

Conjunto mínimo común de datos del Registro Nacional de Fracturas de Cadera (10/2018)



1. Datos del paciente

| | | | |
|--|--------------------------|---|---------------------|
| 1.01 Consentimiento informado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 1.02 Número de registro* | 1.03 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | 1.04 Edad (años) |
| 1.05a Comunidad Autónoma* | 1.05b Código Postal | 1.06 Hospital* | |

2. Características del paciente

| | |
|---|--|
| 2.01 Lugar de residencia pre-fractura <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Residencia / Institucionalizado <input type="checkbox"/> Hospitalización aguda <input type="checkbox"/> Desconocido | 2.02 Movilidad pre-fractura <input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa, sin ayudas técnicas <input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa, con una ayuda técnica <input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa, con dos ayudas técnicas o un andador <input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa, sin ayudas técnicas <input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa, con una ayuda técnica <input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa, con dos ayudas técnicas o un andador <input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa, vigilado por una persona <input type="checkbox"/> Movilidad sólo dentro de casa, con pequeña ayuda de una persona <input type="checkbox"/> Movilidad sólo dentro de casa, con gran ayuda de una persona <input type="checkbox"/> Movilidad con 2 personas, o no movilidad <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 2.03 Valoración mental preoperatoria Pfeiffer __ /10 errores <input type="checkbox"/> No realizado / paciente se negó | 2.04 Categoría ASA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 2.05 Lado de la fractura <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho | 2.06 Fractura patológica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atípica <input type="checkbox"/> Malignidad <input type="checkbox"/> Desconocida |
| 2.07 Tipo de fractura <input type="checkbox"/> Intracapsular no desplazada <input type="checkbox"/> Intracapsular desplazada <input type="checkbox"/> Pertrocantérea <input type="checkbox"/> Subtrocantérea <input type="checkbox"/> Otra | 2.08 Tratamiento osteoprotector pre-fractura <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Se auto-rellena solo, si toma antirresortivos u osteoformadores en el momento de la fx) 2.08.a-e Si es "Sí", indicar tipo (puede marcar más de uno) <input type="checkbox"/> Antirresortivos <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Osteoformadores <input type="checkbox"/> Vitamina D <input type="checkbox"/> Otros |

3. Datos sobre el manejo agudo

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| 3.01 Fecha / hora de ingreso en urgencias ____/____/____ : ____ (D D / M M / A A A A) (H H / M M) (24 horas) | | | | |
| 3.02 Situación vital / mortalidad <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falleció pre-cirugía <input type="checkbox"/> Falleció en quirófano <input type="checkbox"/> Falleció post-cirugía | | 3.03 Cirugía realizada <input type="checkbox"/> Manejo no quirúrgico <input type="checkbox"/> Hemiartroplastia no cementada <input type="checkbox"/> Tornillos canulados <input type="checkbox"/> Prótesis total de cadera cementada <input type="checkbox"/> Tornillo deslizante de cadera <input type="checkbox"/> Prótesis total de cadera no cementada <input type="checkbox"/> Clavo intramedular <input type="checkbox"/> Hemiartroplastia cementada <input type="checkbox"/> Otros / desconocido | | |
| 3.04 Fecha / hora de cirugía primaria * ____/____/____ : ____ (D D / M M / A A A A) (H H / M M) (24 horas) | | 3.05 Demora quirúrgica (horas / fracción decimal) ____.____ horas (Se auto-rellena solo) | | |
| 3.06a Tipo de anestesia <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Neuroaxial <input type="checkbox"/> Otra regional <input type="checkbox"/> Desconocido | 3.06b Bloqueo anestésico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido | 3.07 Úlceras por presión intrahospitalarias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido | 3.08 Implicación de especialista clínico <input type="checkbox"/> Internista <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No visto <input type="checkbox"/> Geriatria y MI <input type="checkbox"/> Desconocido | 3.09 Se sentó el primer día postoperatorio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tratamiento no quirúrgico* |

