

GRUPO DE TRABAJO Registro Nacional de Fracturas de Cadera del Anciano

RNFC



PROYECTO DEL REGISTRO NACIONAL
DE FRACTURAS DE CADERA POR
FRAGILIDAD EN EL ANCIANO

Realización de un **registro multicéntrico** de las características **epidemiológicas, clínicas, funcionales y asistenciales** de los **pacientes con fractura de cadera** y seguimiento al mes del alta hospitalaria en varios hospitales de **España**.

Contents

- 1. ¿Quién forma parte del grupo de trabajo RNFC?
- 2. ¿Cuál son los objetivos del RNFC?
- 3. ¿Cómo nació el RNFC?
- 4. ¿Cómo se organiza el trabajo?
- 5. Evolución del RNFC en este año.
- 6. Algunos resultados de los datos de 2017.
- 7. ¿Y a mí que me aporta el RNFC?

Contents

- **1. Who comprises de RNFC group?**
- 2. ¿Cuál son los objetivos del RNFC?
- 3. ¿Cómo nació el RNFC?
- 4. ¿Cómo se organiza el trabajo?
- 5. Evolución del RNFC en este año.
- 6. Algunos resultados de los datos de 2017.
- 7. ¿Y a mí que me aporta el RNFC?

1. Who comprises de RNFC group?

- Un grupo de profesionales (geriatrias, traumatólogos, internistas, anestesistas, rehabilitadores, enfermería..) interesados en el anciano con fractura de cadera.

Revista Española de Geriátria y Gerontología

www.elsevier.es/regg

ORIGINAL BREVE

Intervención geriátrica en el anciano ingresado por fractura de cadera en el Hospital Universitario de Guadalajara: repercusión clínica, asistencial y económica

Teresa Pareja Sierra^{a,*}, Juan Rodríguez Solís^a, Patricia Alonso Fernández^a, Miguel Torralba González de Suso^a y Mercedes Homillos Calvo^a

Revista Española de Geriátria y Gerontología

www.elsevier.es/regg

EDITORIAL

Utilidad de las vías clínicas en el tratamiento del anciano con fractura de cadera

Usefulness of clinical pathways in the treatment of hip fracture in the elderly

Teresa Pareja Sierra

Sección de Geriátria, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Revista Española de Geriátria y Gerontología

www.elsevier.es/regg

ORIGINAL/Sección Clínica

Utilidad de una vía clínica en el manejo del anciano con fractura de cadera

Pilar Sáez López^{a,*}, Natalia Sánchez Hernández^a, Sonsoles Paniagua Tejo^a, José Antonio Valverde García^a, Margarita Montero Díaz^a, Noelia Alonso García^a y Alfonso Freites Esteve^a

JAMDA

Journal homepage: www.jamda.com

Original Study

Factors Associated With Short-Term Functional Recovery in Elderly People With a Hip Fracture. Influence of Cognitive Impairment

Francisco Uriz-Otano MD, MSc^{a,*}, Juan Isidro Uriz-Otano MD, PhD^a, Vincenzo Malafarina MD, MSc^{a,*}

ORIGINAL

MORTALIDAD Y COSTES ASOCIADOS A LA DEMORA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR FRACTURA DE CADERA

Itziar Etxebarria-Foronda (1), Javier Mar (2), Arantza Arropide (2) y Jaime Ruiz de Eguino (3).

Hip Int. 2010; 39 (07): 229-235

ORIGINAL ARTICLE

The orthogeriatric unit for acute patients: a new model of care that improves efficiency in the management of patients with hip fracture

Juan I. González-Montalvo¹, Teresa Alarcón¹, Jose L. Mauléon², Enrique Gil-Garay², Pilar Gotor¹, Alberto Martín-Vega³

Revista Española de Geriátria y Gerontología

www.elsevier.es/regg

ORIGINAL/SECCIÓN CLÍNICA

La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico

Juan Ignacio González-Montalvo^{a,*}, Pilar Gotor Pérez^a, Alberto Martín Vega^b, Teresa Alarcón Alarcón^a, José Luis Mauléon Álvarez de Linares^a, Enrique Gil Garay^c, Eduardo García Cimbrelo^b y Julián Alonso Biarge^d

ELSEVIER

BONE

Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain

M. Loreto Alvarez-Nebreda^{a,*}, Ana Belén Jiménez^b, Paz Rodríguez^b, Jose Antonio Serra^c

^a Geriatria Department, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain
^b Preventive Medicine Department, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain
 Received 27 March 2007; revised 11 September 2007; accepted 1 October 2007

Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized, Controlled Trial

Maitte Vidán, MD, PhD,^a José A. Serra, MD, PhD,^a Concepción Moreno, MD,^a Gerardo Riquelme, MD,[†] and Javier Ortiz, MD^a

Revista Española de Geriátria y Gerontología

www.elsevier.es/regg

ORIGINAL BREVE

Implantación de una Unidad de OrtoGeriatría de Agudos en un hospital de segundo nivel

Rafael Bielza Galindo^{a,*}, Alejandro Ortiz Espada^b, Estefanía Arias Muñana^a, Rocio Velasco Guzmán de Lázaro^a, Asunción Mora Casado^c, Ricardo Moreno Martín^d, Blanca Tapia Salinas^e, Javier Escalera Alonso^b y Jorge Gómez Cerezo^d

European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education

© Eur. J. invest. health psychol. educ. e-ISSN 2254-9625 // www.ejihpe.es doi: 10.1989/ejihpe.v1i1.89

Implantación de una Unidad de OrtoGeriatría en un hospital de tercer nivel

M^a de los Ángeles Cruz Marrero¹ y Manuel Lillo Crespo²
¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife (España);
²Universidad de Alicante (España)

SECOT

Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

ORIGINAL

Actividad ortogeriátrica en un hospital general de Castilla-La Mancha

J.M. Fernández-Ibañez^{a,*}, M.C. Morales-Ballesteros^a, E. Crespo-Romero^b, S. Gómez-Gómez^c, M.D. Fraga-Fuentes^c, J. Cruz-Tejedo^d, P.A. Hernández-Zegarza^e, A. Arias-Arias^f y M.M. García-Baltasar^g

International Journal of Integrated Care

Volume 12, 29 May 2012
 Publisher: Elsevier Publishing
 URL: http://www.elsevier.com/locate/ijic
 ISSN: 1871-4103
 Copyright © 2012 Elsevier B.V. All rights reserved.

