

Instrucciones para cumplimentar el documento de Recogida de datos y descripción de las variables de los análisis estadísticos del RNFC

Descripción de las variables en el mismo orden que aparecen en la hoja de recogida de datos

Diciembre 2022

Jesús Mora (Hospital Clínico San Carlos- Madrid)
Raquel Váñez Romero (Hospital Central de la Defensa-Madrid)
Pilar Sáez López (Hospital Universitario Fundación Alcorcón- Madrid)
Laura Navarro Castellanos (Data Manager del RNFC)

Introducción

En una primera parte del documento, se describirán las variables en el mismo orden en el que aparecen enumeradas en la hoja del EXCEL para su cumplimentación para el envío de los datos y análisis estadístico.

En una segunda parte (*Anexo I*), se incluye la descripción de tres variables “nuevas” que se han introducido en los últimos informes para las que **NO** es necesario recoger más campos de información ya que se obtienen realizando cálculos a partir de los datos ya disponibles.

Consideraciones previas:

Se considerarán Casos para el registro:

- Fracturas primarias del extremo proximal del hueso del fémur de bajo impacto (subcapitales, pertrocantéreas/basicervicales, persubtrocantéreas) en pacientes de 75 años o más.
- Ocurridas en nuestro ámbito próximo.
- Trasladas a nuestro centro para intervención por pertenecer a la zona sanitaria.
- Fracturas no intervenidas en un primer ingreso por no considerarse necesario y que ahora son reingresadas para cirugía diferida (tratamiento conservador inicial). En este caso se completa el primer ingreso indicando manejo no quirúrgico y se hace constar Reingreso quirúrgico en el punto relacionado con la fractura de cadera (5.01). La causa más común es la subcapital no desplazada, que se desplaza a posteriori; en el punto 5.02 habría que elegir la opción conversión a hemiartroplastia.

No se considerarán casos:

- Fracturas periprotésicas o periclavo
- Fracturas acetabulares
- Fracturas de tercio proximal de fémur producidas por un mecanismo de alta energía (atropello)
- Fracturas del tercio medio o distal de fémur
- Fracturas de cadera intervenidas en otro centro y que sean derivados a nuestro hospital por pertenecer a nuestra zona sanitaria de influencia para la convalecencia, salvo que exista acuerdo entre ambos centros.

A continuación se van a describir todas las variables ordenadas según aparecen en la hoja de recogida de datos. **Aparecerán resaltados en el documento aquellos puntos que en la hoja de recogida deben estar cumplimentados obligatoriamente** para que el registro sea válido.

1.01 Consentimiento Informado (CI)

En algunos hospitales su CEIM ha aprobado la exención del consentimiento firmado para la inclusión de los datos anonimizados de los pacientes, por lo que en esos centros no es necesario dicho trámite.

En los casos en los que no se ha pedido o no se ha aceptado la exención del consentimiento por el CEIM, es imprescindible la firma para que los datos pasen a formar parte de la base.

Es recomendable comentar verbalmente con el mismo el objeto de su uso y señalar un lugar visible para que después otorgue su firma para hacer completamente válido el documento.

Debe aparecer como “SI” en la hoja de recogida de datos.

Para los pacientes que NO firman el consentimiento, se debe recoger las siguientes variables: Edad, sexo, fecha ingreso y hora, fecha de cirugía y hora, fecha de alta y hora, diagnóstico y mortalidad hospitalaria. Son datos correspondientes al CMBD que, al estar obligatoriamente cedidos por el paciente, no vulneran la normativa sobre confidencialidad. Estos datos son necesarios para dar validez al Registro.

No obstante, en las primeras oleadas de datos 2017-18 el técnico estadístico ha optado por la exclusión sistemática de los datos de estos pacientes pero esta información NO sale en los informes publicados. (Se analiza edad y sexo por tener orientación sobre si las características de los pacientes que no consienten son similares).

EN LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS NO SE INCLUYEN los casos sin consentimiento informado, excepto en los hospitales que se ha aceptado la exención del mismo.

1.02 Número de Caso en el Registro

Es el número que se empleará para identificación de cada paciente que debe ser usado para remitir los datos del paciente al estadístico que analiza los resultados y que nunca debe coincidir con el de su historial clínico u otro dato personal identificativo.

Para remitir las oleadas de datos, se respetará el orden de casos consecutivos en cada hospital para así poder controlar todos los pacientes sin pérdidas. El cambio de año natural no implica comenzar nuevamente “desde el 1”. Cuando haya un paciente incompleto, se permite reservar para una siguiente oleada.

