



British
Orthopaedic
Association



Orthopaedic Trauma Society

BSSH

The British Society for Surgery of the Hand



BAPRAS

British Association of Plastic
Reconstructive and Aesthetic Surgeons



Managementul pacienților cu afecțiuni ortopedice urgente și traumatisme în timpul pandemiei coronavirusului

<https://www.boa.ac.uk/resources/covid-19-boasts-combined.html>

Este recunoscut că, în timpul pandemiei coronavirusului, chirurgii și pacienții vor avea de făcut alegeri dificile cu privire la opțiunile de management pentru o mare varietate de leziuni și afecțiuni urgente. Aceștia vor trebui să echilibreze tratamentul optim al vătămării sau stării pacientului împotriva siguranței și resurselor clinice. BOA (British Orthopaedic Association) susține luarea deciziilor pragmatice motivate în aceste circumstanțe extraordinare și recunoaște că gestionarea neoperatorie a multor leziuni și urmărirea față în față va fi din ce în ce mai normală.

Acest ghid face parte dintr-o suită de documente care nu ar trebui citite izolat.

Fundamentare

Pe durata Pandemiei coronavirusului se va pune o presiune fără precedent asupra societății în ansamblu, cât și asupra SNS (Sistemului național de sănătate). În timpul pandemiei, avem responsabilitatea de a maximiza utilizarea resurselor NHS (Sistemul național de asigurare) pentru a oferi cea mai bună îngrijire posibilă pentru toți pacienții. În timp ce distanțarea socială poate reduce incidența unor leziuni, unitățile ar trebui să sprijine puternic inițiativele locale și naționale de prevenire a accidentelor pentru a reduce presiunile asupra SNS. Chirurgii vor trebui să ia în considerare modalități alternative de gestionare a mai multor aspecte ale condițiilor ortopedice urgente și ale traumelor. Modificările aduse planurilor de management standard pot fi necesare pentru a reduce expunerea pacientului la boală și impactul general asupra resurselor.

Ghidurile de specialitate NHSE¹ sunt ghidurile principale și trebuie să stea la baza tuturor răspunsurilor trusturilor la această pandemie. În această perioadă, Trusturile sunt obligate să urmeze numai ghidurile care trec prin lanțul de comandă corespunzător. Cu toate acestea, BOA a

compilat, de asemenea, mai multe îndrumări specifice pentru a sprijini chirurgii și alți clinicieni, care vor lua decizii cu pacienții de zi cu zi. Orientarea nu este imuabilă și va fi modificată pe măsură ce situația evoluează și ca urmare a feedback-ului. De asemenea, aceasta trebuie luată în contextul orientărilor și priorităților naționale și locale, care se pot schimba rapid. Versiunile actualizate vor fi menținute pe site-ul BOA și încurajăm clinicienii să trimită feedback și idei². În timp ce îndrumarea scrisă poate fi văzută ca o povară, aceasta oferă clinicienilor un grad de încredere în acțiunea comunitară și poate economisi timp pentru clinicieni și departamente individuale, deoarece fiecare dintre noi nu trebuie să reinventeze soluții. Am dezvoltat acest document ca o tulpină comună, susținută de o serie de linii directoare specifice subiectului, în formatul „BOAST-urile de urgență”. Scopul acestor orientări este:

- oferi asistență și reasigurare clinicienilor
- cel mai bun marshall o resursă fizică limitată
- păstrează resursa cheie a triajului operațional al personalului
- contractează serviciul pe măsură ce resursele fizice și personalul se diminuează

Considerații generale de gestionare pentru toate unitățile și subspecialitățile

1. Consultantul principal T&O pentru ziua respectivă are responsabilitatea pentru gestionarea generală a resurselor, mai degrabă decât managementul clinic practic, așa cum este prezentat în Ghidurile de specialitate NHSE.

2. Trusturile individuale vor lua propriile decizii logistice generale în funcție de circumstanțele locale. Cu toate acestea, există domenii în care chirurgii T&O ar trebui să se asigure că au o influență mai directă:

- a. Reducerea riscului pentru personal și pacienți. Toți clinicienii ar trebui să fie la curent cu instrucțiunile de sănătate publică pentru echipamentele de protecție personală (PPE)³ și cerințele pentru autoizolare⁴.
- b. Personalul. Rezistența ar trebui să fie încorporată în toate membrii personalului pentru a permite absențele probabile. Monitorizează și asigură bunăstarea personalului la toate nivelurile, instituie un model durabil de personal și eliberează orice personal alocat pentru activitatea de rutină. Asigurați-vă că personalul relevant are facilități de lucru la distanță.

