



RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE PACIENTES AFECTOS DE CONDICIONES ORTOPÉDICAS Y TRAUMÁTICAS EN EDAD PEDIÁTRICA ANTE LA PANDEMIA COVID-19

Las recomendaciones recogidas en esta guía han sido elaboradas como un documento de consenso entre especialistas con una larga trayectoria profesional y pretenden dar unas pautas que ayuden a tomar decisiones en unas circunstancias de extrema complejidad.

En un momento de crisis sanitaria mundial como la actual y especialmente acuciante en nuestro país, debemos todos estar preparados para ceder parte de nuestros recursos a nuestros compañeros de otras especialidades que están enfrentándose a un desafío colosal. Pero, por otro lado, tenemos la obligación de asegurarnos que la asistencia esencial en traumatología y ortopedia infantil continúa, y que al mismo tiempo la crisis sanitaria provoca el menor efecto posible sobre nuestros ya sobrecargados sistemas de asistencia hospitalaria.

Si bien nuestra patología programada tanto ambulatoria como hospitalaria puede en gran medida demorarse, las necesidades de atención en traumatología van a seguir existiendo, y tenemos una serie de patologías que por sus características no deberían ser diferidas. Sin embargo, en una situación como la que nos encontramos no es fácil dar una respuesta unitaria, ya que cada uno de nosotros puede encontrarse en situaciones asistenciales muy diferentes por lo que hemos intentado diseñar dos posibles escenarios de asistencia.

En el escenario 1, el hospital aún no se encuentra desbordado asistencialmente y todavía existe algo de margen para la realización de intervenciones quirúrgicas de carácter urgente o “semi-urgente”. En el escenario 2 el hospital se encuentra desbordado asistencialmente y todos los recursos disponibles estén siendo dirigidos hacia la asistencia de pacientes afectados por la pandemia.

Esta guía ha intentado obtener un consenso entre profesionales para imaginar como actuarían ellos ante esta situación, y por tanto, no tiene más validez científica que la de un consenso de “expertos” (profesionales con contrastada experiencia en el manejo de estos pacientes), por lo tanto solo trata de actuar como un método de ayuda en la toma de decisiones.

Es importante hacer una serie de consideraciones antes de continuar con la lectura de esta guía:

1. Los niños, parecen estar menos afectados por la infección por coronavirus, pero se infectan en igual o mayor proporción que la población adulta, aunque muchas veces estén asintomáticos. Esta consideración es importante porque implica que, aunque los niños tengan un riesgo bajo por la enfermedad, son vectores importantes en su transmisión y pueden poner en riesgo a otros pacientes y profesionales.
2. Importancia de la necesidad de testar para coronavirus todo niño que vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica.
3. Las situaciones y soluciones que se han planteado se han hecho bajo la premisa de minimizar la morbilidad en el niño, aunque en ocasiones no es posible garantizar que se pueda evitar la morbilidad y en estas situaciones se ha elegido aquella solución que se considera minimiza más la morbilidad.

Esta guía no es un documento legal y está elaborada de manera orientativa para dar apoyo en situaciones de emergencia que hasta hace poco nos parecían difícilmente imaginables. Su uso tiene que ir guiado por la utilización del mejor sentido crítico, pero no debe nunca intentar sustituir el juicio clínico basado en la mejor evidencia, sino que solo intenta ofrecer alternativas que quizás en otras situaciones serían inaceptables, pero si se deben considerarse en una situación de emergencia como la vivimos.

Todas las recomendaciones salvo 2 (marcados con * y ** han obtenido un grado de consenso >80% entre un total de 10 especialistas experimentados en cirugía ortopédica y traumatología).

I. CATEGORÍAS DE PACIENTES EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA INFANTIL

- **Pacientes ambulatorios:** Aquellos pacientes que deben acudir a consultas por patología no diferible y que, por seguridad, deben reducirse al máximo.
- **Pacientes no quirúrgicos:** Pacientes con lesiones que pueden ser tratadas de manera ambulatoria. Debe evitarse su admisión hospitalaria.
- **Pacientes tributarios de cirugía sin ingreso:** Todos aquellos pacientes que requieran una intervención quirúrgica que pueda realizarse sin ingreso.
- **Pacientes que requieren ingreso obligado:** Aquellos pacientes que precisan de una intervención quirúrgica con ingreso hospitalario. Debe acelerarse la admisión y la estancia hospitalaria el máximo posible.

Una de las premisas utilizadas en la elaboración de esta guía es que siempre que sea posible debería evitarse la hospitalización del niño. No solo para la seguridad del niño sino también para los profesionales que lo rodean por su capacidad de actuar como vector.

Un aspecto relevante a tener en cuenta en el tratamiento de estos pacientes es la utilización de la telemedicina para el seguimiento sus patologías. También es importante considerar el uso de información existente en la red, para la educación de los padres y los niños y facilitar el manejo de sus patologías. Es fundamental que antes de recomendar alguna de esta información supervisemos personalmente la información para asegurarnos que cumple con las recomendaciones.