1.03 Sexo

Género del paciente (Masculino/Femenino)

1.04 Edad

Hay que anotar la edad del paciente (años cumplidos) en el momento de su admisión al hospital por el diagnóstico de fractura de cadera confirmada con la fecha de nacimiento para evitar el redondeo que realizan los sistemas informáticos de manera automática.

1.05a Comunidad Autónoma del hospital que recoge los datos según el código aportado por la Data Manager

1.05 b Código postal del hospital

1.06 Hospital

A la hora de la interpretación de los resultados tendremos otra variable referente al código del hospital. La responsable estadística, enviará a cada hospital el Excel común con una variable añadida con el código del hospital, por lo que esta no habrá que rellenarla. El código será un número y cada hospital tendrá el suyo propio.

2.01 Lugar de residencia

Se especificará cual es el lugar de residencia “habitual” del paciente con independencia del lugar y momento de la fractura.

- Domicilio habitual: Incluye esta opción el domicilio vacacional, el domicilio de familiares aunque no sea el propio o las que se producen circunstancialmente en residencias para “descanso del cuidador” siempre que no sea su domicilio habitual.
- Residencia/Institucionalizado: Si el paciente reside en una institución (residencia) de forma habitual y no como “descanso del cuidador”
- Hospitalización aguda: Si la caída y la fractura se producen mientras permanece hospitalizado entonces se hará constar “hospitalización aguda”. También debe incluirse en este apartado cuando la fractura se produce en un hospital con fines de Rehabilitación, “Unidad de Recuperación Funcional”, “Convalecencia”
- Desconocido

Mención especial requieren los traslados interhospitalarios que, cuando se registren, debe constar como procedencia **“hospitalización aguda”**:

- Hospital que interviene participa en el registro y se traslada a otro centro que no participa para convalecencia: se recogen todas las variables relacionadas con el manejo quirúrgico, con destino al alta “hospital de agudos”. Realizamos el seguimiento a 30 días.
- Hospital que interviene no participa en el registro y se traslada a otro participante: no debería incluirse en el registro, **salvo acuerdo entre ambos hospitales**.
- Si el traslado se produce entre 2 centros que están participando en el Registro, se recomienda realizar comunicación intercentro para evitar duplicidades.

2.02 Movilidad previa a la fractura

Escoja la descripción que mejor se ajuste a la movilidad que el paciente tenía antes de sufrir la fractura.

Se amplían los ítem de esta variable para poder recodificarlo a la FFN y al FAC

- Movilidad independiente dentro y fuera de casa sin ayudas técnicas
- Movilidad independiente dentro y fuera de casa, con una ayuda técnica
- Movilidad independiente dentro y fuera de casa con dos ayudas técnicas o andador
- Movilidad independiente sólo dentro de casa sin ayuda técnica
- Movilidad independiente sólo dentro de casa con una ayuda técnica
- Movilidad independiente sólo dentro de casa con dos ayudas técnicas o andador
- Movilidad independiente sólo dentro de casa vigilada de persona
- Movilidad sólo dentro de casa, con pequeña ayuda de una persona
- Movilidad sólo dentro de casa, con gran ayuda de una persona
- Movilidad con dos personas, o no movilidad
- Desconocido

Para simplificar esta variable se resume en estas cuestiones:

- Ayudas técnicas si/no
- Fuera/dentro de casa
- Y anotar la mejor situación, es decir es mejor con bastón fuera que sin ayuda en casa

2.03 Valoración Mental Preoperatoria. Test de Pfeiffer

Evalúa el estado cognitivo del paciente en el momento de su administración. Consta de 10 preguntas que se realizan previos a la intervención quirúrgica. Puntúan los errores. Se plantea intentar pasar el Pfeiffer en el momento más cercano a la situación cognitiva basal del paciente. Puede ser recogido por cualquier miembro del equipo interdisciplinar (enfermería, terapeutas, médicos).

Test de Pfeiffer traducido y validado al castellano:

1. ¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
7. ¿Quién es el actual presidente del Gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?
9. Dígame el primer apellido de su madre
10. Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente hasta llegar a 0

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

2.03 a Valoración Síndrome Confusional Agudo Preoperatorio y a las 24h postoperatorio. Test 4AT-ES

Se debe pasar en el momento de la primera valoración del paciente.

El 4AT-ES es un instrumento de cribado, diseñado para una evaluación inicial rápida y sensible de deterioro cognitivo y delirium.

