por la parte inferior de la placa.

\* Si el pin no sobresale por completo a través de la placa, gire despacio el joystick en sentido contrario al de las agujas del reloj para cerrar el pin. Cuando se cierran las alas del pin, oírás un clic que servirá como verificación de que el pin ha pasado totalmente a través de la placa.



6. Gire el pasador del joystick en el sentido de las agujas del reloj para extender las alas del pin y apriete el bloque guía a la placa (aproximadamente 2 vueltas).

### Atención:

**El pin de fijación no debe apretarse en exceso ya que podría dañarse la rosca. Solo es necesario un esfuerzo moderado (apriete solo con los dedos).**

Una vez montado el bloque en la placa, compruebe la alineación pasando una aguja de Kirschner a través de los orificios para aguja de Kirschner. Conviene hacer esto antes de montar la placa en el hueso.

# Técnica quirúrgica

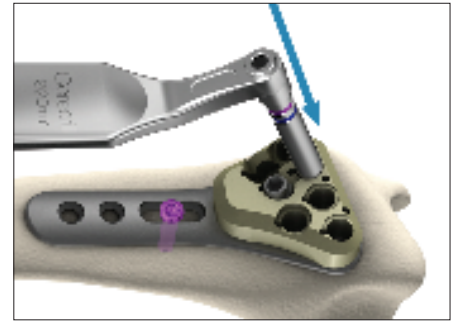
## Bloque guía



7. Puede usarse el joystick para ayudar a situar la placa en el hueso. Una vez colocada la placa, retire el joystick soltando la vaina de agarre negra del pin de fijación (en sentido contrario al de las agujas del reloj).



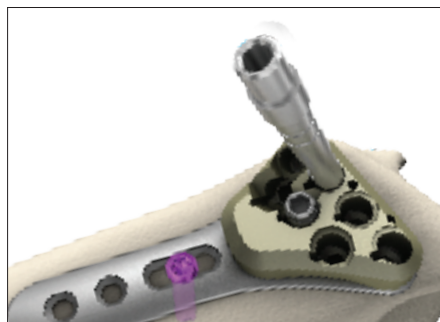
8. Pueden usarse agujas de Kirschner a través del conjunto del bloque/placa para una fijación temporal.



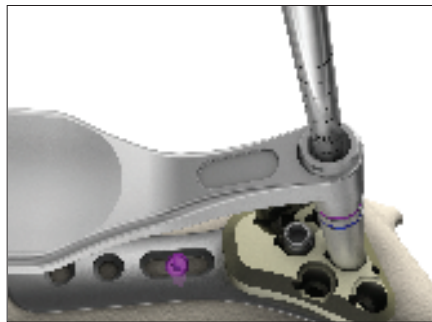
9. La guía de broca de ángulo variable (703684) puede usarse en cualquier orificio para brocar con la trayectoria predeterminada.

### Precaución:

**El bloque guía no puede utilizarse con placas que se hayan moldeado o doblado en la fase intraoperatoria.**



10. Como alternativa al uso de la guía de broca, puede usarse una guía de broca del bloque guía (56-02020) para perforar el orificio piloto. Basta con que empuje la guía para broca a través de un orificio del bloque guía hasta que se asiente por completo. Es posible insertar dos guías para broca simultáneamente en la fila distal del bloque guía para facilitar el proceso de brocado.



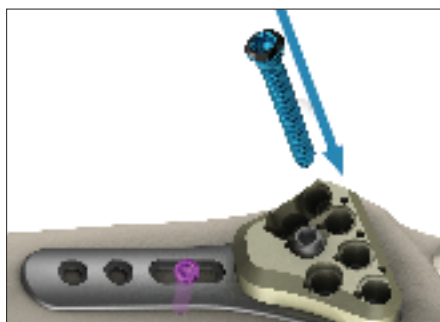
11. Broque a través de la guía de broca o la guía para broca. Puede usarse la escala de la broca para determinar la longitud apropiada del tornillo.

### Atención:

**Para evitar daños en el bloque guía y/o la placa, debe usarse la guía de broca de ángulo variable.**



12. Mida la profundidad con el medidor de profundidad (703885) y seleccione el tornillo apropiado. Asegúrese de que la punta del medidor de profundidad está completamente asentada en la placa.



13. Puede insertarse un tornillo a través del bloque guía. Confirme la colocación del tornillo mediante fluoroscopia.

### Nota:

Si se usa el bloque guía de placa intermedio (56-01810 derecha/ 56-01910 izquierda), la posición recomendada del pin de fijación/ joystick es el orificio medial más proximal del bloque guía. De esta forma se garantiza poder acceder a todos los orificios abiertos con la guía para broca. Si el joystick se coloca en el orificio medio o lateral proximal, entonces el orificio adyacente, como se muestra aquí, no será accesible con la guía para broca.

