





Acumed® es una empresa líder mundial en soluciones innovadoras ortopédicas y clínicas.

Estamos dedicados a desarrollar productos, métodos de servicio y abordajes que mejoren la atención del paciente.



## Soluciones para fracturas de antebrazo de Acumed®

Las soluciones para fracturas de antebrazo de Acumed están diseñadas para facilitar las intervenciones quirúrgicas en el antebrazo. Nuestros sistemas de placas y de barras para el cúbito y el radio ofrecen una amplia variedad de opciones para el tratamiento de las fracturas diafisarias de cúbito y radio. Ya sea para el tratamiento de una fractura sencilla o para la corrección de una deformidad rotatoria compleja, las soluciones para fracturas de antebrazo de Acumed han sido fabricadas para proporcionar la resistencia, la flexibilidad y el rendimiento necesarios en las intervenciones de antebrazo.

### **Indicaciones de uso de la placa para el antebrazo:**

Las placas para el tercio medio diafisario del antebrazo de Acumed son aptas para el tratamiento de fracturas, artrodesis y osteotomías del cúbito y el radio.

### **Indicaciones de uso de la barra para el antebrazo:**

Las barras para el tercio medio diafisario del antebrazo de Acumed son aptas para el tratamiento de fracturas y osteotomías del cúbito y el radio.

## Contenido

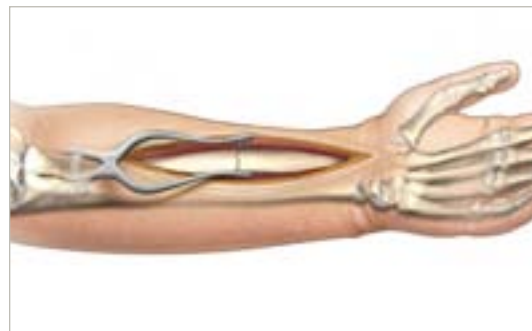
Introducción	2
Técnica quirúrgica anatómica para la placa del tercio medio diafisario del antebrazo	3
Técnica quirúrgica para la barra del cúbito	5
Técnica quirúrgica para la barra del radio	8
Información para pedidos	11
Notas	13

## Técnica quirúrgica anatómica para la placa del tercio medio diafisario del antebrazo

### 1 EXPOSICIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRACTURA

Exponga la zona a operar en función de las preferencias del cirujano. Si tanto el cúbito como el radio están fracturados, reduzca en primer lugar el hueso que tenga una fractura más simple.

**Nota:** Se puede colocar un tornillo de tracción a través del foco de fractura antes de insertar la placa, o a través de esta en una fase posterior.



### 2 SELECCIÓN Y COLOCACIÓN DE LA PLACA

Para calcular la longitud correcta de la placa, utilice la valoración de la fractura y/o una plantilla radiográfica preoperatoria.

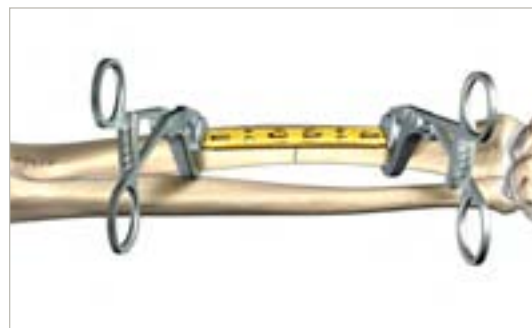
Coloque la placa seleccionada sobre el hueso situando el centro de esta sobre el foco de fractura para optimizar la compresión.

De ser necesario, utilice pines de placa (PL-PTACK), pinzas para placas (80-0223), fórceps reductores con mordazas de sierra (PL-CL04), o agujas guía de 0,062" x 6" (WS-1607ST) como ayuda para la fijación provisional de la placa.

Para obtener una mayor visibilidad de la zona a operar, enrosque el separador (montado en la placa) (80-0251) en uno de los orificios de bloqueo de la placa con los pernos de bloqueo del separador (80-0252).