II. ESCENARIOS ANALIZADOS

Se han descrito dos escenarios que se designan como escenario 1 y 2:

- **ESCENARIO 1:** Incidencia de pacientes afectos por coronavirus media-alta. Hospital con servicios pediátricos bien estructurados y sigue en funcionamiento una cirugía urgente y “semi-urgente”.
- **ESCENARIO 2:** Incidencia de pacientes afectos por coronavirus alta-muy alta. Hospital colapsado. Servicios pediátricos poco estructurados. Solo cirugía extremadamente urgente.

En el actual clima asistencial, se recomienda que aquellos hospitales que carezcan de especialistas en cirugía ortopédica y traumatología infantil refieran a los pacientes tributarios de tratamiento quirúrgico a centros especializados, siempre después de un análisis pormenorizado de las ventajas e inconvenientes de dicha acción.

También debe intentarse en las situaciones descritas, especialmente en el escenario 2, la utilización de medidas terapéuticas que reduzcan la necesidad de revisiones en consulta hospitalaria (uso de materiales de inmovilización prefabricados que puedan ser retirados domiciliariamente por la familia del paciente al finalizar el tratamiento).

PATOLOGÍA ORTOPÉDICA	ESCENARIO 1	DEMORA	ESCENARIO 2	DEMORA	OBSERVACIONES
COLUMNA					
TORTÍCOLIS CONGÉNITA	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	PROLONGAR TRATAMIENTO CONSERVADOR
INESTABILIDAD CERVICAL SIN REPERCUSIÓN NEUROLÓGICA	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	VALORAR COLOCACIÓN DE COLLARIN RIGIDO
INESTABILIDAD CERVICAL CON REPERCUSIÓN NEUROLÓGICA	COLOCACIÓN DE HALO	3	COLOCACIÓN DE HALO	3	SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
ESCOLIOSIS PROGRESIVA SIN REPERCUSIÓN NEUROLÓGICA	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	PROLONGAR TRATAMIENTO CONSERVADOR
ESCOLIOSIS DE INICIO TEMPRANO PROCEDIMIENTO INICIAL	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	PROLONGAR TRATAMIENTO CONSERVADOR. VALORAR HGT DOMICILIARIA
ESCOLIOSIS DE INICIO TEMPRANO ELONGACIÓN TALLOS MAGNÉTICOS	ELONGACIÓN EN CONSULTA	5	DEMORAR ELONGACIÓN HASTA LOS 6 MESES	5	
ESCOLIOSIS DE INICIO TEMPRANO ELONGACIÓN TALLOS CONVENCIONALES	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	DEMORABLE HASTA UN MÁXIMO DE 9 MESES
ESCOLIOSIS DE INICIO TEMPRANO RECAMBIO DE CORSE DE YESO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	DEMORABLE HASTA LOS 4 MESES. VALORAR RETIRADA Y CAMBIO A ORTESIS. VALORAR THG DOMICILIARIA.
CIFOSIS PROGRESIVA SIN REPERCUSIÓN NEUROLÓGICA	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	PROLONGAR TRATAMIENTO CONSERVADOR. VALORAR THG DOMICILIARIA.
CIFOSIS PROGRESIVA CON REPERCUSIÓN NEUROLÓGICA	CIRUGÍA CORRECTORA	3	CIRUGÍA DE ESTABILIZACIÓN + DESCOMPRESIÓN	3	VALORAR COLOCACIÓN DE ORTESIS Y/O THG POSTOPERATORIA DOMICILIARIA