Conference abstract

Improving healthcare efficiency with coordination between levels of care: orthogeriatrics/Mejora de la eficiencia asistencial con la coordinación inter niveles: ortogeriatría

María Álvarez de Arcego Vilella, Chulaverastegui Unit of Records Birmingham Hospital, Phoenix, Spain

Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

ORIGINAL

Puesta en marcha de una unidad de ortogeriatría

M.P. Mesa-Lampré^a, V. Canales-Cortés^{a,*}, M.E. Castro-Vilela^a y M. Clerencia-Sierra^d

Una aportación más sobre la intervención geriátrica en el anciano ingresado por fractura de cadera Enric Duaso..REGG 2017

CLINICAL SCIENCE

Early interdisciplinary hospital intervention for elderly patients with hip fractures – functional outcome and mortality

Francisco José Tarazona-Santabalbina^a, Ángel Belenguera-Varea^a, Eduardo Rovira-Daudi^b, Emmanuel Salcedo-Mahiques^b, David Cuesta-Peredo^c, Juan Ramón Doménech-Pascual^d, María Isabel Salvador-Pérez^e, Juan Antonio Avellana-Zaragoza^f

And in 2013, a round table including different regions during a workshop in La Paz hospital...

V Curso de Ortogeriatria del Hospital La Paz

10h a 12h: Primera sesión. Actualización en aspectos clínicos (I)
Moderador invitado: Profesor José Manuel Ribera Casado. Universidad Complutense, Madrid.

- **Programa intensivo de manejo del paciente con FC**
Juan Ignacio González Montalvo. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- **Controversias en el tratamiento traumatológico**
Enrique Gil Garay. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- **Conducta preoperatoria en pacientes anticoagulados y antiagregados**
Concepción Cassinello Ogea. Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

12h a 12,30h: Descanso – Café

12,30h a 14,30h: Segunda sesión. Actualización en aspectos clínicos (II)
Moderadora: Teresa Alarcón Alarcón. Hospital Universitario La Paz.

- **Papel y actividad de la enfermera de Ortogeriatria.**
Pilar Gotor Pérez. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- **Novedades y balance coste/eficacia del tratamiento de la osteoporosis en el paciente anciano.**
Patricia Alonso Fernández. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.
- **Nutrición: ¿Qué aportar, cuánto y hasta cuándo?**
Santiago Ruiz Grima. Residencia de PPM, Colmenar Viejo, Madrid.

14,30h: Tiempo para comida (no incluida en la inscripción)*
*(Existen restaurantes de comida rápida en el recinto hospitalario)

16h a 18h: Tercera sesión. Aspectos Asistenciales. Situación actual y desarrollo de la Ortogeriatria en diferentes Comunidades Autónomas.
Moderador: Juano Ignacio González Montalvo. Hospital Universitario La Paz.

- **La Ortogeriatria en Castilla-León**
Pilar Sáez López. Complejo Asistencial de Ávila.
- **La Ortogeriatria en Cataluña.**
Enric Duaso Magaña. Hospital de Igualada, Barcelona.
- **La Ortogeriatria en Aragón**
Paloma González García. Hospital San José, Teruel.
- **La Ortogeriatria en Castilla-La Mancha**
Carmen Barrero Raya. Complejo Hospitalario de Toledo.
- **La Ortogeriatria en Madrid**
Jesús Mora Fernández. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

18h a 18,30h: Descanso – Café

18,30h a 20,30h: Cuarta sesión. Casos clínicos
Moderador invitado: Jose Luis Mauleón Álvarez de Linera. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

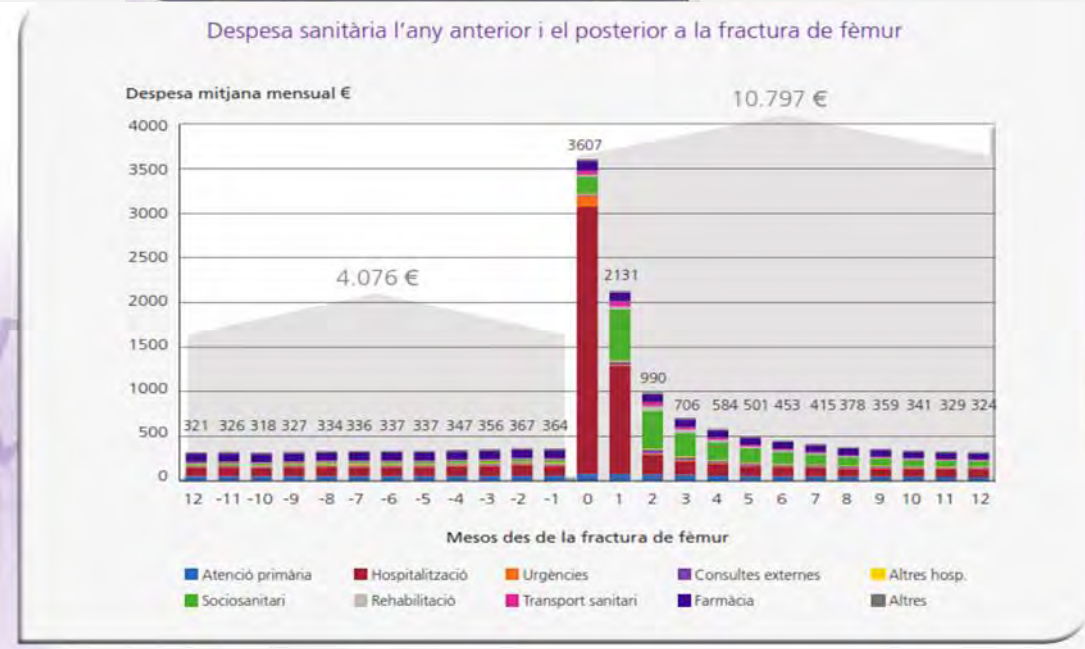
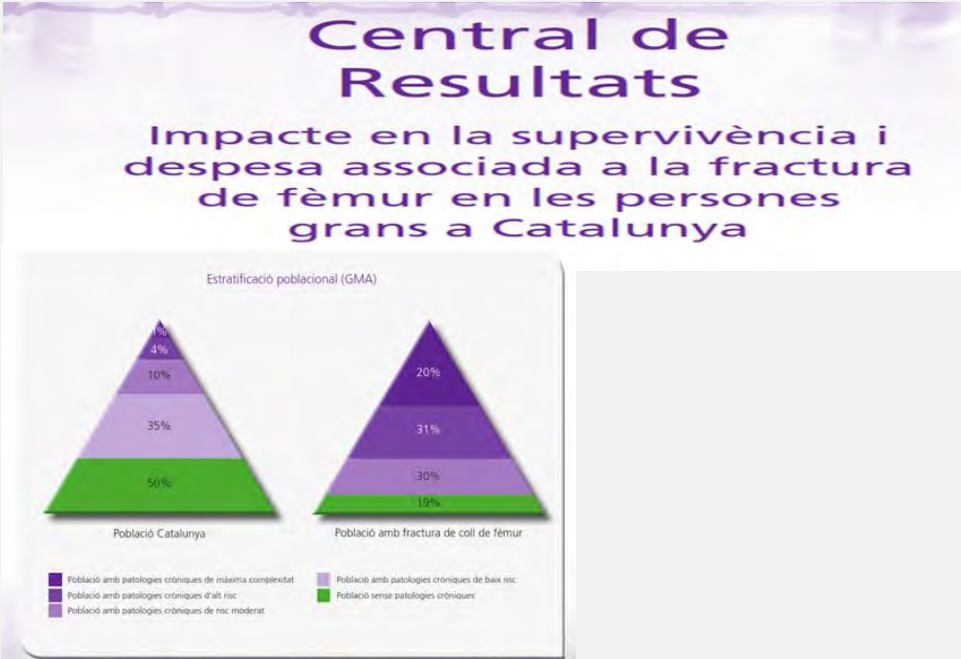
- **Hospital General de Ciudad Real**
Nuria Fernández Martínez.
- **Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid**
Nuria Montero Fernández
- **Hospital Universitario de Guadalajara.**
Teresa Pareja Sierra.