**Nota:** La disponibilidad del instrumento puede variar según la versión de la bandeja que se suministre.

**Nota:** Las placas de 14 y 16 orificios se suministran esterilizadas; utilice una regla y la tabla de longitudes de la placa como referencia para determinar si se deben utilizar placas más largas.\*



#### LONGITUDES DE PLACA

Número de orificios	Longitud (mm)
6	80
8	100
10	130
12	160
14*	180
16*	210

### 3 INTRODUCCIÓN DE TORNILLOS SIN BLOQUEO

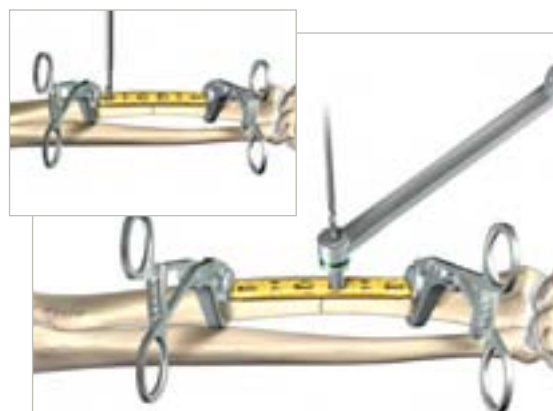
Introduzca tornillos sin bloqueo para asegurar la compresión en el plano axial. Para obtener una fijación óptima, se recomienda utilizar tornillos bicorticales de 3,5 mm.

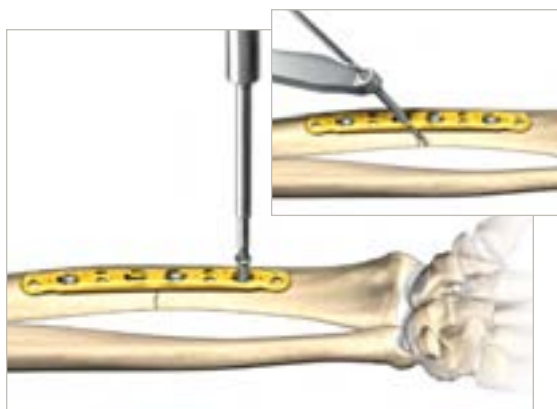
Utilice una broca de 2,8 mm y la correspondiente guía de broca para la perforación de compresiones dinámicas y neutras.

Introduzca los tornillos desde un lado de la fractura al otro de forma alternativa.

Durante la intervención, compruebe a menudo la rotación del antebrazo.

**Nota:** En el sistema de la placa anatómica para el tercio medio diafisario del antebrazo se pueden utilizar tornillos hexalobe o hexagonales. Para aquellos pacientes que posean un hueso denso, se recomienda utilizar una terraja de rosca cortical corta de 3,5 mm (MS-T35S) antes de implantar los tornillos de 3,5 mm.



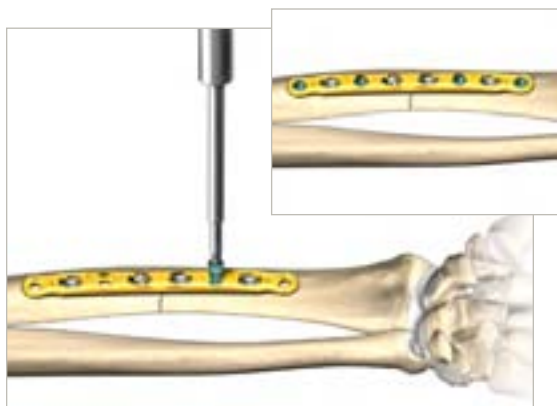


## 4 COMPRESIÓN DEL FOCO DE FRACTURA

Utilice el extremo dorado de la guía de broca excéntrica (PL-2095) para perforar en modo de compresión dinámica a fin de proporcionar compresión en el foco de fractura.

Introduzca los tornillos sin bloqueo de 3,5 mm a ambos lados de la fractura, de forma que se acoplen al menos a 6 corticales de cada lado.

**Nota:** Las placas cuentan con orificios de bloqueo estáticos por si el cirujano decide utilizar una fijación con tornillos de bloqueo. Si se quiere utilizar la fijación con tornillo de bloqueo, continúe en el paso 5.



## 5 INTRODUCCIÓN DE TORNILLOS DE BLOQUEO

Introduzca los tornillos de bloqueo de 3,5 mm atornillando la guía de la broca de bloqueo adecuada en un orificio de bloqueo de la placa.

Perfore con una broca de 2,8 mm, mida la profundidad e introduzca el tornillo de bloqueo de 3,5 mm con el tamaño adecuado.

En los orificios de bloqueo se pueden utilizar tornillos hexalobe de bloqueo de 3,5 mm o tornillos hexagonales de bloqueo de 3,5 mm.