ESPONDILOLISIS	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	PROLONGAR TRATAMIENTO CONSERVADOR MEDIANTE ORTESIS
ESPONDILOLISTESIS SIN REPERCUSIÓN NEUROLÓGICA	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	PROLONGAR TRATAMIENTO CONSERVADOR
ESPONDILOLISTESIS CON RADICULOPATÍA	CIRUGÍA CORRECTORA	4	INFILTRACIÓN DE CORTICOIDE VS. DESCOMPRESIÓN	4	COLOCACIÓN DE ORTESIS POSTOPERATORIA
ESPONDILOLISTESIS CON SD. DE COLA DE CABALLO	CIRUGÍA CORRECTORA	2	DESCOMPRESIÓN PROVISIONAL	2	COLOCACIÓN DE ORTESIS POSTOPERATORIA
MIEMBRO INFERIOR					
DEFORMIDADES					
DEFORMIDAD ANGULAR CON INDICACIÓN DE HEMIEPIFISIODESIS	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	ES RAZONABLE ASUMIR UNA CORRECCIÓN INCOMPLETA EN ALGUNOS CASOS
DEFORMIDAD ANGULAR TRATADA MEDIANTE HE PENDIENTE DE EMO	RETIRADA DE MATERIAL	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	RETIRADA SI CORRECCIÓN COMPLETA Y CRECIMIENTO REMANENTE CONSIDERABLE. IQ EN REGIMEN DE CMA.
DEFORMIDAD ANGULAR SIN INDICACIÓN DE HE	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	
DEFORMIDADES ROTACIONALES	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	
DISCREPANCIA DE LONGITUD DE MMII CON INDICACIÓN DE EPIFISIODESIS	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	ES RAZONABLE ASUMIR UNA CORRECCIÓN INCOMPLETA EN ALGUNOS CASOS
DISCREPANCIA DE LONGITUD DE MMII CON INDICACIÓN DE ALARGAMIENTO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	
ALARGAMIENTO DE MI EN CURSO CON CLAVO MAGNÉTICO	CONTINUAR PROCESO DE ALARGAMIENTO	5	CONTINUAR PROCESO DE ALARGAMIENTO	5	ESPACIAR CONTROLES RADIOGRÁFICOS
ALARGAMIENTO DE MI EN CURSO CON FIJADOR EXTERNO	CONTINUAR PROCESO DE ALARGAMIENTO	5	SUSPENDER TEMPORALMENTE EL ALARGAMIENTO*	5	
ALARGAMIENTO DE MI FINALIZADO PENDIENTE DE RETIRADA DE FIJADOR	RETIRADA DE FIJADOR	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	IQ EN REGIMEN DE CMA. INMOVILIZACIÓN PARA PREVENIR POSIBLE FRACTURA.
INCURVACIÓN DE TIBIA ANTEROLATERAL/PSEUDOARTROSIS COGÉNITA DE TIBIA	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	VALORAR PROTECCIÓN CON FÉRULA BIVALVADA
INCURVACIÓN DE TIBIA POSTEROMEDIAL	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO CONSERVADOR
1) EMERGENCIA < 6HORAS. 2) URGENTE 6-12 HORAS. 3) DIFERIBLE HASTA 24-48 HORAS. 4) DIFERIBLE HASTA 1 SEMANA. 5) DIFERIBLE >1 SEMANA					
THG: TRACCIÓN HALO GRAVEDAD. HE: HEMIEPIFISIODESIS. EMO: EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. IQ: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. MMII: MIEMBROS INFERIORES. MI: MIEMBRO INFERIOR. RN: RECIÉN NACIDO. CE: CONSULTA EXTERNA. RX: RADIOGRAFÍA. I+D: INCISIÓN + DESBRIDAMIENTO. RC: REDUCCIÓN CERRADA. FI: FIJACIÓN INTERNA. EM: ENDOMEDULAR. FE: FIJACIÓN EXTERNA.					
* ESTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 70% DE ACUERDO. ** ESTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 72% DE ACUERDO.					

DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA					
RN CADERA LUXADA. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO.	ARNÉS PAVLIK O SIMILAR (Control 3 semanas CE)	5	IGUAL (Alargar control a 4 semanas si necesario)	5	Utilizar videos para educación y cuidado, consulta telefonica
RN CADERA LUXADA. NO DISPONIBILIDAD DE ECOGRAFÍA (ORTOLANI+).	Rx y ARNÉS DE PAVLIK (Control 3 semanas CE)**	5	IGUAL (Alargar control a 4 semanas si necesario)	5	Utilizar videos para educación y cuidado, consulta telefonica
BARLOW +. CONTROL ECOGRAFICO A 4 SEMANAS. DISPLASIA LEVE.	REPETIR ECO A LAS 4 SEMANAS	5	IGUAL ESCENARIO 1	5	
BARLOW +. CONTROL ECOGRAFICO A 4 SEMANAS. DISPLASIA SEVERA.	ARNÉS DE PAVLIK 23 h/día. Control a las 4-6 semanas	5	IGUAL ESCENARIO 1	5	Utilizar videos para educación y cuidado, consulta telefonica
BARLOW +. CEX A 4 SEMANAS. NO CONTROL ECOGRAFICO DISPONIBLE.					
BARLOW RESUELTO	CONTROL RX EN 4-6 SEMANAS	5	CONTROL RX EN 4-6 SEMANAS	5	
DISPLASIA SEVERA	RX y ARNÉS DE PAVLIK. Control 4-6 semanas CE	5	RX y ARNÉS DE PAVLIK. Control 4-6 semanas CE	5	Utilizar videos para educación y cuidado, consulta telefonica
FALLO TRATAMIENTO CON ARNES.	ABANDONAR TRATAMIENTO	5	ABANDONAR TRATAMIENTO	5	VALORAR TRATAMIENTO AL MEJORAR LA SITUACIÓN.
EPIFISOLISIS PROXIMAL DEL FEMUR					
ESTABLE AGUDA o AGUDA EN CRONICA	DESPLAZAMIENTO PARCIAL O DOLOR MUY PERSISTENTE: FIJACIÓN IN SITU	3	REPOSO + DESCARGA DEL MI. DEMORAR CIRUGÍA.	5	VALORAR TRATAMIENTO AL MEJORAR LA SITUACIÓN.
ESTABLE CRÓNICA	DESCARGA MIEMBRO AFECTO + REPOSO RELATIVO	5	IGUAL ESCENARIO 1	5	VALORAR TRATAMIENTO AL MEJORAR LA SITUACIÓN.
INESTABLE	DRENAJE + FIJACIÓN IN SITU	2	DRENAJE + FIJACIÓN IN SITU	2	VALORAR ASPIRACIÓN + TRACCIÓN EN MI EN ESCENARIO II.
ENFERMEDAD DE PERTHES					
ENFERMEDAD DE PERTHES	RESTRICCIÓN ACTIVIDAD	5	RESTRICCIÓN ACTIVIDAD	5	
ENFERMEDAD DE PERTHES >10 AÑOS	DESCARGA ABSOLUTA	5	DESCARGA ABSOLUTA	5	VALORAR TRATAMIENTO AL MEJORAR LA SITUACIÓN.
COJERA Y DOLOR EN ENFERMEDAD DE PERTHES. PÉRDIDA DE ABDUCCIÓN <10°.	AINES + REPOSO +/- tracción domiciliaria	5	AINES + REPOSO +/- tracción domiciliaria	5	
SINOVITIS CADERA					
COJERA SIN FIEBRE	AINES + REPOSO ABSOLUTO	5	AINES + REPOSO ABSOLUTO	5	
SINOVITIS NIÑO CON FIEBRE	ASPIRACIÓN CADERA	2	ASPIRACIÓN CADERA	2	SI EL LIQUIDO ASPIRADO ES PURULENTO TRATAR COMO ARTRITIS SÉPTICA
RODILLA					
RN LUXACIÓN CONGENITA	TRATAMIENTO CON YESOS CORRECTORES. ARNÉS DE PAVLIK COMO MANTENIMIENTO	5	YESO CON RODILLA A 0°. REVISIÓN EN 3-4 SEMANAS	5	
LUXACIÓN CONGÉNITA TTO YA INICIADO	FINALIZAR TRATAMIENTO CON YESOS	5	MANTENER FLEXION CONSEGUIDA 3-4 SEMANAS	5	
FALLO RESPUESTA A YESO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	
BLOQUEO MENISCAL	REDUCCIÓN BAJO SEDACIÓN	4	REDUCCIÓN BAJO ANESTESIA LOCAL INTRARTICULAR	4	
BLOQUEO MENISCAL NO REDUCTIBLE	REVISION ARTROSCOPICA	5	INMOVILIZAR RODILLA EN POSICIÓN ANTALGICA. REVALORAR 1 MES	5	
PIE					
RECIEÑ NACIDO CON PIE ZAMBO	DEMORAR TRATAMIENTO PONSETI	5	DEMORAR TRATAMIENTO PONSETI	5	DEMORABLE HASTA >2 MESES
PIE ZAMBO EN TRATAMIENTO CON MÉTODO PONSETI	SUSPENDER Y DEMORAR TRATAMIENTO	5	SUSPENDER Y DEMORAR TRATAMIENTO	5	
PIE ZAMBO EN TRATAMIENTO PENDIENTE DE TENOTOMÍA	REALIZAR TENOTOMÍA	4	SUSPENDER Y DEMORAR TRATAMIENTO	5	BAJO ANESTESIA LOCAL Y EN CONSULTA EXTERNA
RECIEÑ NACIDO CON ASTRÁGALO VERTICAL	DEMORAR TRATAMIENTO	5	DEMORAR TRATAMIENTO	5	
ASTRÁGALO VERTICAL EN TRATAMIENTO (MÉTODO DOBBS)	SUSPENDER Y DEMORAR TRATAMIENTO	5	SUSPENDER Y DEMORAR TRATAMIENTO	5	EL MÉTODO DOBBS IMPLICA UNA CIRUGÍA CON AG
OTRAS PATOLOGÍAS (PIE PLANO, CAVO, ADUCTUS, SINOSTOSIS).	DEMORAR TRATAMIENTO	5	DEMORAR TRATAMIENTO	5	
1) EMERGENCIA < 6HORAS. 2) URGENTE 6-12 HORAS. 3) DIFERIBLE HASTA 24-48 HORAS. 4) DIFERIBLE HASTA 1 SEMANA. 5) DIFERIBLE >1 SEMANA					
THG: TRACCIÓN HALO GRAVEDAD. HE: HEMIEPIFISIODESIS. EMO: EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. IQ: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. MMI: MIEMBROS INFERIORES. MI: MIEMBRO INFERIOR. RN: RECIEÑ NACIDO. CE: CONSULTA EXTERNA. RX: RADIOGRAFÍA. I+D: INCISIÓN + DESBRIDAMIENTO. RC: REDUCCIÓN CERRADA. FI: FIJACIÓN INTERNA. EM: ENDOMEDULAR. FE: FIJACIÓN EXTERNA.					
* ÉSTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 70% DE ACUERDO. ** ÉSTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 72% DE ACUERDO.					

