



## *Registro Nacional de Fractura de Cadera*

**Actividades y evolución del RNFC desde su inicio**, por dra. **Pilar Saéz**, coordinadora del Registro y Geriatra del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

**Resumen de la trayectoria del RNFC**, un grupo de trabajo abierto y experto, compuesto ya por más de 300 profesionales y de 91 hospitales, con 31.929 casos incluidos. Además, reconoce y agradece en primer lugar la participación de los profesionales y el apoyo de las sociedades científicas y empresas colaboradoras, especialmente menciona el apoyo del Ministerio de Sanidad en la organización de la reunión. Comenta la actividad creciente y los premios recibidos, así como las becas competitivas concedidas. Concluye con un resumen de las fortalezas del registro, destacando su papel como fuente de conocimiento para los profesionales, pacientes, gestores, y comunidad científica. Por último, solicita ayuda y un reconocimiento por parte del Ministerio de Sanidad para asegurar la continuidad del registro.

**Estudio de variabilidad de los resultados del RNFC**, por **Paloma Gómez Campelo**, la subdirectora del Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz.

Describe las principales variables del registro, distribuidos en diferentes niveles: paciente, hospital, y por comunidad autónoma. Destaca la relevancia de mirar los datos de otra manera, aunque está pendiente de realizar análisis más profundos.

**Resultados de los estándares de calidad antes y después de la intervención**, por el dr. **Juan I. González**, jefe de servicio de Geriátrica del Hospital La Paz y director del Grupo de Envejecimiento y Fragilidad del Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz.

Comenta la evolución de los indicadores de calidad propuestos, ante la gran variabilidad de nuestros datos, con unos resultados muy interesantes. También compara nuestro registro con otros registros recientes. Aunque hemos mejorado claramente en algunos indicadores, encontramos áreas de mejora especialmente en la demora quirúrgica. Finaliza con varias propuestas para la mejora continua de nuestra actividad con pacientes mayores con fractura de cadera.

**Investigación clínica sobre envejecimiento**, Utilidad de los registros para investigación sobre práctica clínica habitual, por Dña. **M<sup>a</sup> Jesús Lamas Díaz**, directora de la Agencia Española de Medicamentos.

Comenta la misión de los registros como medio para asegurar la salud pública y el papel de los datos de vida real (big data) en la generación de conocimiento, en su caso sobre los medicamentos. Explica varios retos, comunes con las dificultades del RNFC, como son: la historia clínica no diseñada para la investigación, las diferencias entre las comunidades autónomas, la variabilidad en los hábitos de registro por parte del personal sanitario y la escasa flexibilidad del software informático. Finaliza exponiendo los nuevos escenarios donde desarrollar una plataforma sostenible para acceder y analizar los datos.



## Registro Nacional de Fractura de Cadera

### Mesa 2

Análisis del RNFC por Comunidades Autónomas, por dr. **Pablo Castillón**, Traumatólogo del Hospital Mutua Tarrasa.

Comenta los datos, destacando la variabilidad clínica en algunas variables, distribuidas por las comunidades autónomas. Recomienda estudiar estas diferencias y continuar mejorando, porque esperamos vivir “mucho y bien”.

Debate entre ponentes y responsables de asistencia sanitaria de Comunidades Autónomas, por:

- **Sebastiá Santauegénia González** - Director del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i del Pla Director Sociosanitari en Departament de Salut. Generalitat de Catalunya
- **Isabel López San Román** - Directora de Hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

• **Alberto Pardo Hernández** - Subdirector General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria Dirección General Humanización y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad, Comunidad

En un debate moderado por el dr. **Ricardo Larrainzar**, se manifiesta que aunque la variabilidad clínica no sea un problema específico, sí que supone un problema que afecta a gran número de pacientes. Resumen entre todos las diferentes causas: diferente abordaje profesional (diferentes escuelas), diferentes escenarios (diferentes hospitales), la planificación sanitaria y la dificultad operativa. Coinciden en que la meta fundamental sea normalizar los indicadores, establecer objetivos comunes, saber qué queremos medir y especialmente “medir todos los mismo”. Recomiendan que las iniciativas deben salir de los profesionales, ya que todos los retos suponen un cambio organizativo.

### Mesa 3

Perspectivas de futuro en los Registros internacionales de fracturas de cadera y posibilidad de un registro común.

- **Emer Ahern**, Geriatra, Hospital Universitario de Cork, Irlanda; Corrdinadora, Grupo de Trabajo Registros de Cadera, Fragility Fracture
- **David Marsh** - Profesor Emérito de Traumatología, University College London; Coordinador, Comité de Regionalización, Fragility Fracture Network
- Dr.-Ing. **Christine Höfer** - Coordinadora, Registro de Fracturas en Ancianos, Sociedad Alemana de Traumatología - Academia de Traumatología

Los participantes comentan sus diferentes experiencias laborales y las peculiaridades de sus ámbitos de trabajo. Aseguran que ante la inmensa variabilidad, ya sabemos qué hay que hacer: asegurar la buena calidad de los datos, la comparación de los hospitales, y generar unos buenos indicadores de calidad en la atención a los pacientes mayores con fractura de cadera. Destacan además la importancia de utilizar bien los datos de los registros, de los que ya conocemos por nuestra experiencia clínica.