**Nota:** En el sistema se pueden utilizar los siguientes tornillos:  
hexagonal: 2,7 mm, 3,5 mm, esponjoso 4,0 mm  
hexalobe: 3,0 mm, 3,5 mm

**Nota:** Instrumentos para los tornillos hexalobe codificados por colores:  
3,5 mm—negro  
3,0 mm—rojo

## 6 PROTOCOLO POSOPERATORIO

Realice una evaluación radiográfica exhaustiva de la reducción, la alineación y la colocación del tornillo. Cierre la herida y proporcione apoyo al antebrazo acorde a la calidad y la estabilidad óseas. La rehabilitación posoperatoria dependerá del criterio del cirujano.

## Técnica quirúrgica para la barra del cúbito

### 1 EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL PREOPERATORIO

Evalúe la(s) posición/posiciones de la(s) fractura(s) con las radiografías. Compruebe que el diámetro de la barra puede descender por el canal con el menor escariado posible. Si elige una barra con un diámetro demasiado grande, puede provocar que esta choque durante su inserción y que sea difícil de retirar.

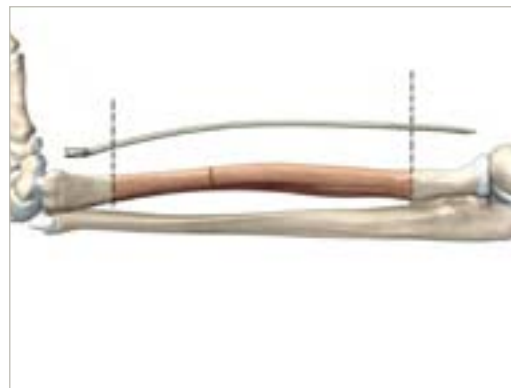
Calcule la longitud del tornillo como referencia durante la intervención. Puede que sea necesario utilizar como plantilla el cúbito no lesionado para calcular con mayor precisión la longitud.

Coloque al paciente en decúbito supino o lateral.

Pueden ser necesarios un dispositivo de tracción y una mesa radiotransparente para facilitar la reducción y la evaluación.

Implante la barra para el cúbito (UL-3XXX-S) bajo fluoroscopia para poder evaluar su posición y la del tornillo.

Para que la intervención sea un éxito, tome radiografías de los planos anterior/posterior (A/P) y medial/lateral (M/L).



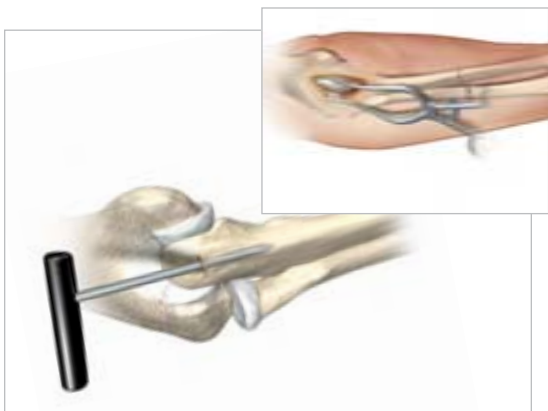
### 2 MONTAJE DE LA GUÍA

Monte la guía deslizando, en primer lugar, el perno de bloqueo de la barra intramedular (MS-0621) a través de la base de orientación de la barra intramedular (MS-0620) y enrósquelo en la barra.

Alinee la marca del láser del cilindro de la placa base con la marca correspondiente del extremo proximal de la barra del cúbito. Así se garantiza una orientación correcta al implantar la barra.

Apriete el perno de bloqueo con la llave de dedo para perno de bloqueo (MS-0611). Deslice la guía de orientación M/L del cúbito (MS-0622) sobre los pernos de la placa base. Fíjela en su sitio con una perilla tipo roseta (MS-0100).





### 3 ACCESO QUIRÚRGICO Y PERFORACIÓN CORTICAL

Realice una incisión longitudinal de 1–2 cm a lo largo de la punta del olécranon para dejar al descubierto el punto de entrada del implante.

Realice la disección con precisión atravesando la hipodermis y el tendón del tríceps. Se debe tener cuidado y evitar el nervio cubital, que está alojado medialmente con respecto al olécranon. El método de acceso al punto de inserción dependerá del criterio del cirujano. Las variaciones presentes en cada anatomía pueden modificar la técnica.