ARTRITIS SÉPTICA					
ARTIRIS SÉPTICA CADERA/ HOMBRO. SEPSIS -.	Aspiración guiada + lavado. Tratamiento antibiótico iv 3 días	2	IGUAL ESCENARIO 1	2	
ARTIRIS SÉPTICA CADERA/HOMBRO. SEPSIS +.	DRENAJE QUIRÚRGICO. Tratamiento antibiótico iv 3 días	2	Aspiración guiada LAVADO y tratamiento antibiótico	2	Si aspiración guiada no posible, considerar aspiración a ciegas e inyección intra-articular de antibiótico
ARTIRIS SÉPTICA. OTRAS ARTICULACIONES.	Aspiración y lavado. Tratamiento antibiótico iv 3 días	2	IGUAL ESCENARIO 1	2	VALORAR ANTIBIOTERAPIA
OSTEOMIELITIS					
OSTEOMIELITIS AGUDA	Tratamiento antibiótico iv 3 días +/- aspiración del foco	2	IGUAL ESCENARIO 1	2	
OSTEOMIELITIS SUBAGUDA o Crónica	Iniciar tratamiento antibiótico oral o diferir tratamiento	5	Iniciar tratamiento antibiótico oral o diferir tratamiento	5	
TUMORES					
FRACTURA PATOLÓGICA SOBRE LESIÓN DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS*	AMPLIAR ESTUDIO (TC o RM) y TRATAR LA FRACTURA URGENTE*	4	TRATAR LA FRACTURA URGENTE*	4	VALORAR COMO PRIMERA OPCIÓN TRATAMIENTO CONSERVADOR. * QOE, DFC, FNO
DEBUT LESIONES DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS	AMPLIAR ESTUDIO (TC o RM)	5	DEMORAR TRATAMIENTO	5	SI ALTO RIESGO DE FRACTURA → INMOVILIZAR. VALORAR AINES EN OSTEOMA OSTEOIDE
LESIONES DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS DIAGNOSTICADAS	DEMORAR TRATAMIENTO	5	DEMORAR TRATAMIENTO	5	SI ALTO RIESGO DE FRACTURA → INMOVILIZAR
DEBUT LESIONES DE CARACTERÍSTICAS INTERMEDIAS*	DERIVAR A UNIDAD DE TUMORES	5	DERIVAR A UNIDAD DE TUMORES	5	PREVIO CONTACTO TELEFÓNICO. *QOA, HISTIOCITOSIS, OSTEOLASTOMA
LESIONES DE CARACTERÍSTICAS INTERMEDIAS DIAGNOSTICADAS	SI QOA ACTIVO TTO Q. SI OSTEOLASTOMA TERMOABLACIÓN	4	DEMORAR TRATAMIENTO	4	
DEBUT LESIONES DE CARACTERÍSTICAS MALIGNAS	DERIVAR A UNIDAD DE TUMORES	5	DERIVAR A UNIDAD DE TUMORES	5	PREVIO CONTACTO TELEFÓNICO. *QOA, HISTIOCITOSIS, OSTEOLASTOMA
	AMPLIAR ESTUDIO (TC y/o RM y BIOPSIA). INICIO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE	4	AMPLIAR ESTUDIO (TC y/o RM y BIOPSIA). INICIO TRATAMIENTO NEOADYUVANTE.	4	SE ACONSEJA VALORACIÓN POR COMITÉ DE TUMORES AUNQUE SEA REDUCIDO Y NO PRESENCIAL
TRATAMIENTO LESIONES MALIGNAS POSTQT PENDIENTE DE CIRUGIA EN UNIDAD DE TUMORES	TTO. QUIRÚRGICO INDIVIDUALIZADO*	4	AMPLIAR TTO NEOADYUVANTE O VALORAR REMITIR A OTRA UNIDAD DE TUMORES	5	VALORAR OPCIONES QUIRÚRGICAS CON MENOR INCIDENCIA DE COMPLICACIONES.
1) EMERGENCIA < 6HORAS. 2) URGENTE 6-12 HORAS. 3) DIFERIBLE HASTA 24-48 HORAS. 4) DIFERIBLE HASTA 1 SEMANA. 5) DIFERIBLE >1 SEMANA					
THG: TRACCIÓN HALO GRAVEDAD. HE: HEMIEPIFISIODESIS. EMO: EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. IQ: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. MMII: MIEMBROS INFERIORES. MI: MIEMBRO INFERIOR. RN: RECIÉN NACIDO. CE: CONSULTA EXTERNA. RX: RADIOGRAFÍA. I+D: INCISIÓN+ DESBRIDAMIENTO. RC: REDUCCIÓN CERRADA. FI: FIJACIÓN INTERNA. EM: ENDOMEDULAR. FE: FIJACIÓN EXTERNA.					
* ESTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 70% DE ACUERDO. ** ESTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 72% DE ACUERDO.					