Consta de 4 ítems:

[1] NIVEL DE CONCIENCIA

Este ítem se aplica en pacientes que pueden presentar marcada somnolencia (por ejemplo, dificultad para despertarse y/o con somnolencia evidente durante la evaluación) o agitados/hiperactivos. Observe al paciente. Si está dormido, intente despertarlo hablándole o tocándolo ligeramente el hombro. Pida al paciente que diga su nombre y dirección para ayudar a establecer la puntuación.

- Normal (totalmente alerta, pero no agitado, durante la evaluación) 0
- Somnolencia leve durante <10 segundos tras despertarse, luego normal 0
- Claramente anormal 4

[2] AMT4

Edad, fecha de nacimiento, lugar (nombre del hospital o edificio), año actual.

-Sin errores 0

- 1 error 1
- 2 o más errores/imposible de evaluar 2

[3] ATENCIÓN

Diríjase al paciente y pídale lo siguiente: “Por favor dígame los meses del año en orden inverso, empezando por diciembre.” Para ayudar a la comprensión inicial está permitido preguntar “¿Cuál es el mes anterior a diciembre?”

- Meses del año en orden inverso Logra decir 7 o más meses correctamente 0
- Logra decir menos de 7 meses / se niega a comenzar 1
- Imposible de evaluar (debido a malestar, somnolencia, falta de atención) 2

[4] CAMBIO AGUDO O CURSO FLUCTUANTE

Evidencia de un cambio significativo o fluctuación en: nivel de conciencia, cognición, otra función mental (Por ejemplo: paranoia, alucinaciones) durante las últimas 2 semanas y que se mantiene en las últimas 24 horas

- No 0
- Sí 4

PUNTUACIÓN TOTAL 4AT-ES: **4 o más**: posible delirium +/- deterioro cognitivo **1-3**: posible deterioro cognitivo

0: delirium o deterioro cognitivo poco probables (pero la presencia de delirium es aún posible si la información [4] no es completa)

2.04 Estadío ASA (Physical Status Classification System)

En la mayoría de los pacientes intervenidos, esta clasificación estará recogida en la Historia de Anestesia. Si el paciente no es intervenido o no aparece el dato en la historia quirúrgica, se puede calcular por cualquier clínico siguiendo estas indicaciones de la FFN con algo de entrenamiento.

ASA Physical Status 1 – Paciente sano

Sin comorbilidad clínica relevante. Sin datos relevantes en la historia clínica actual o pasada

ASA Physical Status 2 – Paciente con enfermedad sistémica leve

Presencia de síntomas sugerentes de angor menos de una vez por semana

Hipertensión tratada con monoterapia

Diabetes mellitus bien controlada (al menos una revisión anual pero sin estar en control por consultas de diabetes)

Asma controlada con inhaladores

ASA Physical Status 3 – Paciente con enfermedad sistémica grave

Síntomas sugerentes de angor más de una vez por semana

Hipertensión que requiere más de un fármaco para su control

Manifestaciones orgánicas de diabetes mellitus como insuficiencia renal o daño circulatorio

Asma que requiere frecuentes hospitalizaciones

Enfermedad respiratoria crónica (OCFA) en un grado que causa disnea para subir un tramo de escaleras

Cualquier valor elevado de creatinina de al menos 200 micromol/L (2,25 mg/dL) excluyendo situaciones agudas de deshidratación

ASA Physical Status 4 – Paciente con enfermedad sistémica grave que supone amenaza constante para la vida del paciente

Aquel paciente cuyo médico no se sorprende si fallece en cualquier momento debido a sus condiciones médicas.

Los pacientes con cirrosis avanzada que necesitan restricciones dietéticas o medicación permanente se incluyen en este grado.

ASA Physical Status 5 – Paciente moribundo que no se espera sobreviva con o sin la realización de la intervención

Es cuestionable si los pacientes que pertenecen a este grado deben ser sometidos a cirugía por fractura de cadera, pero de todos modos han de ser incluidos en la base de datos.

<http://www.asahq.org/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.aspx>

aspx

2.05 Lado afectado por la fractura

Elegir izquierdo o derecho. Si el paciente sufre fractura simultánea de ambas caderas, se realizan dos registros, uno por cada fractura.