Determine el punto de inserción del implante utilizando el conjunto del punzón cortical de 6,1 mm (MS-0204) para perforar la corteza. Se puede utilizar la unidad de la cánula genérica (MS-2000) junto con el punzón para proteger el tejido.

Ponga en marcha el punzón en el centro del olécranon, alineado directamente con el canal intramedular proximal del cúbito. Introduzca el punzón hasta la ranura de profundidad del eje con la etiqueta «cúbito» («ULNA»). Le resultará de utilidad realizar una fluoroscopia para comprobar que la alineación es la correcta.



### 4 PREPARACIÓN DEL CANAL Y SELECCIÓN DE LA BARRA

Introduzca el escariador de la barra intramedular de 3,1 mm x 300 mm (RMT3130) o el escariador con el mango en T de 3,7 mm (RMT3730) a lo largo del canal hasta que alcance la metafisis. En el lateral del mango del escariador con la inscripción «cúbito» («ULNA») podrá leer la longitud de la barra (en la imagen).

Siempre se debe utilizar un escariador para asegurarse que la barra desciende por el canal sin chocar en la introducción.



## 5 INTRODUCCIÓN DEL IMPLANTE

Introduzca la barra del cúbito por el canal y a través del foco de fractura. La barra debe estar alineada de manera que el tornillo se pueda introducir desde la dirección M/L o A/P en función de las preferencias del cirujano.

Bajo fluoroscopia, deslice con cuidado la punta de la barra hasta sobrepasar el foco de fractura y descender a la metáfisis distal.

La barra debe descender con facilidad por el canal sin chocar. En caso de encontrarse resistencia, se debe retirar la barra y comprobar de nuevo el canal con el escariador adecuado.

Compruebe en los dos sentidos que la barra haya atravesado correctamente la(s) fractura(s) y que se haya logrado la reducción.

Compruebe que el extremo proximal de la barra se haya introducido bajo la superficie del hueso.



## 6 INTRODUCCIÓN DE TORNILLOS INTERBLOQUEO

Introduzca la cánula de orientación de 3,5 mm (HR-3101) y el palpador de orientación de 3,5 mm (HR-3102) en el orificio deseado de la guía. Golpee ligeramente el palpador contra el hueso para crear una mella. Introduzca el medidor/guía de broca de 3,5 mm (HR-3104) a través de la cánula. Utilizando la broca de terraja de 2,8 mm (HR-D105), perfora ambas corticales.

Utilice la fluoroscopia para comprobar la profundidad de la colocación de la broca, que se puede leer en la guía de broca. Asegúrese de que la guía de broca se encuentra nivelada con el hueso. Retire la cánula y la guía de broca.

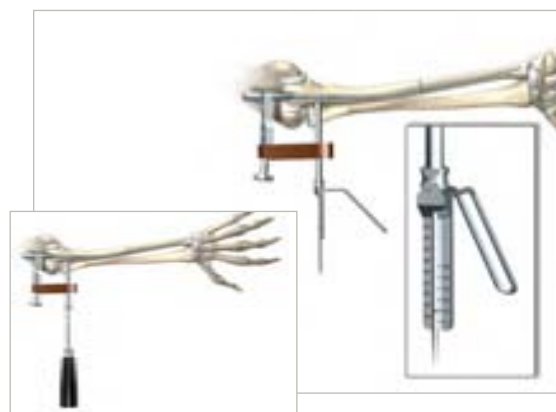
Introduzca el tornillo de 3,5 mm de longitud a través de la cánula con la unidad del destornillador hexagonal sólido de 2,5 mm (HD-2500) y compruebe la posición del tornillo bajo fluoroscopia. El tornillo no debe sobrepasar la segunda cortical en más de 3 mm.

Al introducir el tornillo, la muesca del eje del destornillador indicará que el tornillo se encuentra totalmente asentado en el hueso cuando dicha muesca esté alineada con la parte trasera de la cánula.

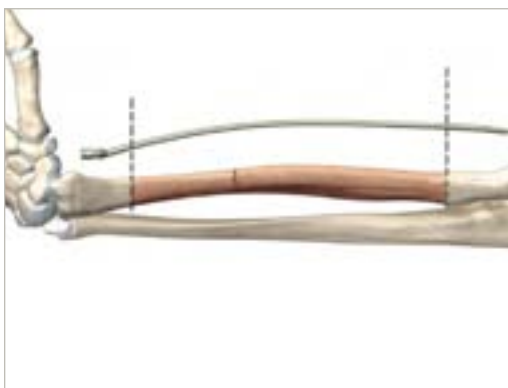
De utilizar este método, asegúrese de que la cánula esté totalmente asentada en el hueso. En caso de encontrarse con un hueso denso, el sistema incluye una terraja de rosca cortical corta de 3,5 mm (MS-T35S).