* (Se auto-rellena solo, si en 3.03 se pone "Manejo no quirúrgico")

4. Datos al alta – ignorar 4.04 y 4.04.a-e si el paciente falleció en 3.02

| | |
|--|--|
| 4.01 Destino al alta | 4.02 Fecha / hora de alta de cuidados ortopédicos (de la hospitalización de agudos donde se intervino) |
| <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Unidad Recup. Funcional <input type="checkbox"/> Residencia / Institucionalizado <input type="checkbox"/> Fallecido* <input type="checkbox"/> Hospitalización agudos <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Hospital de Larga Estancia | ____ / ____ / ____ : ____ (D D / M M / A A A A) (H H / M M) (24 horas) |
| 4.03 Estancia hospitalaria (días / fracción decimal) | 4.04 Tratamiento osteoprotector al alta |
| __ __ días (Se auto-rellena sólo) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Se auto-rellena solo, si toma antirresortivos u osteoformadores) |
| | 4.04.a-e Si es "Sí", indicar tipo (puede marcar más de uno) |
| | <input type="checkbox"/> Antirresortivos <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Osteoformadores <input type="checkbox"/> Vitamina D <input type="checkbox"/> Otros |

* (Se auto-rellena solo, si en 3.02 se pone "Fallecido")

5. Seguimiento a los 30 días – ignorar si el paciente falleció en 3.02 o 4.01

| | |
|---|---|
| 5.01 Reingreso a los 30 días relacionado con la fractura de cadera | 5.02 Reintervención dentro de los 30 días postoperatorios (sólo la IQ más significativa) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí por causa médica <input type="checkbox"/> Sí por causa quirúrgica <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conversión a prótesis total de cadera <input type="checkbox"/> Reducción de prótesis luxada <input type="checkbox"/> Girdlestone / artroplastia de resección <input type="checkbox"/> Lavado o desbridamiento <input type="checkbox"/> Manejo de fractura periprotésica <input type="checkbox"/> Retirada de implante <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Revisión de fijación interna <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Conversión a hemiarthroplastia |
| 5.03 Vivo a los 30 días | |
| <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> Desconocido Si está vivo a los 30 días, rellenar 5.04 hasta 5.06 * (Se auto-rellena solo) | |
| 5.04 Movilidad a los 30 días | 5.05 Lugar de residencia a los 30 días |
| <input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa, sin ayudas técnicas <input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa, con una ayuda técnica <input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa, con dos ayudas técnicas o un andador <input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa, sin ayudas técnicas <input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa, con una ayuda técnica <input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa, con dos ayudas técnicas o un andador <input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa, vigilado por una persona <input type="checkbox"/> Movilidad sólo dentro de casa, con pequeña ayuda de una persona <input type="checkbox"/> Movilidad sólo dentro de casa, con gran ayuda de una persona <input type="checkbox"/> Movilidad con 2 personas, o no movilidad <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Residencia / Institucionalizado <input type="checkbox"/> Hospitalización agudos <input type="checkbox"/> Hospital de Larga Estancia <input type="checkbox"/> Unidad de Recuperación Funcional <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 5.06 Tratamiento osteoprotector a los 30 días fractura | 5.06.a-e Si es "Sí", indicar tipo (puede marcar más de uno) |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Se auto-rellena solo, si toma antirresortivos u osteoformadores) | <input type="checkbox"/> Antirresortivos <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Osteoformadores <input type="checkbox"/> Vitamina D <input type="checkbox"/> Otros |

6. Descarga al alta hospitalaria (nueva variable)

| |
|---|
| 6.01 Descarga |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

NOTAS

- Cada investigador que envíe los datos debe guardar una lista que relacione cada número de registro con el número de historia clínica del paciente.
- El número de registro, la Comunidad Autónoma y el número del hospital lo tiene que poner cada investigador en relación a su Hospital.
- Tened en cuenta las variables que se rellenan solas.