¹ <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/specialty-guides/>

² Vă rugăm să ne contactați la adresa policy@boa.ac.uk

³ Scrisoarea NHS England din 22 martie 2020 disponibilă aici: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wpcontent/uploads/sites/52/2020/03/PPE-Letter-FINAL-20-March-2020-updated-on-22-March-2020.pdf>

⁴ <https://www.gov.uk/guvern/publicatii/covid-19-stai-acasa-indrumare> 1

- c. Resurse sala de operație. Ar trebui să existe o evaluare periodică a resurselor disponibile, inclusiv, cel puțin, întâlniri zilnice de strategie cu un coordonator de Sală de

operație și un consultant din anestezie și fiecare specialitate chirurgicală relevantă. Toți ar trebui să înțeleagă clar problemele cu care se confruntă în propria lor specialitate înainte de întâlnire, inclusiv volumul de muncă, detaliile clinice relevante, starea pacientului în ICU (unitate de Terapie intensivă), absența bolii și redistribuirea personalului. Trebuie convenite alocarea resurselor și prioritizarea pacienților.

- d. Este posibil ca echipamentele și resursele să fie mutate în locații alternative.
- e. Întâlnirile pentru traume ar trebui să aibă opțiuni de acces la distanță pentru a reduce la minimum contactul social.

3. Documentare și consimțământ. Deciziile de management pragmatic trebuie înregistrate în fișa medicală a pacientului, inclusiv o notă specifică conform căreia pacientul a fost evaluat și tratat în timpul pandemiei coronavirusului.

Cuprins

Secțiunile acestui document sunt următoarele (vă rugăm să faceți clic pe rubrici pentru a trece la partea relevantă):

Managementul pacienților cu leziuni traumatice tratate ca ambulatori în timpul pandemiei coronavirusului

Managementul pacienților cu leziuni traumatice care necesită îngrijire internă în timpul pandemiei coronavirusului

Managementul pacienților cu leziuni la mâna în timpul pandemiei coronavirusului

Managementul copiilor cu traumatisme ortopedice în timpul pandemiei coronavirusului

Unitățile ar trebui să ia în considerare strategiile de mai jos atunci când încrederea lor este la o escaladare medie, mare sau foarte mare, când există un risc crescut de transmitere a coronavirusului la pacienți; capacitatea de operare, spitalizare sau clinică este restricționată; și / sau numărul personalului este limitat (necorespunzător).

© BOA - Versiunea 1 - 24 martie 2020

Managementul pacienților cu leziuni traumatice și afecțiuni ortopedice urgente tratate ca ambulatori în timpul pandemiei coronavirusului

Acest ghid face parte dintr-o suită de documente care nu ar trebui citite izolat.

Fundamentare

În timpul pandemiei coronavirusului, se va pune accentul pe gestionarea pacienților cu strategii non-operative și minimizarea vizitelor în ambulatoriu.