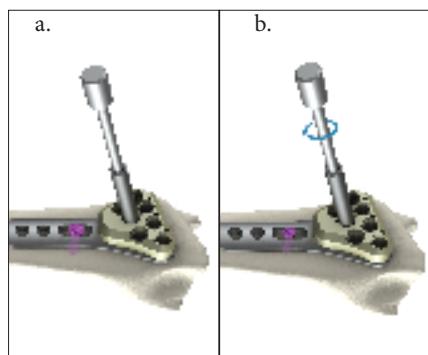


Placa y bloques guías intermedios

# Técnica quirúrgica



## Bloque guía

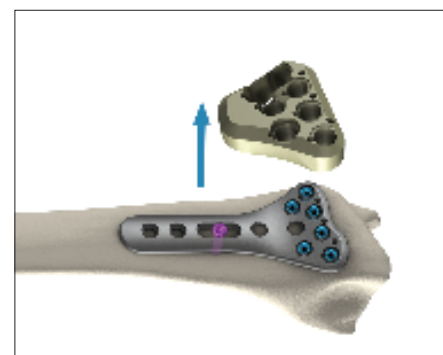


14. Retire el bloque guía:

- Conecte el joystick con el pin de fijación apretando la vaina de agarre negra (en el sentido de las agujas del reloj).
- Gire el pasador del joystick en el sentido contrario al de las agujas del reloj para abrir el pin de fijación (aproximadamente 2 vueltas).



15. Retire el montaje del pin de fijación/ joystick del bloque guía.



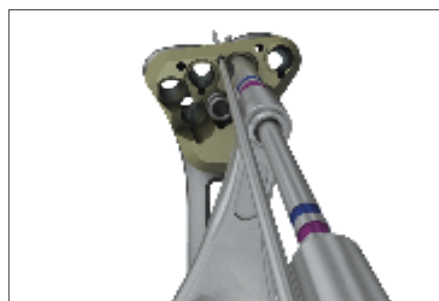
16. Retire el bloque guía de la placa.  
En caso necesario, puede colocar un tornillo en el orificio usado para la fijación del bloque guía. Asegúrese de que las cabezas de todos los tornillos están completamente asentadas en la placa y apretadas por completo.

### Pasos opcionales:

Mediante control de fluoroscopia, se aproximará la aguja de Kirschner a la trayectoria del tornillo adyacente en el lado cubital.

### Nota:

**No hay ningún orificio de aguja de Kirschner para aproximar el tornillo estiloides radial más distal.**



### Nota:

Se muestra el bloque izquierdo.

## Reconstructive

---

Hips  
Knees  
Trauma & Extremities  
Foot & Ankle  
Joint Preservation  
Orthobiologics & Biosurgery

## MedSurg

---

Power Tools & Surgical Accessories  
Computer Assisted Surgery  
Endoscopic Surgical Solutions  
Integrated Communications  
Beds, Stretchers & EMS  
Reprocessing & Remanufacturing

## Neurotechnology & Spine

---

Craniomaxillofacial  
Interventional Spine  
Neurosurgical, Spine & ENT  
Neurovascular  
Spinal Implants

Este documento va dirigido únicamente al personal sanitario. Un cirujano debe confiar siempre en su propio criterio clínico profesional a la hora de decidir el uso de un producto específico para tratar a un paciente en concreto. Stryker no ofrece asesoramiento médico y recomienda que los cirujanos se formen en el uso de los productos específicos antes de su uso quirúrgico.

La información se presenta con la finalidad de demostrar un producto de Stryker. El cirujano debe consultar siempre las instrucciones de uso, la ficha técnica del producto y/o el modo de empleo, incluidas las instrucciones de limpieza y esterilización (si corresponde), antes de utilizar cualquier producto de Stryker. Es posible que no todos los productos estén disponibles en todos los mercados, dado que la disponibilidad de los productos está sujeta a las prácticas reguladoras y/o médicas de cada mercado. Póngase en contacto con su representante comercial de Stryker si tiene alguna duda sobre la disponibilidad de los productos de Stryker en su zona.

Stryker Corporation o sus divisiones u otras entidades afiliadas y corporativas propias utilizan o han solicitado el uso de las siguientes marcas comerciales o marcas de servicios: SmartLock, Stryker, VariAx. Todas las demás marcas comerciales pertenecen a sus respectivos propietarios o titulares.

Los productos indicados arriba llevan la marca CE.

ID de contenido: VAX-ST-4 ES Rev 3, 10-2015

Copyright © 2015 Stryker



**Fabricado por:**

Stryker GmbH  
Bohnackerweg 1  
2545 Selzach, Suiza

[www.stryker.com](http://www.stryker.com)