

### 1. Datos del paciente

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

### 2. Características del paciente

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| 2.01 Lugar de residencia pre-fractura<br><input type="checkbox"/> Domicilio<br><input type="checkbox"/> Residencia /Institucionalizado<br><input type="checkbox"/> Hospitalización aguda<br><input type="checkbox"/> Desconocido | 2.02 Movilidad pre-fractura<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa sin ayudas técnicas<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa, con una ayuda técnica<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa con dos ayudas técnicas o andador<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa sin ayuda técnica<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa con una ayuda técnica<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa con dos ayudas técnicas o andador<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa vigilada de persona<br><input type="checkbox"/> Movilidad sólo dentro de casa, con pequeña ayuda de una persona<br><input type="checkbox"/> Movilidad sólo dentro de casa, con gran ayuda de una persona<br><input type="checkbox"/> Movilidad con dos personas, o no movilidad<br><input type="checkbox"/> Desconocido |   |  |
| 2.03 Valoración mental preoperatoria<br>Pfeiffer __ /10 errores (de 0 a 10)<br><input type="checkbox"/> No realizado / paciente se negó  | 2.03a Delirium al ingreso <sup>(1)</sup><br><input type="checkbox"/> >= 4 <input type="checkbox"/> 1 – 3 <input type="checkbox"/> 0   |   |  |
| 2.04 Categoría ASA<br><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V<br><input type="checkbox"/> Desconocido                         | 2.05 Lado de la fractura<br><input type="checkbox"/> Izquierdo<br><input type="checkbox"/> Derecho  |   |  |
| 2.06 Fractura patológica<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Malignidad<br><input type="checkbox"/> Atípica<br><input type="checkbox"/> Desconocida   | 2.07 Tipo de fractura<br><input type="checkbox"/> Intracapsular no desplazada (Las fracturas basicervicales se clasificarán como petrocantéreas)<br><input type="checkbox"/> Intracapsular desplazada<br><input type="checkbox"/> Petrocantérea<br><input type="checkbox"/> Subtrocantérea<br><input type="checkbox"/> Otra   |   |  |
| 2.08 Tratamiento osteoprotector pre-fractura<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |   |   |  |
| 2.08.a-e Si es "Sí", indicar tipo (puede marcar más de uno)  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Antirresortivos<br><input type="checkbox"/> Osteoformadores   |   | <input type="checkbox"/> Calcio<br><input type="checkbox"/> Vitamina D<br><input type="checkbox"/> Antirresortivo + Osteoformador |  |

<sup>(1)</sup> Diagnóstico según test 4AT-ES

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

|   |
|---|
| 3.10 Descarga   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

|   |   |
|---|---|
| 3.11 Delirium en el primer día postcirugía <sup>(1)</sup>                                     | 3.12 Diagnóstico de Desnutrición <sup>(2)</sup>   |
| <input type="checkbox"/> >= 4<br><input type="checkbox"/> 1 – 3<br><input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Moderada<br><input type="checkbox"/> Severa |


<sup>(1)</sup> Diagnóstico según test 4AT-ES

<sup>(2)</sup> Diagnóstico según Criterios GLIM

### 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<br><input type="checkbox"/> Residencia /<br>Institucionalizado <input type="checkbox"/> Fallecido<br><input type="checkbox"/> Hospitalización agudos <input type="checkbox"/> Desconocido<br><input type="checkbox"/> Hospital de Larga<br>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 <b>(Se calcula sólo)</b>  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |
|   | 4.04.a-e Si es "Sí", indicar tipo (puede marcar más de uno)  |
|   | <input type="checkbox"/> Antirresortivos <input type="checkbox"/> Calcio<br><input type="checkbox"/> Osteoformadores <input type="checkbox"/> Vitamina D<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antirresortivo +<br><input type="checkbox"/> Osteoformador |

### 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<br><input type="checkbox"/> Sí por causa médica<br><input type="checkbox"/> Sí por causa quirúrgica<br><input type="checkbox"/> Desconocido  |  | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Reducción de prótesis luxada<br><input type="checkbox"/> Lavado o desbridamiento<br><input type="checkbox"/> Retirada de implante<br><input type="checkbox"/> Revisión de fijación interna<br><input type="checkbox"/> Conversión a hemiartroplastia |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Conversión a prótesis total de cadera<br><input type="checkbox"/> Girdlestone / artroplastia de resección<br><input type="checkbox"/> Manejo de fractura periprotésica<br><input type="checkbox"/> Otros<br><input type="checkbox"/> Desconocido                                    |  |
| 5.03 Vivo a los 30 días  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido<br><input type="checkbox"/> Sí  |  | <b>Si está vivo a los 30 días, rellenar de 5.04 hasta 5.06</b>    |  |
| 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<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa, con una ayuda técnica<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente dentro y fuera de casa con dos ayudas técnicas o andador<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa sin ayuda técnica<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa con una ayuda técnica<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa con dos ayudas técnicas o andador<br><input type="checkbox"/> Movilidad independiente sólo dentro de casa vigilada de persona<br><input type="checkbox"/> Movilidad sólo dentro de casa, con pequeña ayuda de una persona<br><input type="checkbox"/> Movilidad sólo dentro de casa, con gran ayuda de una persona<br><input type="checkbox"/> Movilidad con dos personas, o no movilidad<br><input type="checkbox"/> Desconocido |  |  | <input type="checkbox"/> Domicilio<br><input type="checkbox"/> Residencia /Institucionalizado<br><input type="checkbox"/> Hospitalización agudos<br><input type="checkbox"/> Hospital de Larga Estancia<br><input type="checkbox"/> Unidad de Recuperación Funcional<br><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  |  | <input type="checkbox"/> Antirresortivos <input type="checkbox"/> Calcio<br><input type="checkbox"/> Osteoformadores <input type="checkbox"/> Vitamina D<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antirresortivo + Osteoformador   |  |

#### \*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 debe ser único y no repetirse nunca.
- El número de registro, la Comunidad Autónoma y el número del hospital lo tiene que poner cada investigador en relación a su Hospital.
- Para una correcta recogida de datos consultar el documento: "Descripción variables RNFC 2022"