Principii pentru managementul pacientului în ambulatoriu

1. Pacienții ar trebui să primească decizii definitive la consultanță, livrate de medicii consultanți și, în special, nu ar trebui să fie programați pentru intervenții chirurgicale, fără a avea un aport al medicului mai în vârstă.
2. Unitățile ar trebui să asigure un sector de traumatism pentru toți pacienții care participă la secția de urgență (ED = Emergency Departament) cu răni minore, inclusiv pentru cei care, de obicei, ar fi gestionați de personalul ED, cu pacienți direcționați către Clinica Trauma din triajul ED. Programarea clinicii va depinde de cerințele locale, dar ar trebui să fie un serviciu de șapte zile.
3. Dacă este posibil, utilizați facilități segregate, dar adiacente, pentru a oferi spații de așteptare distanțate în siguranță, cabinete de evaluare și tratament. Planificați spațiu pentru depozitarea, donarea și eliminarea echipamentelor de protecție personală (PPE).
4. Pacienții care pot avea nevoie de un management imediat care necesită facilități de sedare, cum ar fi cei cu luxații, ar putea avea nevoie să rămână în ED, dar echipele de T&O ar trebui să urmărească să administreze acești pacienți.
5. Medicii de familie și unitățile de traumatisme minore (MIU – Minor Injury Units) ar trebui să aibă acces direct la telefon la sfaturi de T&O pentru a minimiza nevoia pacienților de a fi internați în clinica de Trauma. Riscul internării în spital poate depăși beneficiul potențial al intervenției, în special pentru pacienții din grupurile vulnerabile.
6. Impactul asupra serviciilor de radiologie ar trebui redus la minimum. Imagistica trebuie solicitată după ce pacientul a fost evaluat în Clinica Trauma pentru a reduce la minimum cererile și a evita repetarea imaginilor. Evitați utilizarea mai multor modalități de imagistică și luați în considerare utilizarea imediată a modalității, cel mai probabil, pentru a da un diagnostic definitiv. Dacă este posibil, aranjați utilizarea unui mini braț C în clinica Trauma. Scanarea CT trebuie minimizată, deoarece aceasta este investigația de elecție pentru pneumonia coronavirusului.
7. Utilizarea gipsurilor amovibile și al atelelor ar trebui maximizată pentru a reduce cerințele de urmărire de control (follow-up).
8. Principala urmărire a imobilizării gipsate ar trebui să fie efectuată de pacient, cu o inițializare minimă, iar programarea la control se va face numai dacă acest lucru este inevitabil. Medicii juniori nu ar trebui să organizeze monitorizarea fără acordul seniorilor.
9. Dacă este posibil, programările pentru control ar trebui să fie livrate prin apel telefonic sau video-call. Programările existente ar trebui anulate, amânate sau efectuate de la distanță.
10. Controlul imagistic trebuie efectuat numai atunci când este probabil să existe o schimbare semnificativă în tratament. Imagistica nu are un rol important în a aprecia formarea sau evoluția calusului pentru majoritatea traumatismelor.
11. Este probabil ca serviciile de reabilitare să fie foarte limitate. Resurse alternative, cum ar fi informațiile scrise sau trimiteri la cele de pe internet, ar trebui maximizate.

Managementul leziunilor specifice

12. Dislocările articulațiilor native sau protezate ar trebui reduse în cabinetul ED (emergency department, MIU (minor injury units) sau în clinica Trauma, acolo unde este posibil. Dacă articulația este stabilă după reducere, pacientul trebuie externat cu urmărirea corespunzătoare.

13. Cele mai multe fracturi ale membrilor superioare, incluzând fracturile de claviculă, humerale și încheietura mâinii, au rate mari de unire și pot fi gestionate neoperator, recunoscând că unii pacienți pot necesita reconstrucție tardivă.

14. Leziunile ligamentare ale genunchiului pot fi gestionate de preferință cu imobilizare gipsată în defavoarea reconstrucției timpurii a ligamentului.

15. Leziunile penetrante (răni înjunghiate) la nivelul membrilor care nu sunt contaminate și nu au deficit neurologic sau vascular pot fi suturate în clinica ED, MIU sau Trauma.

16. Abcesele la pacienții fără sepsis sistemic pot fi incizate și drenate sub anestezie locală în ED, MIU sau Clinica Trauma.

Îndrumările specifice pentru leziunile mâinii și leziunile la copii sunt detaliate mai târziu în acest document.

Managementul pacienților cu leziuni traumatice și afecțiuni ortopedice urgente care necesită internare în timpul pandemiei coronavirusului

Această ghidare face parte dintr-o suită de documente care nu ar trebui citite izolat.

Fundament

În timpul pandemiei coronavirusului, se va pune accentul pe reducerea internării în spital și minimizarea duratei de ședere.

Principii pentru managementul pacientului în spital.

1. Pacienții trebuie admiși la spital numai dacă nu există nicio alternativă. Pentru traumatisme ambulatorii (merg pe picioare) trebuie utilizate internările de zi, inclusiv NHS, centre de tratament elective și facilități din sectorul în afara secției.
2. Societatea pentru Trauma majoră și alte Societăți ar trebui să dezvolte soluții pentru comunicarea și distribuirea volumului de muncă.
3. Chirurgia care implică dispozitive de mare viteză este considerată a fi o procedură de generare a aerosolilor (AGP). Tot personalul ar trebui să folosească echipament de protecție individuală adecvat (PPE), în conformitate cu cele mai recente îndrumări de sănătate publică⁵

Leziuni care amenință viața sau membrele

4. Pacienții cu multiple leziuni, fracturi pelvine și acetabulare cu hemoragie majoră, fracturi deschise, sindrom de compartiment și leziune exsanguinantă, toți necesită resuscitare de urgență și tratament.
5. Luați în considerare tehnici alternative pentru pacienții care necesită reconstrucție de țesuturi moi pentru a evita operații multiple sau necesitatea unui aport de îngrijire critică (lambouri locale, deformare intenționată, grefarea pielii pentru inciziile de fasciotomie).
6. Luați în considerare amputația timpurie la pacienții pentru care salvarea membrilor are un rezultat incert și este probabil să necesite operații multiple și o ședere prelungită în spital.
7. Chirurgii ar putea fi nevoiți să-și bazeze deciziile despre leziunile vasculare doar pe evaluarea clinică, dacă imagistica nu este disponibilă.