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA					
COLUMNA					
LUXACIÓN ATLANTOAXOIDEA	COLOCACIÓN DE HALO	3	COLOCACIÓN DE HALO	3	HALO TRANSITORIO CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
FRACTURAS DE ATLAS	COLOCACIÓN DE HALO	3	COLOCACIÓN DE HALO	3	HALO TRANSITORIO CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
INESTABILIDAD ATLANTOAXIAL TRAUMÁTICA	COLOCACIÓN DE HALO	3	COLOCACIÓN DE HALO	3	HALO TRANSITORIO CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
FRACTURA DE ODONTOIDES	COLOCACIÓN DE HALO	3	COLOCACIÓN DE HALO	3	HALO TRANSITORIO CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
ESPONDILOLISTESIS C2	COLOCACIÓN DE HALO	3	COLOCACIÓN DE HALO	3	HALO TRANSITORIO CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
FRACTURAS Y LUXACIONES C3-C7	COLOCACIÓN DE HALO	3	COLOCACIÓN DE HALO	3	HALO TRANSITORIO CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO
FRACTURAS Y LUXACIONES TORACOLUMBARES SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA	CIRUGÍA CORRECTORA	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO MEDIANTE ORTESIS EN FRACTURAS MENORES, FRACTURAS POR COMPRESIÓN, LESIONES ÓSEAS POR CINTURÓN Y FRACTURAS ESTALLIDO.
FRACTURAS Y LUXACIONES TORACOLUMBARES CON FOCALIDAD NEUROLÓGICA	CIRUGÍA CORRECTORA	3	ESTABILIZACIÓN PROVISIONAL Y DESCOMPRESIÓN	3	COLOCACIÓN DE ORTESIS POSTOPERATORIA
PELVIS Y MIEMBRO INFERIOR					
FRACTURAS DE PELVIS ESTABLES (TORODE I, II Y III)	TRATAMIENTO CONSERVADOR	5	TRATAMIENTO CONSERVADOR	5	TRATAMIENTO CONSERVADOR
FRACTURAS DE PELVIS INESTABLES (IV) SIN INESTABILIDAD HEMODINÁMICA	RA VS. RC + FIJACIÓN	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	VALORAR FIJADOR EXTERNO EN ESCENARIO 2
FRACTURAS DE PELVIS INESTABLES (IV) CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA	ESTABILIZACIÓN PROVISIONAL	1	ESTABILIZACIÓN PROVISIONAL	1	VALORAR FIJACIÓN EXTERNA COMO PRIMERA OPCIÓN EN ESCENARIO 2
FRACTURAS DE ACETÁBULO ESTABLES (WATTS I & II)					TRATAMIENTO CONSERVADOR
FRACTURAS DE ACETÁBULO INESTABLES (WATTS III & IV)	RA+FI	4	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	VALORAR TRACCIÓN DOMICILIARIA EN ESCENARIO 2
LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA	RC VS.RA	2	RC VS RA	2	VALORAR OSTEOTAXIS EN ESCENARIO 2
LUXACIÓN RECURRENTE DE CADERA	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	
FRACTURAS DE CADERA DELBET I, II & III	RC VS RA + FI	3	RC + FI	3	EN NIÑOS PEQUEÑOS VALORAR YESO PELVIPÉDICO EN DELBET III.
FRACTURAS DE CADERA DELBET IV	RC VS RA + FI	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	3	VALORAR TRACCIÓN DOMICILIARIA VS. YESO PELVIPÉDICO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2
FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR <6 MESES	ARNÉS DE PAVLIK	4	ARNÉS DE PAVLIK	4	
FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR ESTABLE 6 MESES-5 AÑOS	RC + YESO PELVIPÉDICO	4	RC + YESO PELVIPÉDICO	4	VALORAR TRACCIÓN PROVISIONAL
FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR INESTABLE 6 MESES-5 AÑOS	RC/RA + FIJACIÓN	3	RC + FIJACIÓN	3	VALORAR YESO PELVIPÉDICO EN AMBOS ESCENARIOS. VALORAR FIJACIÓN EXTERNA EN ESCENARIO 2.
FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR ESTABLE >6 AÑOS	RC + FIJACIÓN	4	RC + FIJACIÓN	4	VALORAR FIJACIÓN ENDOMEDULAR EN ESCENARIO 1. VALORAR FIJACIÓN EXTERNA EN AMBOS ESCENARIOS.
FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR INESTABLE >6 AÑOS	RC/RA + FIJACIÓN	3	RC + FIJACIÓN	3	VALORAR YESO PELVIPÉDICO EN ESCENARIO 2. VALORAR FIJACIÓN EXTERNA EN ESCENARIO 2.
FRACTURA FÉMUR DISTAL	RC VS RA + FIJACIÓN	4	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	4	VALORAR REDUCCIÓN + INMOVILIZACIÓN CON YESO INGUINOPÉDICO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2.
EPIFISIOLISIS FÉMUR DISTAL	RC VS RA + FIJACIÓN	3	RC + FIJACIÓN	3	VALORAR REDUCCIÓN + INMOVILIZACIÓN CON YESO INGUINOPÉDICO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2.
FRACTURA DE ROTULA	RC VS RA + FIJACIÓN	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	VALORAR REDUCCIÓN + INMOVILIZACIÓN CON YESO INGUINOPÉDICO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2.
LUXACIÓN DE RODILLA	RC VS RA	1	RC VS RA	1	VALORAR REDUCCIÓN + INMOVILIZACIÓN CON YESO INGUINOPÉDICO BAJO SEDACIÓN EN AMBOS ESCENARIOS.
FRACTURA ESPINA TIBIAL (MCKEEVER I-II)	INMOVILIZACIÓN	5	INMOVILIZACIÓN	5	INMOVILIZACIÓN CON YESO INGUINOPÉDICO.
FRACTURA ESPINA TIBIAL (MCKEEVER III-IV)	TRATAMIENTO ARTRÓSCOPICO O ABIERTO	4	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	VALORAR REDUCCIÓN + INMOVILIZACIÓN CON YESO INGUINOPÉDICO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2.
EPIFISIOLISIS TIBIA PROXIMAL	RC VS RA + FIJACIÓN	3	RC + FIJACIÓN	3	VALORAR REDUCCIÓN + INMOVILIZACIÓN CON YESO INGUINOPÉDICO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2.
FRACTURA DIAFISARIA DE TIBIA	RC +/- FIJACIÓN	4	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	VALORAR FI EM VS. FE EN ESCENARIO 1. VALORAR RC + INMOVILIZACIÓN CON YESO INGUINOPÉDICO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2.
FRACTURA DE TOBILLO	RC VS. RA +/- FIJACIÓN	4	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	REDUCCIÓN + INMOVILIZACIÓN CON BOTA DE YESO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2.
FRACTURA EN PIE	RC VS. RA +/- FIJACIÓN	4	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEMORABLE	5	REDUCCIÓN + INMOVILIZACIÓN CON BOTA DE YESO BAJO SEDACIÓN EN ESCENARIO 2.