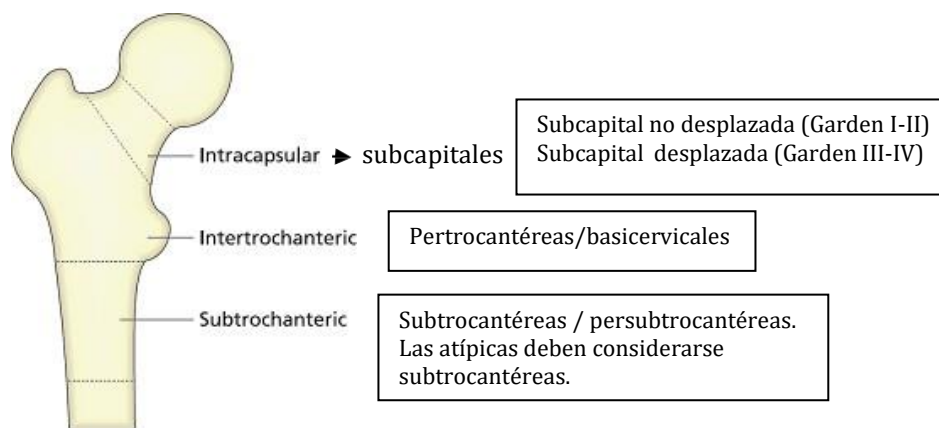
2.06 Fracturas patológicas

- No
- Malignidad
- Atípica
- Desconocida

Elegir “Malignidad” solamente si se puede asegurar que la fractura asienta sobre una lesión tumoral primaria o metastásica ósea.

Elegir “Atípica” solamente si se trata de una fractura transversal femoral, con una espina cortical medial no habitual (se debe elegir en este caso fractura subtrocantérea en la variable “Tipo de Fractura”). Es el único caso en el que se admite incluir una fractura que involucre a la diáfisis del fémur.

2.07. Tipo de fractura



2.08 Medicación protectora ósea previa a la fractura

La medicación Osteoprotectora (Si/No) se rellenará de forma automática en la hoja Excel en función de lo que se conteste sobre lo que el paciente esté tomando: fármacos antiresortivos (bifosfonatos/denosumab) y osteoformadores (teriparatida) en el momento de la fractura. Se responderá Sí/No a cada grupo de fármacos. Los tratamientos pasados y no activos deben considerarse como NO. Se puede marcar más de una opción.

- 2.08a Antirresortivos (bifosfonatos/denosumab) si/no
- 2.08b Osteoformadores si/no
- 2.08c Calcio si/no
- 2.08d Vitamina D si/no
- 2.08e Antirresortivo + Osteoformador (dual: Romosozumab) si/no

3.01 Fecha y hora de admisión en Urgencias

Debe recogerse la fecha y hora de ingreso en Urgencias en formato digital 24 horas. La hora introducida debe estar contenida entre los valores 00:00 y 23:59.

Algunas de las fracturas se producen en día distinto al del ingreso o en circunstancias poco habituales:

- Fractura en otra comunidad/hospital y traslado a nuestro centro. Se debe anotar la hora de ingreso en el primer centro. Como en la procedencia aparece hospital de agudos, de ahí ya se obtiene la información de que no viene de su domicilio y explica la demorar por el traslado.
- Fracturas en otro servicio o unidad del propio hospital (por ej: paciente que se cae en el Servicio de Neurología mientras permanece ingresado). Se hará constar la fecha y hora de diagnóstico radiológico por parte del Traumatólogo.

- Fracturas con edad indeterminada. Sospecha clínica de fractura antes del ingreso definitivo. Se recomienda tomar como fecha y hora la de diagnóstico en Urgencias
- Hay fracturas parciales que pasados los días se presentan como fractura completa. Hay dos supuestos:
 - 1- **Fractura subcapital no desplazada que se deja con tto conservador:** Fecha la del primer ingreso con manejo no quirúrgico y si vuelve reingreso quirúrgico: conversión a hemiartroplastia.
 - 2- **Paciente en que no se ve la fractura y que vuelve horas o días después:** poner la fecha en la que se diagnostica

3.02 Estado vital / Mortalidad

Indicar si el paciente ha fallecido durante su estancia en el hospital

- **Vivo:** el paciente que ha sido intervenido y dado de alta (todos los datos del campo de "Intervención" y del ingreso han de ser completados)
- **Fallecido pre-intervención:** el paciente fallece antes de la intervención (los datos del campo "Intervención" no se completan)
- **Fallecido en quirófano:** fallecimiento que se produce en cualquier momento desde la inducción anestésica hasta la salida del paciente del quirófano (se deben completar la fecha y hora de inducción, tipo de anestesia e implante si procede y fecha y hora de fallecimiento)
- **Fallecido post-intervención:** el paciente fallece durante o tras ser realizada la intervención (los datos del campo "Intervención" deber ser completados, pero no del seguimiento. Destino al alta fallecido con fecha y hora del éxitus).