Fracturi de fragilitate ale membrelor inferioare

8. Îngrijirea pacienților cu fracturi de șold și femurale rămâne o urgență și necesită tratament chirurgical. Este rezonabil să se recurgă la hemiartroplastie, mai degrabă decât la protezarea totală a șoldului, dacă nu este disponibilă o echipă operatorie completă, pentru a asigura intervenția chirurgicală timpurie.
Ghiduri suplimentare pentru managementul acestui grup de pacienți sunt disponibile ca Ghid de specialitate NHSE⁶
9. Toți pacienții cu fracturi de fragilitate a pelvisului, acetabulului sau membrelor inferioare, fie că nu sunt tratați chirurgical fie că au fost tratați chirurgical, trebuie să li se permită să suporte imediat toată greutatea pentru a permite reabilitarea, reducerea șederii în spital și a reduce expunerea la coronavirus.

Traumatisme ortopedice generale

10. Pacienții cu fracturi complexe ar trebui tratați chirurgical pentru a minimiza durata șederii. Dacă se folosește o abordare etapizată, vizați externarea și readmiterea pacientului, dacă este posibil.
11. Luați în considerare tratamentul în sistem de internare de zi a fracturilor peri-articulare simple și a leziunilor piciorului și gleznei. Acolo unde este posibil, folosiți tratamentul ortopedic și atele detașabile detașabile, admitând că unele ar putea necesita reconstrucție ulterioară.
12. Pacienții cu fracturi ale membrelor superioare care necesită intervenție chirurgicală (de exemplu, fracturi de antebraț) trebuie gestionați ca și cazuri de internare de zi.
13. Fracturile de încheietura mâinii pot fi tratate cu sisteme de imobilizare amovibile sau atele gipsate, pentru a reduce controalele frecvente inutile.
14. Folosiți suturi absorbabile și avertizați pacienții că există un risc mic de reacție inflamatorie ușoară la nivelul suturii.
15. Luați în considerare gestionarea neoperatorie sau utilizarea ortezelor la pacienți cu fracturi ale coloanei vertebrale

16. Pseudartroza fracturilor membrului superior poate fi gestionată în timpul II. Pseudartroza fracturilor de membre inferioare cu implanturi eșuate sau cu deformări care se accentuează și au un impact semnificativ asupra mobilizării zilnice poate necesita un tratament relativ urgent.

Alte urgențe ortopedice

17. Pacienții cu sindrom ”cauda equina” necesită tratament de urgență.
18. Pacienții cu artrită septică, infecție articulară protetică sau fracturi infectate și caracteristici ale sepsisului sistemic necesită tratament de urgență. Cei care nu sunt septici pot fi gestionați ca pacienți în Ambulatoriu. Trebuie luată în considerare terapia de supresie.

⁵NHS England letter (22nd March 2020): <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/PPELetter-FINAL-20-March-2020-updated-on-22-March-2020.pdf>

⁶As at 24th March this document had not yet been published but a pre-release copy has been made available to BOA members.

Managementul pacienților cu leziuni la mână în timpul pandemiei coronavirusului

Acest ghid face parte dintr-o suită de documente care nu ar trebui citite izolat. Această secțiune cu privire la rănilor mâinilor este susținută de Societatea Britanică pentru Chirurgia Mâinii (BSSH), Asociația Britanică a Chirurgilor Plastici, Reconstructivi și Estetici (BAPRAS) și Asociația Britanică a Terapeuților de Mână (BAHT).