20,30h: Clausura del Curso

Orthogeriatrics in Catalonia: 20 hospitals since 2012



Reunión anual
 Guia de Ortogeriatría
Registro
 Investigación
 Mejora de calidad



Orthogeriatrics in Castilla y León: 14 hospitals since 2013

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(3):137-144



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ARTÍCULO ESPECIAL

Actividad ortogeriátrica en los hospitales públicos de Castilla y León: descripción y revisión de la literatura



Pilar Sáez López^{a,*}, Encarnación Martín Perez^b, Alfonso González Ramírez^c, Carmen Pablos Hernández^c, Sonia Jiménez Mola^d, Esther Vuelta Calzada^e, Ana Cerón Fernández^f, Maria Teresa Guerrero Díaz^g, Pilar del Pozo Tagarro^h, Ana Isabel Andrés Sáinzⁱ, Nieves Pereira de Castro Juez^j, Carmen Cervera Díaz^k, Angélica Muñoz Pascual^g, Javier Idoate Gil^d, Teresa Collado Díaz^l, Javier Perez-Jara Carrera^m, Carmen Vazquez Pedrezuelaⁿ, Florentino Prado Esteban^g y Grupo de Trabajo de Orto geriatria de Castilla y León

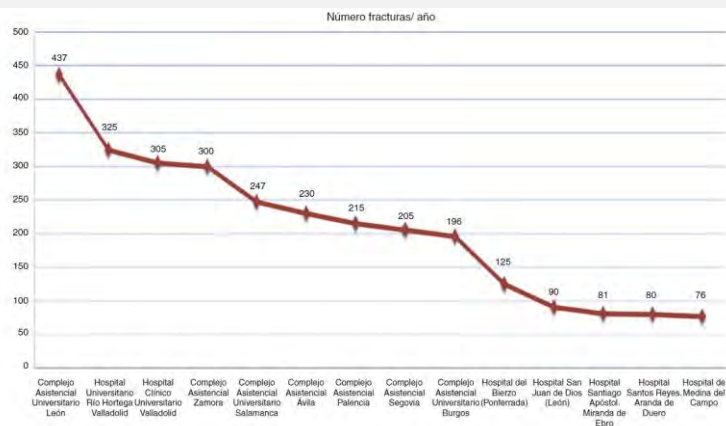


Figura 1. Número de fracturas de cadera valoradas por geriatría al año.

Tabla 1
Colaboración traumatología y geriatría

Tiempo del geriatra en traumatología	El 50% a tiempo total
Modelos de colaboración	
Geriatra consultor con seguimiento diario	86%
Unidad de ortogeriatría	7%
Interconsultas a demanda	7%
Coordinación traumatología-geriatría	
Reuniones informales (en pasillo)	50%
Visita conjunta o reuniones formales	50%
Perfil del paciente seguido por geriatría (umbral edad)	
Todas las fracturas cadera > 75 años	79%
Todas las fracturas cadera > 65 años	7%
Todas las fracturas cadera > 80 años	7%
Todas las fracturas cadera > 85 años	7%
Estancia hospitalaria (días)	
	10 días (mediana) rango (8-13)
Demora quirúrgica (días)	
	3 días (mediana) rango (1,5-5)
Cuentan con enfermera en el equipo de geriatría	
	21%
Tienen traumatólogo especializado en fractura de cadera	
	23%
La opinión del geriatra influye en la programación quirúrgica	
	El 93% contestan que sí
La opinión del geriatra influye en la valoración de anestesia	
	El 86% contestan que sí
Seguimiento en consulta externa	
	El 86% de los geriatras hacen seguimiento al 51% de los pacientes
Mortalidad hospitalaria	
Pacientes que no pueden cargar al alta	5%
Pacientes no operados	21%
Pacientes no operados	5%
Geriatría hace informe de alta	71%
Informe conjunto de geriatría y traumatología	31%

Tabla con mediana corregida.

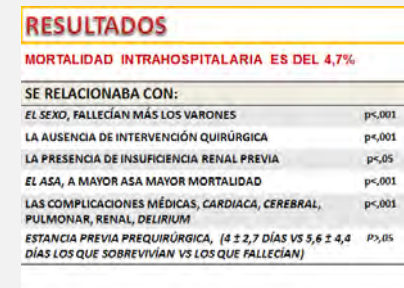
Castilla y León Registry in 2014-2015

FICHA INGRESO										FECHA										
NOMBRE										NHC										
EDAD										SEXO	Varón	Mujer	TIPO FX	Subcapital	Pértrocantería	Subtrocantería				
SITUACIÓN AL INGRESO																				
COMORBILIDAD PREVIA			Anticoagulantes			Antiagregantes			Osteoporosis											
No Cardiopatía (Enf. coronaria, valvulopatía, HTA, FA) ACVA Neumopatía crónica Insuficiencia renal DM			No Sinrom Nuevos anticoagulantes (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán)			No AAS Clopidogrel Ticlopidina Otros			No Antirresortivos / Osteoformadores Calcio Vit. D aislados Analgésia A demanda Opioides mayores 1.º-2.º escalón											
DEMENCIA			Sí	No	N.º fármacos															
DOMICILIO			Propio (solo, con cuidador o con familiar)			Residencia o socio-sanitario			Domicilio de familiar											
DEAMBULACIÓN			Silla de ruedas			Andador, muletas o persona			Independiente o bastón											
BARTHEL																				
ASA										ANESTESIA	Regional	General	Qx	Osteosintesis	Artroplastia					
COMPLICACIONES MÉDICAS					COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS															
No Cardíacas Cerebrales Tromboembólicas Pulmonares Fracaso renal ITU					Delirium UPP Gastrointestinales Reacciones adversas fármacos Nuevas fracturas intra-hospitalarias					No Infección herida Qx Complicación que requiera reingreso o reintervención										
					TRANSFUSIÓN					No	N.º unidades									
ESTANCIA PREQUIRÚRGICA											ESTANCIA GLOBAL									
SITUACIÓN AL ALTA																				
DEAMBULACIÓN			OSTEOPOROSIS			ANALGESIA			DOMICILIO											
Silla de ruedas Andador, muletas o persona Independiente o bastón			No Antirresortivos / Osteoformadores Calcio Vit. D aislados			A demanda Opioides mayores 1.º-2.º escalón			Propio (solo, con cuidador o con familiar) Residencia o socio-sanitario Domicilio de familiar											
INDICADA DESCARGA POR TRAUMATOLOGÍA			Sí	No	BARTHEL															
MORTALIDAD																				
INTRAHOSPITALARIA										Sí	No	1 MES	Sí	No	6 MESES	Sí	No	1 AÑO	Sí	No