El "Estado vital a los 30 días" (5.03) se autocompletará en la hoja Excel como NO si se produce fallecimiento durante el ingreso.

3.03 Tipo de Intervención Quirúrgica

Se debe elegir una de las opciones recogida en la información del quirófano (protocolo de intervención) habitualmente

- Manejo no quirúrgico
- Tornillos canulados
- Tornillo deslizante de cadera
- Clavo intramedular
- Hemiartroplastia cementada
- Hemiartroplastia no cementada
- Prótesis total de cadera cementada
- Prótesis total de cadera no cementada
- Otros/desconocido

(Si el paciente fallece antes de la intervención quirúrgica, se ha decidido dejar la respuesta 3.03 en blanco).

3.04 Fecha y hora de la intervención

Introducir la fecha (dd/mm/aaaa) y la hora de intervención desde el momento de la inducción anestésica en formato reloj digital 24 horas. La hora introducida debe estar contenida entre los valores 00:00 y 23:59. Si no se interviene el paciente, este campo se dejará en blanco.

Si sólo se puede recoger el momento de la incisión, también se considera un dato válido

(Si fallece antes de la intervención según la variable 3.02, este campo no habrá que completarlo)

3.05 Tiempo desde el ingreso hasta la intervención quirúrgica “Demora Quirúrgica” (en horas)

Se calculará automáticamente en la hoja de Excel.

Fórmula: [(fecha cirugía + hora cirugía) – (fecha ingreso + hora ingreso)] * 24

3.06a Tipo de Anestesia

GA: *General*

SA: *Neuroaxial*

Si un paciente se inicia con anestesia espinal y se tiene que convertir a general, entonces se selecciona general (GA).

Otra Regional

Desconocido

(Si fallece antes de la intervención según la variable 3.02, este campo no habrá que completarlo)

3.06b Bloqueo anestésico:

Sí/No/Desconocido

(Si fallece antes de la intervención según la variable 3.02, este campo no habrá que completarlo)

3.07 Úlceras por Presión grado II si se han desarrollado a lo largo del ingreso

Sí/No/Desconocido

Se seleccionará la opción “Sí” solamente si el paciente ha desarrollado alguna lesión por presión de al menos grado 2 durante el ingreso. No se hace constar casos en los que la úlcera fuese anterior al ingreso. Se considera la siguiente clasificación según la página

<http://www.epuap.org/guidelines>

Grado	Breve descripción	Definición
Grado1	Eritema que no blanquea a la presión y asienta sobre piel sana	Cualquier decoloración de la piel, aumento de temperatura, edema o induración pueden ser empleados como indicadores, sobre todo en sujetos con pigmentación más oscura
Grado2	Ampolla	Pérdida de espesor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. La lesión es superficial y se puede presentar como abrasión o como ampolla
Grado3	Úlcera superficial	Pérdida total de la continuidad de la piel dañando o necrosando el tejido subcutáneo en profundidad sin alcanzar la fascia subyacente
Grado4	Úlcera profunda	Destrucción extensa de los tejidos con necrosis y daño muscular, óseo o de sus estructuras anexas; con o sin pérdida de sustancia de la piel

3.08 Presencia de especialista clínico

Precisar si algún médico no traumatólogo ha estado implicado en la evaluación y control del paciente durante la fase aguda de ingreso. Marcar la opción que más se ajuste:

- *Internista*
- *Geriatra*
- *Otros*
- *No visto*: elegir esta opción sólo si el paciente no ha sido valorado por ningún especialista aparte de Traumatología.
- *Geriatra y MI*: elegir esta opción en aquellos casos en los que sea visto por ambos especialistas durante el ingreso con seguimiento clínico (**no se considera si es una visita puntual**)
- *Desconocido*

3.09 Primer día de movilización

El paciente que “ha iniciado movilización” es que se sienta o levanta de la cama. Se elige la respuesta “Sí” si lo logra el mismo día de la intervención o al día siguiente. En caso de no intervención (opción Manejo no quirúrgico en la variable 3.03) elegir la opción “Tratamiento no quirúrgico”.