1) EMERGENCIA < 6HORAS. 2) URGENTE 6-12 HORAS. 3) DIFERIBLE HASTA 24-48 HORAS. 4) DIFERIBLE HASTA 1 SEMANA. 5) DIFERIBLE >1 SEMANA

THG: TRACCIÓN HALO GRAVEDAD. HE: HEMIEPIFIODESIS. EMO: EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. IQ: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. MMI: MIEMBROS INFERIORES. MI: MIEMBRO INFERIOR. RN: RECIÉN NACIDO. CE: CONSULTA EXTERNA. RX: RADIOGRAFÍA. I+D: INCISIÓN + DESBRIDAMIENTO. RC: REDUCCIÓN CERRADA. FI: FIJACIÓN INTERNA. EM: ENDOMEDULAR. FE: FIJACIÓN EXTERNA.

* ESTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 70% DE ACUERDO. ** ESTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 72% DE ACUERDO.

MIEMBRO SUPERIOR					
FRACTURA DE CLAVICULA NEONATO	INMOVILIZACION SIMPLE	5	INMOVILIZACIÓN SIMPLE	5	DESCARTAR LESIÓN NEUROLÓGICA
FRACTURA DE CLAVICULA NIÑO Y ADOLESCENTE	INMOVILIZACION SIMPLE	5	INMOVILIZACIÓN SIMPLE	5	CABESTRILLO 3 SEMANAS
LUXACION HOMBRO SIN COMPLICACIONES	RC + INMOVILIZACIÓN	2	RC + INMOVILIZACIÓN	2	BAJO SEDACIÓN EN AMBOS ESCENARIOS. CABESTRILLO 4 SEMANAS.
EPIFISIOLISIS PROXIMAL HÚMERO I-II/ FRACTURA SUPRAMETAFISARIA (<10 AÑOS)	INMOVILIZACION SIMPLE	5	INMOVILIZACION SIMPLE	5	REVISIÓN EN 4 SEMANAS
EPIFISIOLISIS PROXIMAL HÚMERO I-II/ FRACTURA SUPRAMETAFISARIA (>10 AÑOS)	RC VS RA + FI	3	INMOVILIZACION SIMPLE	5	
FRACTURA DIAFISIS HUMERAL ESTABLE	VELPAU-YESO COLGANTE	5	VELPAU-YESO COLGANTE	5	REVISIÓN EN 4-6 SEMANAS
FRACTURA DIAFISIS HUMERAL INESTABLE	RC VS RA + FI EM	3	VELPAU/ YESO	5	REVISIÓN EN 4-6 SEMANAS
FRACTURA SUPRACONDÍLEA GARTLAND TIPO 1	INMOVILIZACION SIMPLE	5	INMOVILIZACION SIMPLE	5	REVISIÓN EN 3 SEMANAS
FRACTURA SUPRACONDÍLEA GARTLAND TIPO 2	INMOVILIZACION SIMPLE VS. RC + FI	3	RC + YESO	3	
FRACTURA SUPRACONDÍLEA GARTLAND TIPO 3 SIN COMPLICACIONES	RC + FI CON AGUJAS	3	RC VS RA + FI CON AGUJAS	3	VALORAR YESO CON 20º DE FLEXIÓN SI NO OPERABLE
FRACTURA SUPRACONDÍLEA GARTLAND TIPO 3 SIN PULSO Y MANO SIN PERFUSION	RC +/- RA + FI CON AGUJAS	1	RC +/- RA + FI CON AGUJAS	1	
FRACTURA SUPRACONDÍLEA GARTLAND TIPO 3 SIN PULSO Y MANO BIEN PERFUNDIDA	RC +/- RA + FI CON AGUJAS	2	RC + FI CON AGUJAS	2	OBSERVACIÓN OBLIGATORIA 24 HORAS
FRACTURA SUPRACONDÍLEA GARTLAND TIPO 3 CON SIGNOS DE RIESGO BIEN PERFUNDIDA	RC +/- RA + FI CON AGUJAS	2	RC + FI CON AGUJAS	3	OBSERVACIÓN OBLIGATORIA 24 HORAS