**Nota:** En caso de introducir un tornillo desde la cara posterior del cúbito a la anterior, asegúrese de que dicho tornillo no dañe el espacio articular humerocubital.

Si decide colocar el tornillo desde la posición posterior a la anterior, solo se debe usar el tornillo más distal para evitar la superficie articular.



## Técnica quirúrgica para la barra del radio



### 1 EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL PREOPERATORIO

Evalúe la(s) posición/posiciones de la(s) fractura(s) con las radiografías. Compruebe que el diámetro de la barra puede descender por el canal con el menor escariado posible. Si elige una barra con un diámetro demasiado grande, puede provocar que esta choque durante su inserción y que sea difícil de retirar.

Calcule la longitud del tornillo como referencia durante la intervención. Puede que sea necesario utilizar como plantilla el radio no lesionado para calcular con mayor precisión la longitud.

Coloque al paciente en posición de decúbito supino. Pueden ser necesarios un dispositivo de tracción y una mesa radiotransparente para facilitar la reducción y la evaluación.

Implante la barra para el radio (RL-3XXX-S) bajo fluoroscopia para poder evaluar la posición de la barra y del tornillo.

Para que la intervención sea un éxito, tome radiografías de los planos anterior/posterior (A/P) y medial/lateral (M/L).



### 2 MONTAJE DE LA GUÍA

Monte la guía deslizando, en primer lugar, el perno de bloqueo de la barra intramedular (MS-0621) a través de la base de orientación de la barra intramedular (MS-0620) y enrósquelo en la barra.

Alinee la marca del láser del cilindro de la placa base con la marca correspondiente del extremo distal de la barra del radio. Así se garantiza una orientación correcta al implantar la barra.

Apriete el perno de bloqueo de la barra intramedular con la llave de dedo para perno de bloqueo (MS-0611). Deslice la guía de orientación M/L del radio (RA-0622) sobre los pernos de la placa base.

Fíjela en su sitio con una perilla de tipo roseta (MS-0100).



### 3 ACCESO QUIRÚRGICO Y PERFORACIÓN CORTICAL

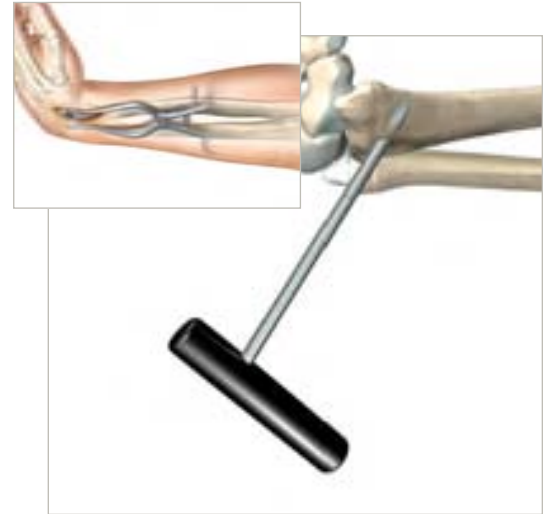
Realice una incisión longitudinal de 2–3 cm a lo largo del radio distal sobre el cuarto compartimento extensor para dejar al descubierto el punto de entrada del implante.

Lleve a cabo la disección directamente a través de la hipodermis. El método de acceso al punto de inserción dependerá del criterio del cirujano. Las variaciones presentes en cada anatomía pueden modificar la técnica.

Determine el punto de inserción del implante con el conjunto del punzón cortical de 6,1 mm (MS-0204) y la unidad de la cánula genérica (MS-2000) para perforar la cortical del cúbito hasta el tubérculo de Lister, a unos 5 mm aproximadamente de la superficie articular.

Deslice el punzón hacia abajo por el canal e introdúzcalo hasta la primera muesca de profundidad con la etiqueta «radio» («RADIUS»). Se debe tener cuidado y evitar penetrar la cortical contigua. Cuando utilice el punzón, procure no penetrar en la segunda cortical.