3.10 Descarga (SI/NO): se marcará SI en aquellos casos en los que figure la indicación de mantener en descarga el miembro inferior intervenido por parte del servicio de Traumatología. También se considera descarga aquellos casos en la que esté ocasionada por otro motivo distinto a la cadera (por ejemplo fractura de calcáneo ipsilateral). Se admite cualquier situación que obligue a mantener en descarga al paciente.
(Si fallece antes de la intervención según la variable 3.02, este campo no habrá que completarlo)

3.11 Delirium a lo largo del ingreso.

Se vuelve a realizar el test 4 AT-ES como se describe en el punto **2.03a**.
Si es operado: preferentemente se pasaría después de la operación.
Si es fallecido en la variable 3.02 Situación vital / mortalidad: se rellena si se dispone del dato del 4AT posterior a la intervención y previo al fallecimiento.

3.12 Diagnóstico de Desnutrición

A lo largo del ingreso se realizará una valoración nutricional y se utilizarán los criterios GLIM. Para establecer el diagnóstico de Desnutrición hacen falta al menos un criterio fenotípico y uno etiológico.

En la base de datos se completará la Desnutrición:

- NO
- Moderada
- Severa
- Desconocido

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN					
GLOBAL LEADERSHIP INITIATIVE ON MALNUTRITION (GLIM) WORKING GROUP					
1 CRITERIO FENOTÍPICO + 1 CRITERIO ETIOLÓGICO= DIAGNÓSTICO DESNUTRICIÓN					
SEVERIDAD	CRITERIO FENOTÍPICOS			CRITERIOS ETIOLÓGICOS	
	PÉRDIDA PESO (%)	INDICE MASA MUSCULAR (IMC) Kg/M ²	MASA MUSCULAR*	INGESTA/ABSORCIÓN ALIMENTARIA ALTERADA	INFLAMACIÓN
MODERADA	5%-10% en los últimos 6 meses ó 10%-20% en más de 6 meses	<20 si <70 años ó <22 si >70 años	DÉFICIT LEVE	≤50% de RE >1 semana, ó cualquier reducción durante > 2 semanas, ó cualquier condición GI crónica que tenga un impacto adverso en la asimilación o absorción de alimentos	Enfermedad/lesión aguda o relacionada con la enfermedad crónica
SEVERA	>10% en los últimos 6 meses ó >20% en más de 6 meses	<18,5 si <70 años, ó <20 si > 70 años	DÉFICIT MODERADO		

Según técnicas validadas de composición corporal directas o indirectas. En niveles asistenciales donde no hay disponibilidad de técnicas para evaluar la composición corporal (DEXA, BIA, TC, RMN, US...) puede utilizarse la medición de dinamometría, circunferencia de pantorrilla (CP), circunferencia del brazo (CB) o los resultados de la exploración física como criterio de fenotipo.
Jensen, et al "GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community" Journal of Parenteral and Enteral Nutrition Volume 43 Number 1 January 2019 32-40C©2018

4.01 Destino al alta

La fecha de alta corresponde al momento en el que el paciente deja de "pertener administrativamente" al Servicio de Traumatología de modo definitivo incluyendo los traslados a Unidades de Recuperación Funcional asociadas o integradas en el mismo complejo hospitalario.

- Domicilio: ya sea el propio del paciente o de un familiar. También se incluye en esta opción el alta a Hospital de día para la Rehabilitación (se asume que es una Rehabilitación desde el domicilio al igual que la rehabilitación ambulatoria)
- Residencia/Institucionalizado: ya sea porque el paciente estaba previamente en Residencia y vuelve a ella o por nueva institucionalización.
- Hospital de agudos: paciente derivado a otro servicio por proceso agudo dependiente de la fractura (p.ej Medicina Interna/cualquier otra especialidad o incluso la UVI por

control postquirúrgico y fallece o es dado de alta desde ahí sin regresar a Traumatología, se elige destino “Hospital de Agudos” y estado vital “vivo” al salir de dicho Servicio. También se elige “Hospitalización de agudos” si el paciente se traslada de hospital (al suyo de referencia) antes o después de ser intervenido según lo explicado en el punto 2.01.

- Hospital de larga estancia: Centro hospitalario donde se deriva al paciente porque precisa de atención hospitalaria que no se puede ofrecer en domicilio o residencia y no es subsidiario del tratamiento rehabilitador que se ofrece en una Unidad de Recuperación Funcional (por ejemplo completar 4-6 semanas de tratamiento antibiótico intravenoso por infección de material que precisa hospital pero no va para rehabilitar).
- Unidad de Recuperación funcional: en hospitales distintos al seguimiento de la fase aguda o integrados en el mismo complejo hospitalario con finalidad de Recuperación Funcional.
- Fallecido: si se produce el fallecimiento en cualquiera de las situaciones recogidas en el punto 3.02
- Desconocido: elegir esta opción sólo si el destino al alta no está reflejado en la documentación clínica.