FRACTURA SUPRACONDÍLEA GARTLAND TIPO 3 CON LESION NERVIOSA	RC +/- RA + FI CON AGUJAS	2	RC +/- RA + FI CON AGUJAS	2	VALORAR YESO CON 20º DE FLEXIÓN SI NO OPERABLE
FRACTURA CONDILO HUMERAL SONG I-II	RC + FI CON AGUJAS VS. INMOVILIZACIÓN	4	INMOVILIZACIÓN CON YESO	4	
FRACTURA CONDILO HUMERAL SONG III-V	RA + FI CON AGUJAS	4	RA + FI CON AGUJAS	4	VALORAR DEMORAR CIRUGÍA EN ESCENARIO II.
FRACTURA EPITROCLEA NO o mín. DESPLAZADA	INMOVILIZACIÓN CON YESO	5	INMOVILIZACIÓN CON YESO	5	RECOMENDABLE EL USO DE SOFTCAST.
FRACTURA EPITROCLEA DESPLAZADA	RC VS RA + FI	5	INMOVILIZACIÓN CON YESO	5	RECOMENDABLE EL USO DE SOFTCAST.
FRACTURA DE MONTEGGIA	RC +/- FI EM	3	RC + YESO	3	POSTPONER CIRUGÍA SI FRACASA EL TRATAMIENTO
FRACTURA DIAFISARIA CUBITO Y RADIO DESPLAZADA TALLO VERDE	RC + YESO	4	RC + YESO	4	BAJO SEDACIÓN EN AMBOS ESCENARIOS.
FRACTURA DIAFISARIA CUBITO Y RADIO DESPLAZADA TRANSVERSA	RC VS. RA +/- FI EM	4	RC + YESO	4	BAJO SEDACIÓN EN AMBOS ESCENARIOS.
FRACTURA 1/3 DISTAL CUBITO Y RADIO DESPLAZADA TRANSVERSA	RC + YESO	4	RC + YESO	4	BAJO SEDACIÓN EN AMBOS ESCENARIOS. ES ACEPTABLE LA APOSICIÓN EN BAYONETA.
FRACTURA 1/3 DISTAL CUBITO Y RADIO DESPLAZADA TALLO VERDE	RC + YESO	4	RC + YESO	4	BAJO SEDACIÓN EN AMBOS ESCENARIOS.
FRACTURA AISLADA RADIO DISTAL TRANSVERSA DESPLAZADA	RC +/- FIJACIÓN CON AGUJA	4	RC + YESO	4	BAJO SEDACIÓN EN AMBOS ESCENARIOS.
FRACTURAS COMPLICADAS					
FRACTURAS ABIERTAS I-II	I+D	2	I+D	2	
FRACTURAS ABIERTAS III	I+D	1	I+D	1	VALORAR FIJACIÓN EXTERNA COMO PRIMERA OPCIÓN EN AMBOS ESCENARIOS.
FRACTURAS CON LESIÓN NEUROLÓGICA O VASCULAR	RC VS. RA +/- FIJACIÓN	1	RC VS. RA + FIJACIÓN	1	VALORAR FIJACIÓN EXTERNA COMO PRIMERA OPCIÓN EN AMBOS ESCENARIOS.

1) EMERGENCIA < 6HORAS. 2) URGENTE 6-12 HORAS. 3) DIFERIBLE HASTA 24-48 HORAS. 4) DIFERIBLE HASTA 1 SEMANA. 5) DIFERIBLE >1 SEMANA

THG: TRACCIÓN HALO GRAVEDAD. HE: HEMIEPIFISIODESIS. EMO: EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. IQ: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. MMII: MIEMBROS INFERIORES. MI: MIEMBRO INFERIOR. RN: RECIÉN NACIDO. CE: CONSULTA EXTERNA. RX: RADIOGRAFÍA. I+D: INCISIÓN + DESBRIDAMIENTO. RC: REDUCCIÓN CERRADA. FI: FIJACIÓN INTERNA. EM: ENDOMEDULAR. FE: FIJACIÓN EXTERNA.

* ESTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 70% DE ACUERDO. ** ESTA RECOMENDACIÓN ALCANZÓ EL 72% DE ACUERDO.