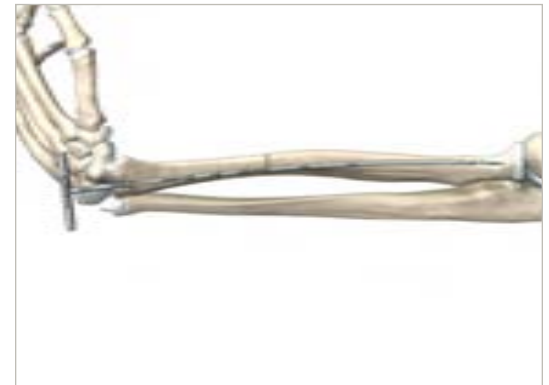
De ser necesario, utilice la unidad de la cánula genérica con el punzón para proteger los tejidos. Le resultará de utilidad realizar una fluoroscopia para comprobar que la alineación es la correcta.

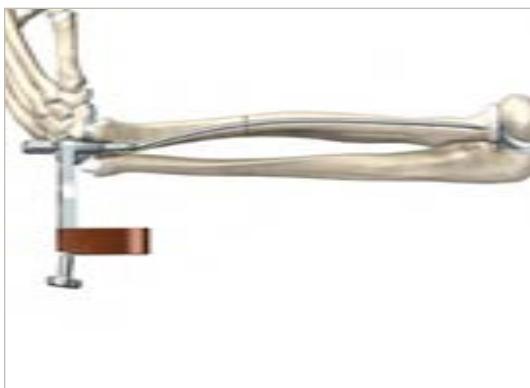


### 4 PREPARACIÓN DEL CANAL Y SELECCIÓN DE LA BARRA

Introduzca el escariador de la barra intramedular de 3,1 mm x 300 mm (RMT3130) o el escariador con el mango en T de 3,7 mm (RMT3730) a lo largo del canal del radio hasta que alcance la metáfisis. En el lateral del mango del escariador denominado «radio» («RADIUS») podrá leer la longitud de la barra.

Se ha de utilizar en todo momento el escariador para asegurarse de que la barra desciende por el canal sin chocar en la inserción.





## 5 INTRODUCCIÓN DEL IMPLANTE

Introduzca la barra del radio por el canal y a través del foco de fractura. La barra debe estar alineada de forma que el tornillo se introduzca desde la dirección dorsal a la volar.

Bajo fluoroscopia, deslice con cuidado la punta de la barra hasta sobrepasar el foco de fractura y hasta la metáfisis proximal.

La barra debe descender con facilidad por el canal sin chocar. En caso de encontrarse resistencia, se debe retirar la barra y comprobar de nuevo el canal con el escariador adecuado.

Compruebe en los dos sentidos que la barra haya atravesado correctamente la(s) fractura(s) y que se haya logrado la reducción. Compruebe que el extremo distal de la barra se haya introducido bajo la superficie del hueso.



## 6 INTRODUCCIÓN DE TORNILLOS INTERBLOQUEO

Introduzca la cánula de orientación de 3,5 mm (HR-3101) y el palpador de orientación de 3,5 mm (HR-3102) en el orificio de la guía.

Golpee ligeramente el palpador contra el hueso para crear una mella. Introduzca el medidor/guía de broca de 3,5 mm (HR-3104) a través de la cánula. Utilizando la broca de terraja de 2,8 mm (HR-D105), perfora ambas corticales. Utilice la fluoroscopia para comprobar la profundidad de la broca, que se puede leer en la guía de broca. Para que sea posible una lectura precisa, al medir la profundidad asegúrese de que la guía de broca se encuentra nivelada con el hueso.

Retire la cánula y la guía de broca. Introduzca el tornillo de 3,5 mm de longitud a través de la cánula con la unidad del destornillador hexagonal sólido de 2,5 mm (HD-2500). Compruebe la posición del tornillo bajo fluoroscopia. El tornillo no debe sobrepasar la cortical volar en más de 3 mm.

Al introducir el tornillo, la muesca del eje del destornillador indicará que el tornillo se encuentra totalmente asentado en el hueso cuando dicha muesca esté alineada con la parte trasera de la cánula.

De utilizar este método, asegúrese de que la cánula esté totalmente asentada en el hueso. En caso de encontrarse con un hueso denso, el sistema incluye una terraja de rosca cortical corta de 3,5 mm (MS-T35S).

**Nota:** El sistema del tornillo hexalobe no está diseñado para utilizarse con el sistema de la barra para el antebrazo de Acumed. Los usuarios de las barras para el antebrazo deberán continuar utilizando los tornillos bicorticales de 3,5 mm esterilizados.