4.02 Fecha de alta de Traumatología

Introduzca la fecha y hora del alta hospitalaria del Servicio de Traumatología en formato digital 24 horas. La hora introducida debe estar contenida entre los valores 00:00 y 23:59.

En los casos en que el paciente ingrese en un Servicio de Geriátrica y durante su ingreso en el mismo tenga lugar la cirugía y el postoperatorio, las fechas de ingreso, cirugía y alta corresponderían al ingreso en Geriátrica. Es este un caso particular dentro de los distintos modelos de atención al anciano con fractura de cadera.

En caso de fallecimiento durante el ingreso, se recoge la fecha y la hora del éxitus.

4.03 Estancia hospitalaria (en días)

Se calculará automáticamente en la hoja de Excel.

Fórmula: (fecha alta + hora alta) – (fecha ingreso + hora ingreso)

4.04. Medicación protectora ósea al alta

La medicación Osteoprotectora (Si/No) se rellenará de forma automática en la hoja Excel con la misma codificación que en la variable 2.08, en función de lo que se conteste sobre lo que el paciente esté tomando en el momento de la fractura. Se responderá Sí/No a cada grupo de fármacos.

Los tratamientos pasados y no activos deben considerarse como NO. Se puede marcar más de una opción.

- | | |
|--|-------|
| • 4.04a Antiresortivos (bifosfonatos/denosumab) | si/no |
| • 4.04b Osteoformadores | si/no |
| • 4.04c Calcio | si/no |
| • 4.04d Vitamina D | si/no |
| • 4.04e Antirresortivo + Osteoformador (dual: Romosozumab) | si/no |

(Si el paciente fallece durante el ingreso, este campo se desactivará)

La indicación de la medicación en el informe de alta, implica que la opción elegida sea SI aunque no hayan comenzado el tratamiento ya que de este modo se diferencia a hospitales que prescriben de los que no prescriben. Si la opción elegida es el Zoledrónico lo recomendable es hacer constar la voluntad de tratar por parte del médico responsable del mismo modo (informe, receta, cita para infusión).

SEGUIMIENTO

Las siguientes variables se recogerán **30 días después del ingreso en Traumatología por la fractura de cadera** mediante revisión en consulta o mediante llamada telefónica. Se acepta un intervalo de tiempo de 3 días antes y 3 días después del cumplimiento de los 30 días para la recogida de la información.

Como sugerencia, la simple investigación de los sistemas de información permite conocer el estado vital y a veces aspectos del seguimiento aunque no se contacte con el paciente. Todo a criterio del investigador.

En todo caso, los datos no obtenidos se dejarán en blanco.

Si sigue ingresado en Traumatología a los 30 días del ingreso se hará constar como ubicación "Hospital de Agudos" y se anota la información de la situación funcional en ese momento. La variable del tratamiento osteoprotector al alta se recomienda completarla en el momento del alta definitiva.

5.01 Reingreso relacionado con la fractura de cadera

Elegir la opción que más se ajuste

- No
- Sí por causa médica: paciente que ingresa por cualquier causa médica en los 30 días siguientes al diagnóstico de fractura de cadera. Se considera NO si sólo ha precisado valoración en Urgencias sin necesitar ingreso.
- Sí por causa quirúrgica: complicaciones relacionadas con la cirugía y que precisarán intervención y también casos menos frecuentes como los hematomas en el muslo, sangrado activo que requiere radiología intervencionista. En este caso se codificará como Otros en el punto 5.02
- Desconocido

Si el paciente fallece durante el ingreso, este campo se desactivará

5.02 Reintervención quirúrgica en los 30 días posteriores al ingreso en Traumatología

Se refiere únicamente a la cadera afectada. Elija una de las opciones recogidas en la hoja de datos.

- NO: si no se requiere intervención
- Reducción de prótesis luxada
- Lavado o desbridamiento
- Retirada de implante
- Revisión de fijación interna
- Conversión a Hemiartroplastia: en la fractura subcapital no desplazada (manejo no quirúrgico inicial) que se desplaza días después (reingreso por causa quirúrgica)
- Conversión a prótesis total de cadera
- Girdlestone / artroplastia de resección
- Manejo de fractura periprotésica
- Otros: si el motivo no se ajusta a ninguno de los dados (p.ej el sangrado activo que requiere radiología intervencionista).
- Desconocido
- Si el paciente requiere reintervención antes del alta en el periodo de seguimiento a 30 días se completará: **Reingreso: NO, Reintervención: SI** y se elegirá el tipo de intervención realizada.