Fundament

În timpul pandemiei coronavirusului, se va pune accentul pe gestionarea pacienților cu strategii non-operative și minimizarea vizitelor în ambulatoriu. Ar trebui să se pună accentul pe furnizarea de îngrijiri esențiale pentru pacienții cu leziuni la mână cu sarcina minimă asupra SNS și recunoaștem că poate fi atins un punct în care există puține resurse sau deloc disponibile pentru pacienții cu traumatisme ale mâinilor, altele decât sfatul de la distanță. Departamentele ar trebui să urmărească să ofere cel mai bun nivel posibil de îngrijire pentru pacienții cu traumatisme ale mâinilor, determinat de nivelul resurselor sigure disponibile la momentul respectiv. Unitățile ar trebui să ia în considerare următoarele strategii atunci când încrederea lor este la un nivel mediu, mare sau foarte mare de escaladare, când există un risc crescut de transmitere a coronavirusului la pacienți; capacitatea de operare, spitalizare sau clinică este restricționată; și / sau numărul personalului este limitat.

Reconfigurare servicii pentru servicii de chirurgie a mâinilor

1. Implementați o rotație pentru un consultant șef desemnat pentru traumatismele mâinilor.
2. Clinicienii ar trebui să faciliteze imediat o reducere radicală a internărilor și a programărilor față în față.
3. Începeți trierea trimerilor de către un clinician senior, de preferință prin video sau telefon.
4. Instituți modalități de rezolvare rapid în aceeași zi sau a doua zi prin internare de zi pentru operații de urgență în cazul leziunilor complexe.
5. Adoptați un model de asistență „unic” care implică un sistem de triaj, evaluare, tratament și externare simplificat și sigur, cu un pachet de îngrijiri conceput pentru a asigura evitarea cât mai mult posibil a monitorizării față în față.
6. Pregătiți-vă pentru desfășurarea rapidă a îngrijirii traumatismelor mâinii având ca prim punct de contact pentru pacienții din cadrul Departamentului de Urgență (ED) direct din triajul ED, transmis în clinica de traumatologie sau chirurgia mâinii, înainte de examinare sau imagistică. Informații suplimentare despre organizarea serviciilor de ambulatoriu sunt prezentate anterior în acest document.
7. Identificați și posibilitatea ca sfaturile să fie furnizate de la distanță de personalul pensionat.

Managementul rănilor la mâini

8. Societatea britanică pentru chirurgie a mâinii menține un site web și o aplicație de triaj pentru vătămări la mână, care va oferi ghiduri de actualizare și de gestionare actualizate în timpul pandemiei⁷. Este disponibil și Ghidul bazat pe dovezi de la FESSH⁸.
9. Vizitați managementului nechirurgical pentru majoritatea rănilor, atunci când acest lucru este posibil și în siguranță.
10. Dacă este posibil, aranjați spațiu suplimentar pentru ambulatoriu sau pentru operații minore pentru a efectua manipulări și intervenții chirurgicale imediate sub anestezic local, cu aplicarea unor atele amovibile, de preferință cu acces la un mini braț C utilizat conform regulilor locale.
11. Încercați să efectuați toate intervențiile chirurgicale la nivelul mâinii și încheietura mâinii sub bloc anestezic local sau „anestezic local treaz fără turniquet” (WALANT)⁹
12. Aranjați corespunzător camera de gipsare asigurând o livrare de atele (ușor de îndepărtat, dacă situația o impune) care ar trebui să fie utilizate, oricând este posibil.
13. Utilizați suturi absorbabile și avertizați pacienții că există un risc mic de reacție inflamatorie ușoară la suturi.
14. Luați în considerare lăsarea broșelor K fără îngropare pentru a reduce necesitatea unei proceduri suplimentare de îndepărtare a broșei.
15. Folosiți pansamente și atele postoperatorii ușor de îndepărtat, astfel încât echipa de chirurgie a mâinii să poată urmări de la distanță.
16. Oferiți pachete descărcare de gestiune pentru pacienți cu pansamente, antibiotice, analgezie, instrucțiuni scrise de auto-urmărire cu privire la îngrijirea rănilor și unde pot găsi resurse de terapie on-line.

17. Anticipează că specialiștii de chirurgia mâinii vor fi rapid repartizați în alte sarcini. Reconfigurați resursele de terapie rămase în clinica de acuți pentru a oferi un singur ghișeu și monitorizare video sau telefonică.

⁷https://www.bssh.ac.uk/hand_trauma_app.aspx

⁸<http://fessh.com/down/Evidence%20Based%20Data%20In%20Hand%20Surgery%20And%20Therapy.pdf>

⁹<https://walant.surgery/>

Managementul copiilor cu traumatisme ortopedice în timpul pandemiei coronavirusului

Această ghidare face parte dintr-o suită de documente care nu ar trebui citite izolat.