# Información para pedidos

## Placas para el tercio medio diafisario volar del radio

Placa para el tercio medio diafisario del radio volar de 6 orificios (80 mm)	70-0066
Placa para el tercio medio diafisario del radio volar de 8 orificios (100 mm)	70-0067
Placa para el tercio medio diafisario del radio volar de 10 orificios (130 mm)	70-0068
Placa para el tercio medio diafisario del radio volar de 12 orificios (160 mm)	70-0069
Placa volar para el tercio medio diafisario del radio de 14 orificios (180 mm)	70-0469-S*
Placa volar para el tercio medio diafisario del radio de 16 orificios (210 mm)	70-0470-S *

## Placas para el tercio medio diafisario del cúbito

Placa para el tercio medio diafisario del cúbito de 6 orificios (80 mm)	70-0070
Placa para el tercio medio diafisario del cúbito de 8 orificios (100 mm)	70-0071
Placa para el tercio medio diafisario del cúbito de 10 orificios (130 mm)	70-0072
Placa para el tercio medio diafisario del cúbito de 12 orificios (160 mm)	70-0073
Placa para el tercio medio diafisario del cúbito de 14 orificios (180 mm)	70-0463-S*
Placa para el tercio medio diafisario del cúbito de 16 orificios (210 mm)	70-0464-S*

## Placas dorsolaterales para el tercio medio diafisario del radio

Placa dorsolateral para el tercio medio diafisario del radio de 6 orificios (80 mm)	70-0074
Placa dorsolateral para el tercio medio diafisario del radio de 8 orificios (100 mm)	70-0075
Placa dorsolateral para el tercio medio diafisario del radio de 10 orificios (130 mm)	70-0076
Placa dorsolateral para el tercio medio diafisario del radio de 12 orificios (160 mm)	70-0077
Placa para el tercio medio diafisario del radio dorsolateral de 14 orificios (180 mm)	70-0466-S*
Placa para el tercio medio diafisario del radio dorsolateral de 16 orificios (210 mm)	70-0467-S*

## Instrumental de las placas del tercio medio diafisario del antebrazo (opcionales)\*\*

Pinza para placa	80-0223
Unidad de la guía de broca en ángulo	80-0204
Separador quirúrgico (montado sobre una placa)	80-0251
Perno de bloqueo para el separador quirúrgico	80-0252

## Barras para radio

Barra para radio de 3,0 mm x 190 mm, izquierda	RL-3019-S
Barra para radio de 3,0 mm x 210 mm, izquierda	RL-3021-S
Barra para radio de 3,0 mm x 230 mm, izquierda	RL-3023-S
Barra para radio de 3,6 mm x 190 mm, izquierda	RL-3619-S
Barra para radio de 3,6 mm x 210 mm, izquierda	RL-3621-S
Barra para radio de 3,6 mm x 230 mm, izquierda	RL-3623-S
Barra para radio de 3,0 mm x 190 mm, derecha	RR-3019-S
Barra para radio de 3,0 mm x 210 mm, derecha	RR-3021-S
Barra para radio de 3,0 mm x 230 mm, derecha	RR-3023-S
Barra para radio de 3,6 mm x 190 mm, derecha	RR-3619-S
Barra para radio de 3,6 mm x 210 mm, derecha	RR-3621-S
Barra para radio de 3,6 mm x 230 mm, derecha	RR-3623-S

## Barras para cúbito

Barra para cúbito de 3,0 mm x 210 mm	UL-3021-S
Barra para cúbito de 3,0 mm x 230 mm	UL-3023-S
Barra para cúbito de 3,0 mm x 250 mm	UL-3025-S
Barra para cúbito de 3,0 mm x 270 mm	UL-3027-S
Barra para cúbito de 3,6 mm x 210 mm	UL-3621-S
Barra para cúbito de 3,6 mm x 230 mm	UL-3623-S
Barra para cúbito de 3,6 mm x 250 mm	UL-3625-S
Barra para cúbito de 3,6 mm x 270 mm	UL-3627-S

\*Nota: Las placas para el tercio medio diafisario del antebrazo de 14 y 16 orificios son opcionales.

\*\*La disponibilidad de los instrumentos puede variar según la versión de la bandeja que se suministre.