En la reunión de la tarde se comentaron los diferentes subgrupos de trabajo y su evolución.

**PROGRAMA GRUPO DE TRABAJO RNFC 21Febrero (tarde)**

1. Repaso de la evolución de los sub-proyectos
  - a. Deterioro cognitivo. **J. Mora** presenta los resultados sobre la diferente evolución de los pacientes con deterioro cognitivo
  - b. Residencias. **Peggy Rios** presenta la diferente evolución y asistencia de los pacientes procedentes de residencia
  - c. Demora quirúrgica. **C. Cassinello** comenta algunos resultados del análisis sobre demora quirúrgica
  - d. Mortalidad. **P. Sáez** anuncia el análisis de mortalidad a 30 días ya iniciado por parte de J Sanz
  - e. Centenarios. **C. Bermejo** comenta los datos preliminares sobre la evolución de los pacientes centenarios
  - f. Fx subtrocantereas. **C. Cervera** comenta algunos datos del estudio comparativo entre fracturas per y subtrocantéreas
  - g. De 65 a 75. **R. Larrainzar** comenta que está en marcha la recogida de datos de este grupo de población
  - h. Estudio de pérdida funcional. **P. Sáez** comenta que se ha finalizado el análisis sobre deterioro de la deambulación a 30 días.
  - i. Fracturas bilaterales. **N. Montero** comenta que próximamente se organizará el grupo de trabajo de fracturas bilaterales para coordinar el trabajo
2. Aplicación para base de datos (REDCap) **Paloma G. Campelo** y **Jesús Mora** presentan esta aplicación y comentan la posibilidad de utilizarla en el RNFC.
3. Proyecto estudio de los modelos ortogeriátricos y FLS en Cataluña-Fem Catalonia. **JM Cancio** presenta que en Cataluña van a clasificar las distintas unidades según el grado de colaboración ortogeriátrica y según disponibilidad de FLS para poder interpretar mejor los datos. Nos comunicarán sus resultados
4. Se plantea la posibilidad de liderar grupos de trabajo para revisión de temas concretos y publicar recomendaciones. Se enviará a todos los participantes en el RNFC una base de datos donde se pueden apuntar al grupo de trabajo que deseen y manifestar si optarían por coordinar dicho grupo o no.
  - a. Osteoporosis
  - b. Nutrición
  - c. Tipo de Anestesia y Bloqueos
  - d. Enfermedad tromboembólica perioperatoria
  - e. Manejo de anticoagulantes y antiagregantes en periodo perioperatorio
  - f. Dolor
  - g. Indicación, ventajas e inconvenientes de cada tipo de implante
  - h. Manejo de la anemia perioperatoria
  - i. Grupo recuperación funcional

5. Se comenta la posibilidad de coordinación con los Hospitales de Media Estancia y grandes residencias para el RNFC (establecer una fórmula sencilla de comunicación para participar en el RNFC y enviar los datos) Se comenta que podrían participar en posibles estudios futuros sobre el perfil de pacientes que utilizan estos recursos y su evolución (Los compañeros de estos centros que deseen participar en el RNFC podrán ponerse en contacto con la secretaria técnica BSJ y se puede organizar la forma de aportación de información sobre los casos incluidos).

6. Se informa sobre la posibilidad de estudio transversal sobre fármacos potencialmente inadecuados en nuestros pacientes para validar la lista española recientemente publicada. Para ello, la Dra Magali Gonzalez plantea un proyecto de participación voluntaria por parte de los hospitales que lo deseen y precisaría que se envíe pantallazo o foto de la medicación en el momento del alta y de la última analítica antes del alta, de una muestra aproximada de 300 pacientes

7. **C. Cassinello** aporta Información sobre estudio Messhia (Insuficiencia Cardíaca y Fractura de cadera relacionado con la utilidad de los péptidos BNP)

8. **C. Cervera** presenta un proyecto de participación voluntaria para inicio de un registro de fracturas peri-implante. Para ello propone modificación de algunas de las variables. Se comenta que hay una propuesta desde la FFN sobre el mismo tema y también se comenta la oportunidad de iniciar este proyecto voluntario en el contexto del grupo de trabajo RNFC.

9. Se comenta las nuevas colaboraciones:

- a. *Alicia Gutiérrez* de la Universidad Autónoma de Madrid
- b. M Preventiva de la URJC
- c. Ingeniería Informática de la URJC

10. Finalmente, por error no se habló de la posibilidad de pequeño cambio en la base de datos para distinguir si fallecen antes de la cirugía pero con cirugía prevista y programada o fallecen pacientes que ingresan muy mal y no estaba previsto ni la intervención...y se planteará próximamente