REUNIÓN ORTOGERIATRÍA
28 de mayo 2016

DATOS SOBRE FRACTURA DE CADERA EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA Y LEÓN, 2014-2015

Grupo de Trabajo de Orto geriatria de Castilla y León



ORIGINAL

Ortogeriatría: primer registro multicéntrico autonómico de fracturas de cadera en Castilla y León (España)

Angélica Muñoz-Pascual^a, Pilar Sáez-López^{b,a,*}, Sonia Jiménez-Mola^c, Natalia Sánchez-Hernández^d, Noelia Alonso-García^d, Ana Isabel Andrés-Sainz^e, M. Cruz Macías-Montero^a, Carmen Vázquez-Pedrezuela^f, Nieves Pereira de Castro Juez^g, Pilar del Pozo-Tagarro^h, Carmen Pablos-Hernándezⁱ, Carmen Cervera-Díaz^l, Ana Cerón-Fernández^k, Esther Vuelta-Calzada^l, Javier Perez-Jara Carrera^m, Alfonso González-Ramírez^l, Teresa Collado-Díazⁿ, Javier Idoate-Gil^c, M. Teresa Guerrero-Díaz^a, Dayro Gutierrez-Bejarano^a y Encarnación Martín-Perez^o

REGG Oct 2017

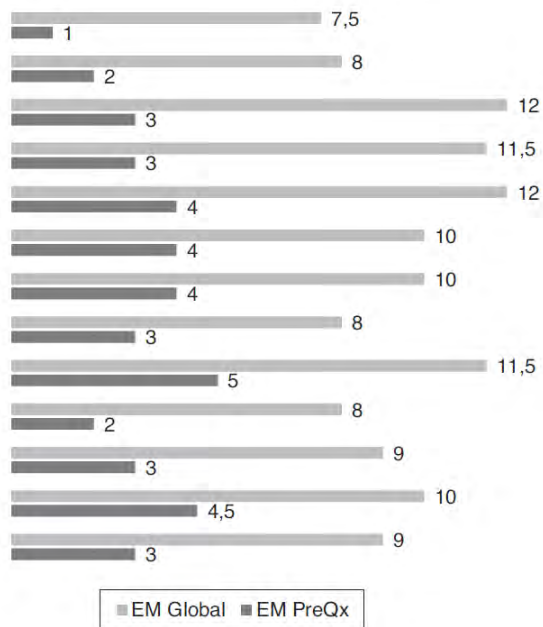


Figura 3. Estancia media global y demora quirúrgica por hospitales. EM global: estancia media global; E PREQX: estancia media prequirúrgica (días).

Tabla 3

Resultados del modelo 8 en el análisis de regresión lineal múltiple y la influencia de las distintas variables sobre la estancia hospitalaria

Variables	Modelo 8	
	Odds ratio (IC 95%)	p
Estancia prequirúrgica	0,88 (0,80 a 0,96)	0,000
Complicaciones cardíacas	1,76 (1,14 a 2,37)	0,000
ITU	1,85 (1,19 a 2,52)	0,000
Complicaciones quirúrgicas	4,36 (2,70 a 6,02)	0,000
Complicaciones pulmonares	1,53 (0,81 a 2,57)	0,000
Transfusión	-0,95 (-1,42 a -0,47)	0,000
Demencia	-0,88 (-1,39 a 0,37)	0,001
Delirium	0,78 (0,25 a 1,31)	0,004

ITU: infección del tracto urinario.

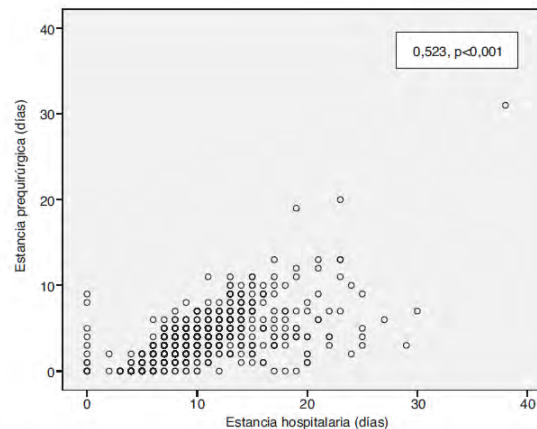


Figura 4. Aumento de la estancia hospitalaria en función de la estancia prequirúrgica.

Orthogeriatrics in Madrid: 8 hospitals since 2013 (4000patients)



- Conocer la práctica clínica
- Compartir protocolos
- Determinar diferencias geográficas
- Acciones conjuntas de cara a las autoridades sanitarias
- Compartir docencia e investigación.

HOSPITALES MADRID	DE	Con colaboración ortogeriátrica	Participando en RNFC	% intervenidos en 48h en 2016 (Observatorio SERMAS)
Media Complejidad				
H U Rey Juan Carlos				62,7
H U Fuenlabrada				44,4
H U Getafe				38,5
H U Infanta Leonor				60,2
H U Infanta Sofia				46,6
H U Móstoles				51
H U Príncipe de Asturias				44,9
H U Severo Ochoa				53,9
H G Villalba				74,5
H Gomez Ulla				33,9
H U Torrejón				68,5
H U Fundación Alcorcón				53,3
Alta Complejidad				
H Clínico San Carlos				30,6
H G U Gregorio Marañón				31,6
H U 12 Octubre				35,5
H U Puerta de Hierro				34,4
H U Ramón y Cajal				29,4
H U La Paz				35,6
H Fundación Jiménez Díaz				67,7
H U La Princesa				63,1