# Información para pedidos

## Tornillos corticales de 3,5 mm

Tornillo cortical de 3,5 mm x 12,5 mm	CO-3125-S
Tornillo cortical de 3,5 mm x 15,0 mm	CO-3150-S
Tornillo cortical de 3,5 mm x 17,5 mm	CO-3175-S
Tornillo cortical de 3,5 mm x 20,0 mm	CO-3200-S
Tornillo cortical de 3,5 mm x 22,5 mm	CO-3225-S
Tornillo cortical de 3,5 mm x 25,0 mm	CO-3250-S
Tornillo cortical de 3,5 mm x 27,5 mm	CO-3275-S
Tornillo cortical de 3,5 mm x 30,0 mm	CO-3300-S
Tornillo cortical de 3,5 mm x 32,5 mm	CO-3325-S

## Instrumental para la barra del antebrazo

Unidad del destornillador de punta hexagonal sólido de 2,5 mm	HD-2500
Cánula de orientación de 3,5 mm	HR-3101
Palpador de orientación de 3,5 mm	HR-3102
Medidor/guía de broca de 3,5 mm	HR-3104
Broca de terraja de 2,8 mm	HR-D105
Perilla de tipo roseta	MS-0100
Conjunto del punzón cortical de 6,1 mm	MS-0204
Llave de dedo para perno de bloqueo	MS-0611
Base de orientación para la barra intramedular	MS-0620
Perno de bloqueo de la barra intramedular	MS-0621
Guía de orientación M/L para el cúbito	MS-0622
Unidad de la cánula genérica	MS-2000
Broca de 6,1 mm x 5"	MS-D761
Terraja de rosca cortical corta de 3,5 mm	MS-T35S
Guía de orientación M/L para el radio	RA-0622
Escariador de la barra intramedular de 3,1 mm x 300 mm	RMT3130
Escariador de mango en T de 3,7 mm	RMT3730

## Bandeja de soluciones para las fracturas de antebrazo

Tapa para las soluciones de antebrazo	80-1920
Base para las soluciones de antebrazo	80-1921
Bandeja de instrumentos de la barra para las soluciones de antebrazo	80-1922
Bandeja de instrumentos para el tercio medio diafisario del antebrazo	80-1915
Bandeja de la placa para el tercio medio diafisario del antebrazo	80-1916
Gradilla de tornillos hexalobe para el antebrazo	80-1917
Tapa de la gradilla de tornillos hexalobe para el antebrazo	80-1918

## Bandeja del sistema de placas para el tercio medio diafisario del antebrazo

Tapa del sistema de la placa para el tercio medio diafisario del antebrazo	80-1914
Bandeja de instrumentos para el tercio medio diafisario del antebrazo	80-1915
Bandeja de la placa para el tercio medio diafisario del antebrazo	80-1916
Gradilla de tornillos hexalobe para el antebrazo	80-1917
Tapa de la gradilla de tornillos hexalobe para el antebrazo	80-1918

Si desea obtener más información sobre la línea completa de soluciones quirúrgicas innovadoras de Acumed®, incluidas las placas anatómicas para el tercio medio diafisario del antebrazo y el sistema de barras para el antebrazo, póngase en contacto con su representante de ventas local de Acumed llamando al +1 888.627.9957 o visite [acumed.net](http://acumed.net).









**ESELB10-02-A**

Entrada en vigor: 06/2015

© 2015 Acumed® LLC

Sede central de Acumed®  
5885 NW Cornelius Pass Road  
Hillsboro, OR 97124

Oficina: +1 888.627.9957  
Fax: +1 503.520.9618  
acumed.net

Estos materiales contienen información acerca de productos que pueden o no estar disponibles en países concretos o estar disponibles con diferentes marcas comerciales en diferentes países. Los productos pueden estar aprobados o autorizados por organismos normativos gubernamentales para su venta o su uso con diferentes indicaciones o restricciones en los distintos países. El uso de estos productos puede no estar aprobado en todos los países. Nada de lo contenido en estos materiales se debe interpretar como una promoción u oferta de ningún producto o para el uso de ningún producto de una manera particular que no esté autorizado por las leyes y normativas del país donde se encuentre el lector. Las preguntas concretas que puedan tener los médicos acerca de la disponibilidad y el uso de los productos descritos en estos materiales deben dirigirse a su representante de ventas local. Las preguntas concretas que puedan tener los pacientes sobre el uso de los productos descritos en estos materiales o sobre la idoneidad de uso para sus afecciones en particular deben ser dirigidas a su propio médico.

Acumed® es una marca comercial registrada de Acumed, LLC.