Fundament

În timpul pandemiei coronavirusului, se va pune accentul pe gestionarea copiilor cu strategii non-operative și minimizarea vizitelor în ambulatoriu. Scopul este de a minimaliza consecințele pe termen lung prin prioritizarea condițiilor care au o morbiditate imediată și permanentă sau nu au o opțiune de remediere practică.

Principiile primului contact și clinic:

- 1. Luați în considerare întotdeauna posibilitatea vătămării accidentale. Principiile managementului sunt neschimbate.**
- 2. Dacă este necesar, copiii cu următoarele diagnostice suspectate pot fi gestionați fără radiologie la prezentare:**
 - a.** Leziuni ale țesuturilor moi.
 - b.** Încheietura mâinii, antebrăț, claviculă și fracturi humerale proximale.
 - c.** Fracturi osoase lungi cu deformare clinică.
 - d.** Fracturi ale piciorului fără deformare clinică și edem semnificativ.
- 3. Următoarele traumatisme pot fi gestionate fără aparat gipsat la prezentare:**
 - a.** Ligamentele genunchiului și leziunile patelare pot fi gestionate cu ajutorul atelei.
 - b.** Fracturile stabile ale gleznei pot fi gestionate cu cizme-orteze de gleznă sau Softcast.
 - c.** Leziunile la nivelul piciorului (posterior, mijlociu, anterior) pot fi gestionate cu orteză de gleznă sau botină gipsată.
- 4. O singură întâlnire de control la 4-12 săptămâni, în funcție de membrul sau osul fracturat, este acceptabilă pentru majoritatea traumatismelor. Autocontrolul efectuat de pacientul inițiat este suficient pentru următoarele condiții:**
 - a.** Subluxațiile și luxațiile patelare, ligamentul genunchiului și leziunile meniscale, cu excepția genunchilor blocați.
 - b.** Fracturile maleolei laterale și suspiciunile de fracturi-avulsie ale gleznei.

- c. Leziuni la nivelul piciorului, cu excepția leziunilor suspicinate la nivelul piciorului posterior și mijlociu.
- d. Fracturile de pumn, antebraț, claviculă și humerale, inclusiv humerus proximal.
- e. Fracturi supracondiliene Gartland tip 1 și 2.

Management non-operativ

5. Multe din traumatismele la copii pot fi rezolvate definitiv prin imobilizare în aparat gipsat de la prezentare. Ori de câte ori este posibil, utilizați softcast cu ranforsare pentru a putea fi îndepărtat la domiciliu:
 - a. Fracturi tibiale extra-articulare fără compromitere neurovasculară sau de părți moi. Un număr mic dintre acești pacienți poate necesita intervenție:
 - Internare dacă există risc ridicat de sindrom de compartiment (leziuni la adolescenți sau cu energie mare).
 - Luați în considerare sedarea pentru reducerea deformării importante din punct de vedere clinic.
 - Acceptați că deformarea reziduală sau consolidarea vicioasă pot necesita o intervenție chirurgicală corectivă ulterioară.
 - b. Fracturi cu deplasare la încheietura mâinii la copii cu vârsta sub zece ani.
 - c. Fracturi de gleznă și antebraț fără deplasare.
 - d. Fracturi supracondiliene Gartland tipul 1 și 2.

Management operațional

Chirurgie de zi

6. Majoritatea copiilor care necesită un tratament operator pot avea o intervenție chirurgicală în sistem de internare de zi:
 - a. Reducerea luxațiilor articulare.
 - b. Fracturile cu afectare neurologică sau compromiterea țesuturilor moi care se rezolvă după tratament.
 - c. Fracturi peri-articulare.
 - d. Fracturi extra-articulare femurale la copii cu vârsta sub șase ani (imobilizare cu spică gipsată).
 - e. Fracturi de antebraț deplasate.

Managementul pacienților internați obligatoriu

7. Un număr mic de pacienți necesită tratament cu internare pentru anestezie și tratament chirurgical:

- a. Fracturi deschise (luați în considerare gipsul cu fereastră pentru pansamente ulterioare)
- b. Artrita septică și osteomielita cu colecție subperiostală.
- c. Fracturi femurale la copii cu vârsta peste 6 ani (osteosinteză chirurgicală).
- d. Fracturi articulare sau peri-articulare cu deplasare, incluzând fracturi supracondiliene tip 3 Gartland și epifizioliza femurului proximal (slipped upper femoral epiphysis).