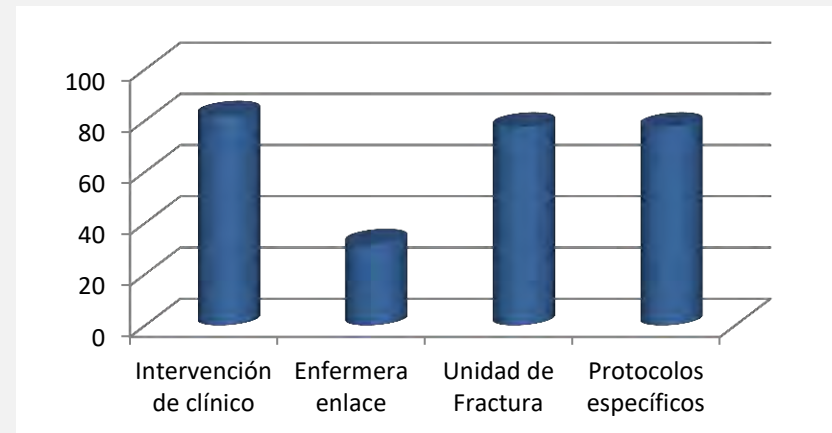
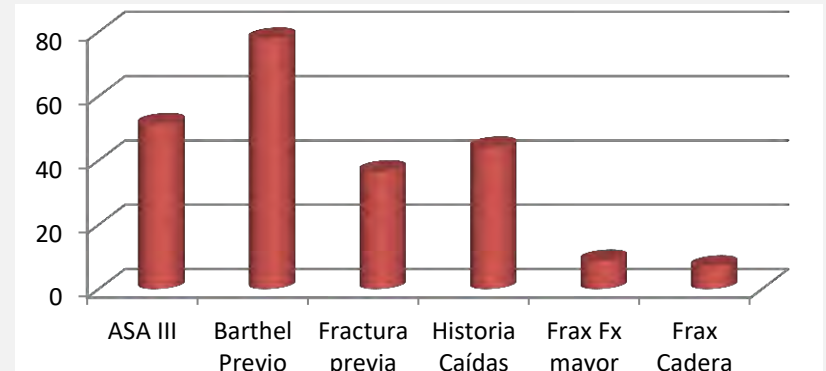
SPARE HIP endorsed by SEFRAOS

Estudio del tratamiento hospitalario y consecuencias de la fractura de cadera en una muestra representativa de centros de España (1000 pacientes)

Cohorte prospectiva, muestra 30 pacientes consecutiva, 40 centros

Características sociodemográficas, clínicas y óseas y de las Unidades de Fracturas de los distintos centros

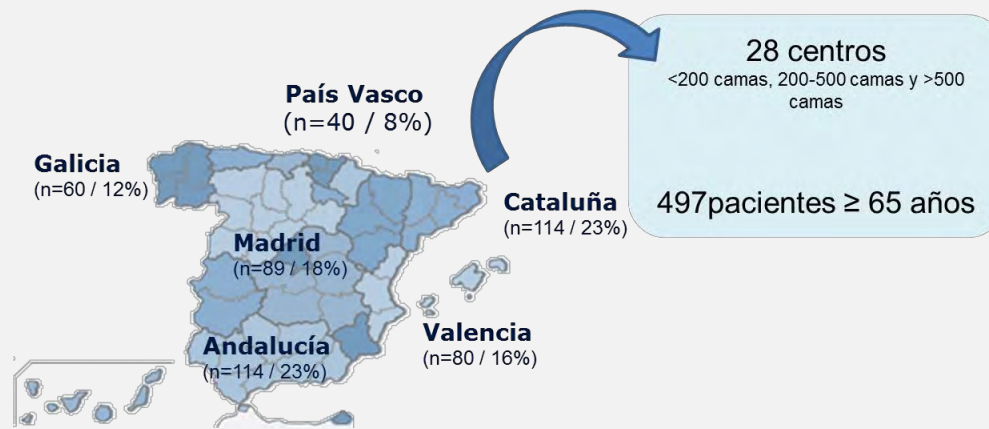
Gran heterogeneidad en la atención, junto con el beneficio del audit muestra la **necesidad de un Registro Nacional**



Burden of first osteoporotic fracture in Spain

PROA Study: CCAA and participating hospitals

- 28 centros participantes de 6 CC.AA. (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y País Vasco) incluyeron pacientes ≥ 65 años hospitalizados por una primera FCO provocada por traumatismo leve-moderado.⁵
 - Estas CC.AA. fueron seleccionadas basándose en: tamaño poblacional, dispersión geográfica, y probabilidades de solicitar y/o utilizar estos datos para la toma de decisiones.
 - En cada CC.AA., el tamaño de muestra fue proporcional a su población ≥ 65 años, y la distribución de pacientes entre cada tipo de centro (pequeño [<200 camas], medio [$200-500$ camas] y grande [>500 camas]) se eligió para reflejar la estructura sanitaria.
- Los costes totales asociados se calcularon utilizando costes unitarios obtenidos de la BBDD eSalud (<http://www.oblikue.com/bddcostes>), actualizados a 2012.

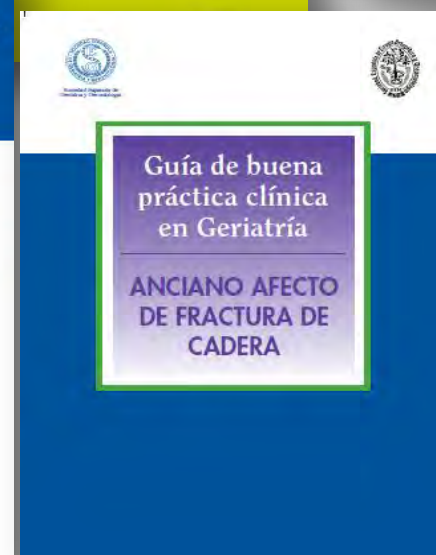
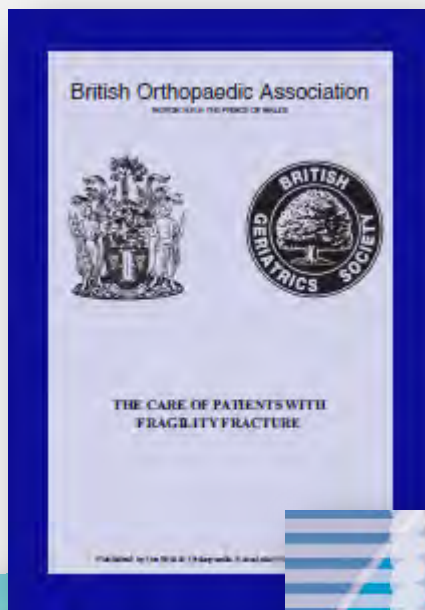


Contents

- 1. ¿Quién forma parte del grupo de trabajo RNFC?
- **2. What are the goals of the RNFC?**
- 3. ¿Cómo nació el RNFC?
- 4. ¿Cómo se organiza el trabajo?
- 5. Evolución del RNFC en este año.
- 6. Algunos resultados de los datos de 2017.
- 7. ¿Y a mí que me aporta el RNFC?

Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones

Yadira Bardales Mas^{a,*}, Juan Ignacio González Montalvo^b, Pedro Abizanda Soler^a y María Teresa Alarcón Alarcón^b



2. What are the goals of the RNFC?

OBJETIVO PRINCIPAL

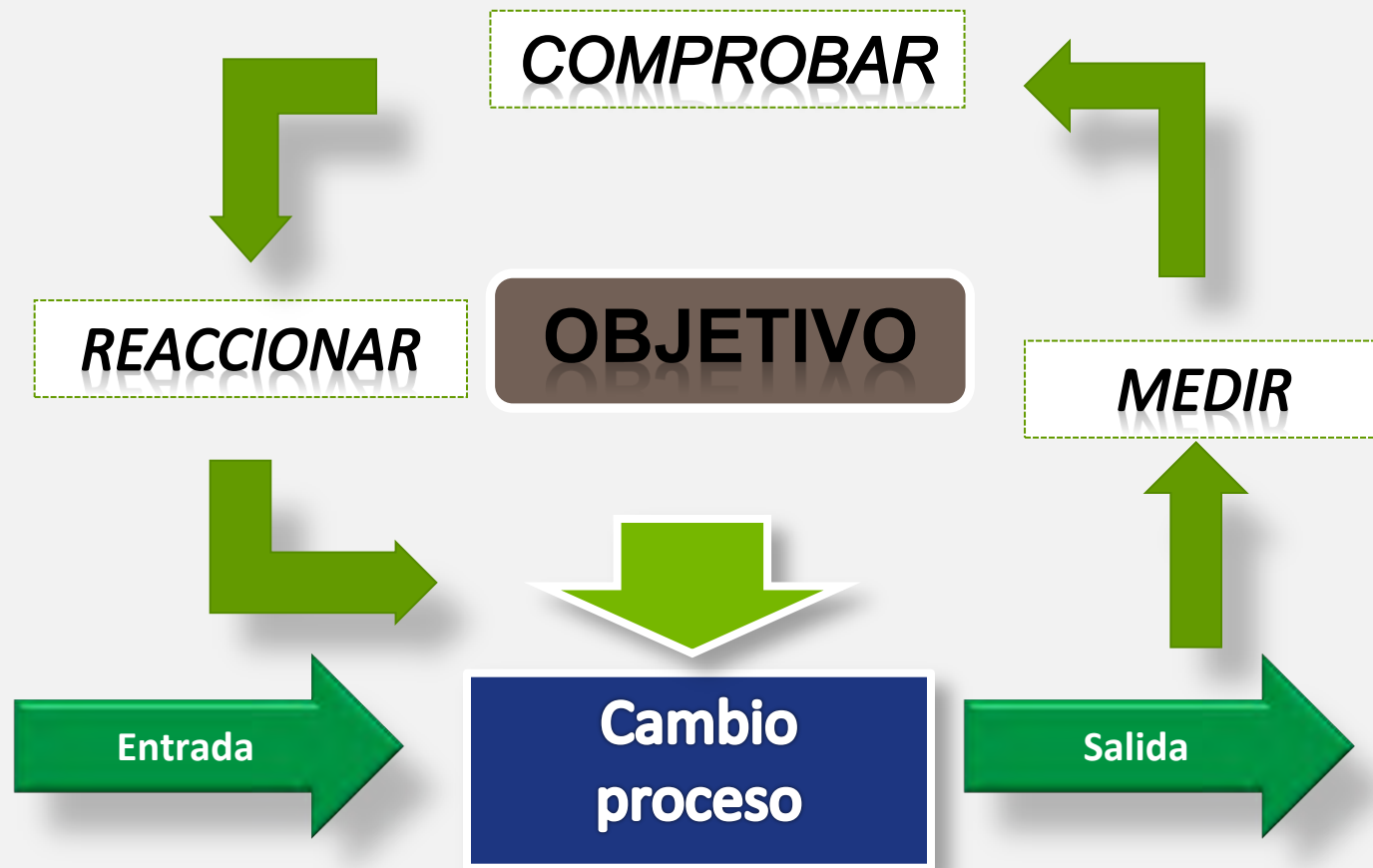
- Realizar un **registro multicéntrico nacional** para recoger las características clínicas, funcionales, asistenciales y epidemiológicas de los pacientes con fractura de cadera durante la hospitalización y al mes del alta hospitalaria.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- **Magnitud** de fracturas
- **Recursos** en cada hospital
- **Modo de atención**
- Infraestructura para **investigación**
- **Auditar** la práctica clínica
- **Compararnos** con otros
- **Evolución** a lo largo del tiempo

RECOPILOCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Mejora continua y difusión de datos



Contents

- 1. ¿Quién forma parte del grupo de trabajo RNFC?
- 2. ¿Cuál son los objetivos del RNFC?
- **3. How was the RNFC born?**
- 4. ¿Cómo se organiza el trabajo?
- 5. Evolución del RNFC en este año.
- 6. Algunos resultados de los datos de 2017.
- 7. ¿Y a mí que me aporta el RNFC?

3. How was the RNFCC born?

Dirigido a:
Médicos (especialistas y residentes) y otros profesionales sanitarios con interés en compartir y actualizar sus conocimientos sobre la asistencia al paciente con fractura de cadera.

Inscripción: Gratuita. 120 Plazas limitadas.

Secretaría e inscripciones:

CONFOREM SL.
Sra. María del Mar Plana.
Teléfono y Fax: 915171214 / 670486898
e-mail: mplana@conforem.com
www.conforem.com/ORTODGER_15

Acreditación:



Solicitada la acreditación de la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias (Sistema Nacional de Salud)

Avalado por:



Certificado de asistencia:

Se requiere la asistencia a las sesiones de mañana y tarde

Colaboran:



VII Curso de Ortopediatria Hospital La Paz



Viernes 20 de noviembre
Salón de Actos - Hospital

Directores:

Juan I. González Montalvo y Teresa



VII Curso de Ortopediatria del Hospital La Paz

10h a 12h: Primera sesión. Aspectos asistenciales.

Moderadores:

Profesor José Manuel Ribera Casado, Real Academia Nacional de Medicina.
Teresa Alarcón Alarcón, Servicio de Geriatria, Hospital Universitario La Paz...

• **Auditoria continuada de la gestión del proceso de fractura de cadera.**
Francisco J. Tarazona Santabalbina, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira.