Si el paciente fallece durante el ingreso, este campo se dejará en blanco

5.03. Vivo a los 30 días

Marque si está vivo a los 30 días del ingreso hospitalario en Traumatología, independientemente de estar aún ingresado o haya sido dado de alta. Se tomará como referencia la fecha de fractura o de ingreso.

Si el paciente ha fallecido durante el ingreso (variable 3.02), este campo se rellenará con un NO de forma automática en la hoja de Excel.

Solamente si no se conoce el estado vital se deja la casilla en blanco.

5.04 Movilidad a los 30 días

¿Cómo camina el paciente a los 30 días del ingreso en Traumatología? Se codifica como en la variable Movilidad previa a la fractura 2.02. Si aún está ingresado se hará constar la movilidad actual a los 30 días.

Si el paciente fallece durante el ingreso, este campo se desactivará.

- Movilidad independiente dentro y fuera de casa sin ayudas técnicas
- Movilidad independiente dentro y fuera de casa, con una ayuda técnica
- Movilidad independiente dentro y fuera de casa con dos ayudas técnicas o andador
- Movilidad independiente sólo dentro de casa sin ayuda técnica
- Movilidad independiente sólo dentro de casa con una ayuda técnica
- Movilidad independiente sólo dentro de casa con dos ayudas técnicas o andador
- Movilidad independiente sólo dentro de casa vigilada de persona
- Movilidad sólo dentro de casa, con pequeña ayuda de una persona
- Movilidad sólo dentro de casa, con gran ayuda de una persona
- Movilidad con dos personas, o no movilidad
- Desconocido

5.05 Lugar de residencia a los 30 días

Se siguen las mismas normas para ubicación que la variable "Destino al alta" 4.01.

- Domicilio: ya sea el propio del paciente o de un familiar
- Residencia/Institucionalizado: ya sea porque el paciente estaba previamente en Residencia y vuelve a ella o por nueva institucionalización.
- Hospital de agudos: el paciente aún no ha sido dado de alta del Servicio de Traumatología o se encuentra ingresado en otro servicio.
- Hospital de larga estancia: pacientes que precisan tratamiento médico continuado y que no tienen finalidad de Rehabilitación (antibiótico prolongado, cuidados médicos prolongados).
- Unidad de Recuperación Funcional: en hospitales distintos al seguimiento de la fase aguda o integrados en el mismo complejo hospitalario.
- Desconocido: elegir esta opción sólo si el destino al alta no está reflejado en la documentación clínica.

Si el paciente fallece durante el ingreso, este campo se desactivará.

5.06 Medicación protectora ósea a los 30 días

Se seguirá el mismo procedimiento y codificación que en las variables 2.08 y 4.04. La medicación osteoprotectora (Si/No) se rellenará de forma automática en Excel en función de lo que se conteste sobre lo que el paciente esté tomando en el momento de la fractura. Se responderá Sí/No a cada grupo de fármacos. Los tratamientos pasados y no activos deben considerarse como NO. Se puede marcar más de una opción.

- | | |
|--|-------|
| • 5.06a Antiresortivos (bifosfonatos/denosumab) | si/no |
| • 5.06b Osteoformadores | si/no |
| • 5.06c Calcio | si/no |
| • 5.06d Vitamina D | si/no |
| • 5.06e Antirresortivo + Osteoformador (dual: Romosozumab) | si/no |

(Si el paciente fallece durante el ingreso, este campo se desactivará).

ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES OBTENIDAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE LOS DATOS EXISTENTES

- PÉRDIDA FUNCIONAL: Esta variable consiste en la diferencia del porcentaje de pacientes con deambulación autónoma al menos con andador previa a la fractura respecto al porcentaje de pacientes con deambulación autónoma a los 30 días (% pacientes que puntuaban del 1 al 6 en la escala de movilidad antes de la fractura y que puntúan del 7 al 10 a los 30 días).
- NUEVA INSTITUCIONALIZACIÓN: En este apartado se muestran los pacientes que antes del ingreso vivían en Domicilio y a los 30 días viven en Residencia.
- PORCENTAJE DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LAS PRIMERAS 48H: Como referencia utilizada de forma habitual para cuantificar la demora quirúrgica.