• **Programa FONDA: Lecciones aprendidas de un protocolo integral.**
Juan Ignacio González Montalvo, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

• **Bases de datos y registros de Fractura de Cadera.**
Pilar Sáez López, Complejo Hospitalario de Avila.

12h a 12,30h: Descanso - Café.

12,30h a 14,30h: Segunda sesión. Aspectos Clínicos.

Moderador: Enrique Gil Garay, Hospital Universitario La Paz...

• **Fracturas atípicas de fémur.**
Cristina Ojeda Thies, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

• **Diferentes tipos de Anestesia en la Fractura de Cadera.**
Concepción Cassinello Ogea, Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

• **Prevención secundaria: Fracture Liaison Services.**
Daniel Prieto Alhambra, NDORMS, University of Oxford.

14,30h: Tiempo para comida (no incluida en la inscripción)*
* (Existen restaurantes de comida rápida en el recinto hospitalario)

16h a 18h: Tercera sesión. Aspectos Clínicos.

Moderador: Juan Ignacio González Montalvo, Hospital Universitario La Paz...

• **Rehabilitación. Necesidad de individualizar el tratamiento.**
David Hernández Herrero, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

• **Ejercicio físico y prevención de caídas: Programa HAPPIER.**
Guillaume Lefebvre, SIEL BLEU España, Barcelona

• **Evolución del perfil nutricional en la fase subaguda.**
José Ramón Rodríguez Aizcorbe, Residencia ORPEA, Carabanchel, Madrid.

18h a 18,30h: Descanso - Café.

18,30h a 20,30h: Cuarta sesión. Casos clínicos.

Moderador: José Luis Mauleón Álvarez de Linera, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

• **Hospital General de Ciudad Real.**
Nuria Fernández Martínez.

• **Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.**
Nuria Montero Fernández.

• **Hospital Universitario de Guadalajara.**
Teresa Pareja Sierra.

20,30h: Clausura del Curso.



BASES DE DATOS



Welcome to the National Hip Fracture Database (NHFD)



	FFN	NHFD	SCLEARTO	Scottish Hip Fracture Audit	Irish Hip Fracture Database	Kaiser USA
GÉNERO/EDAD	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+
DOMICILIO PREVI/O/ALTA	+/+	+/+	+	+	+/+	
FUNCIONAL PREVI/O	Deambulaci3n	Deambulaci3n	Deamb/Barthel	Deambulaci3n	Deambulaci3n	
COGNITIVO	AMTS	AMTS pre/postqx	Demencia	SPMSQ	AMT	
ASA/TIPO FR/IQ	+/+/+	+/+/+	+/+/+	+/+	+/+/+	+/+/+
TIPO ANESTESIA	+	+	+	+	+	
TPO. INGRESO-PLANTA	-	+	-	+	+	
TPO. INGRESO-IQ/EM	+/+	+/+	+/+	+ y motivo de retraso	+ y motivo de retraso	EM 4 d3as
VALORACI3N GERIÁTRICA	72 h	72 h	SIEMPRE		Evaluaci3n m3dica preIQ y tipo	
COMPLICACIONES	UPP	UPP: 3,7%	Comorbilidad/ Complicaciones	UPP/ Infecci3n herida	UPP	Comorbilidad Complicac <1,4% Neumon3a: 11,4%, UPP: 2,9%, IM, Infec, TEP
MORTALIDAD HOSPITALARIA	PRE Y POST QUIR	+	+	+	+	
MOVILIZACI3N	1º d3a	1º d3a	Deambulaci3n/ IB/descarga			
EQUIPO RHB MULTIDISCIPLINARIO					+	
TTO OP/ANALGESIA	+ previo/-	+/-	+/+	-/+	+/-	
EVALUACI3N DE CA3IDAS		+			+	

	FFN 30d	NHFD 30 d	SCLECARTO 30 d	Scottish Hip Fracture Audit 120 d	Irish Hip Fracture Data base 30 d	Kaiser USA 30 y 90 d
REINTERVENCIÓN REINGRESO	+/+	+	+/+	Datos de reintervención/ Reingreso	Reintervención a 30 días	+/+
MORTALIDAD	+	+ 30d: 8%	+	+		+ 30d: 6,2%
DOMICILIO	+	+	+	+		
TTO OP/ANALGESIA	+/-	+/-	+/+	Analgesia		
MOVILIDAD	+	+	+	+Deambulaci3n y ayudas t3cnicas		
COMENTARIOS						
	Completa y sencilla Variables importantes	Exhaustiva -Val ATS, m3dico, ortogeriatra -Grado del geriatra. -Valoraci3n caídas. - RHB multidisciplinar -Destino-UME-Resid-30d	Más clínica: complicaciones, comorbil, AAG, ACO, Analgesia, transfusi3n			Especifica comorbilidad y complicaciones Nº casos/cirujano Nº casos/hospital

POSITION PAPER

Hip fracture registries: utility, description, and comparison

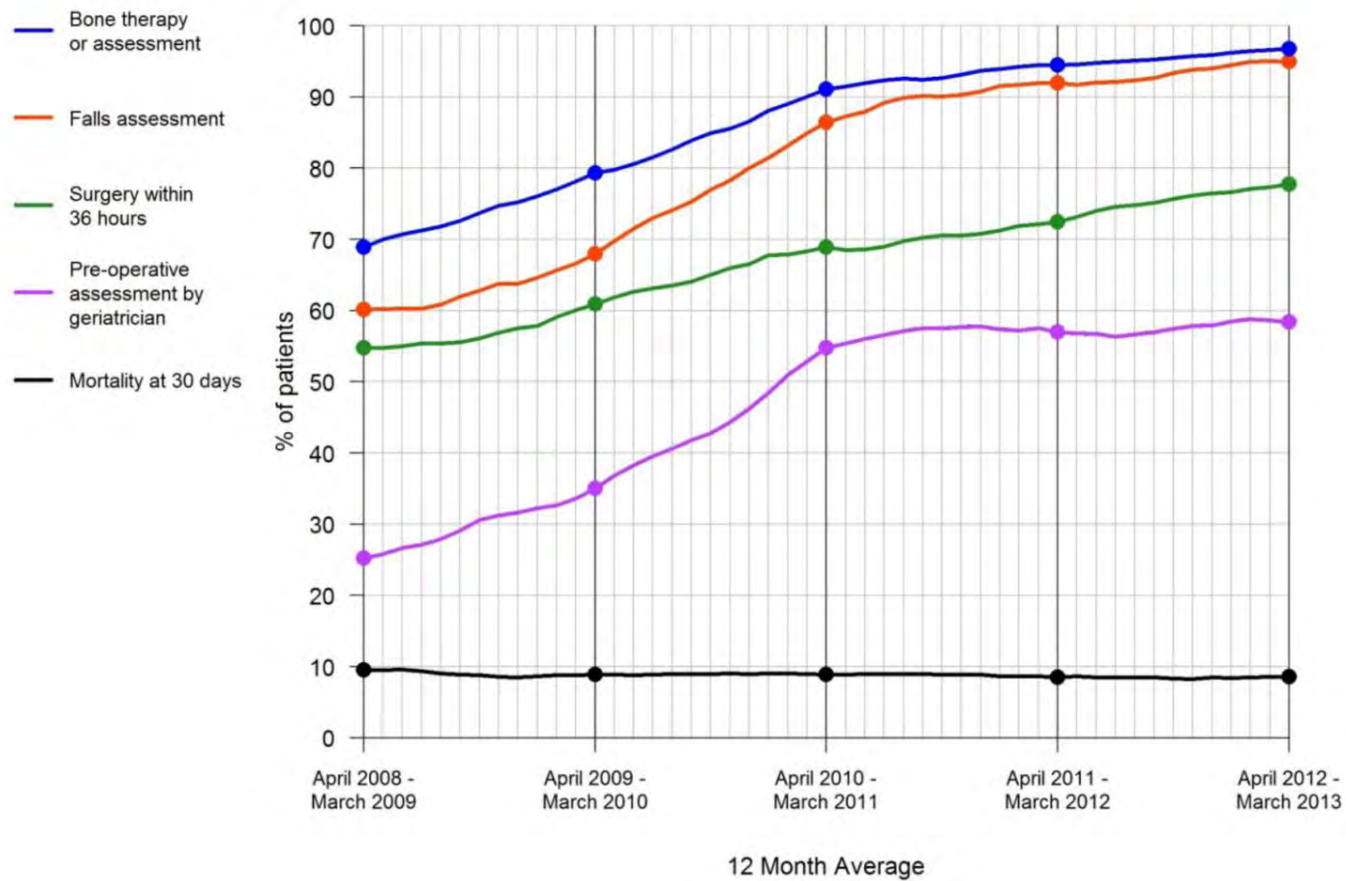
P. Sáez-López¹ · F. Brañas^{2,3}  · N. Sánchez-Hernández⁴ · N. Alonso-García⁴ ·
J. I. González-Montalvo^{3,5,6,7}

Table 2 Proposed variables to be collected in the hip fracture database

Hospital acute phase	
Hospital/location	
Gender	No. of men/women (%)
Age	Years
Previous residence	Community/nursing home
Residence at discharge	Community/nursing home/rehabilitation center/hospital/death
Previous function	Autonomous walking outside, alone or with a cane/outside with more technical support/alone at home/does not walk
Function at discharge	Autonomous walking outside, alone or with a cane/outside with more technical support/alone at home/does not walk
ASA	I–II–III–IV
Type of fracture	Intracapsular/pertrochanteric/subtrochanteric
Surgical treatment	Yes/no Partial prosthesis/total prosthesis/cannulated screws/intramedullary rod Regional/general/mixed
Anesthesia technique	
Date and time of admission	
Date and time of surgery	
Authorization to bear weight	Yes/no
Date weight borne	
Date of discharge	
Orthogeriatric collaboration	Orthogeriatrics unit Geriatrics consultant Physician consultant Only orthopedic surgeon
Pressure ulcers	Yes/no
In-hospital mortality	
Date of death	Yes/no
Prior pharmacological treatment	Calcium/vitamin D/antioosteoporotic/anti-platelet drug/anticoagulant
N (%)	
Pharmacological treatment at discharge	Calcium/vitamin D/antioosteoporotic/anti-platelet drug/anticoagulant
N (%)	
Falls risk assessment	Yes/no
Outpatient follow-up (30–60 days)	
Appointment date	
Specialist performing follow-up	Orthopedic surgeon/geriatrician/rehabilitation
Residence	Community/nursing home/rehabilitation unit/hospital/death
Function status	Autonomous walking outside, alone or with a cane/outside with more technical support/alone at home/does not walk
Mortality	Yes/no
Date of death	
Readmission	
Reintervention	
Osteoporosis treatment	Calcium/vitamin D/biphosphonates/denosumab/teriparatide/others
Follow-up by geriatrician	

NHFD achievements 2008-2013

Trends in care, secondary prevention and mortality: April 2008 to March 2013



NHFD achievements 2008-2013

Standard	2009	2010	2011	2012	2013
1. Admission to orthopaedic ward within 4 hours	N/A	55%	56%	52%	50%
2. Surgery within 48 hours and during working hours	75%	80%	87%	83%	86%
3. Patients developing pressure ulcers	N/A	6%	3.7%	3.7%	3.5%
4. Pre-operative assessment by an orthogeriatrician	24%	31%	37%	43%	49%
5. Discharged on bone protection medication	N/A	57%	66%	69%	69%
6. Received a falls assessment prior to discharge	44%	63%	81%	92%	94%

BMJ 2015;351:h3854 doi: 10.1136/bmj.h3854 (Published 16 July 2015)

Page 1 of 2



NEWS

Hip fracture audit may have saved 1000 lives since 2007

Jacqui Wise

London

Neuburger J, Currie C, Wakeman R, et al. The impact of a national clinician led audit initiative on care and mortality after hip fracture in England: an external evaluation using time trends in non-audit data. *Med Care* 2015;53:686-91.

¿How should a national registry be?

- Registro sencillo, continuo, incluyendo todos los casos.
- Independiente del modelo de atención.
- Variables más importantes de otras BdD.
- Acorde con la práctica habitual.
- Registro durante el ingreso y a 30 días.
- Apoyo de sociedades científicas y administración.



FFN

Fragility Fracture Network



FFN-HFAD Audit Tool v1.6 for Minimum Common Dataset (MCD)

1. Patient details

1.01 Patient given consent? (K) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1.02 Audit Number *	1.03 Gender (K) <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	1.04 Age at event (M) Years
--	----------------------------	---	---------------------------------------

2. Patient characteristics

2.01 Pre-fracture Residence (M) <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Acute Care <input type="checkbox"/> Unknown		2.02 Pre-fracture Mobility (M) <input type="checkbox"/> Freely mobile without aids <input type="checkbox"/> Mobile outdoors with one aid <input type="checkbox"/> Mobile outdoors with two aids or frame <input type="checkbox"/> Some indoor mobility but never goes outside without help <input type="checkbox"/> No functional mobility (using lower limbs) <input type="checkbox"/> Unknown	
2.03 Pre-op Abbreviated Mental Test Score (M) AMTS ___ / 10 <input type="checkbox"/> Not done / Patient refused		2.04 ASA grade (M) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Unknown	
2.05 Side of fracture (K) <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right		2.06 Pathological <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Malignancy <input type="checkbox"/> Atypical <input type="checkbox"/> Unknown	
2.07 Fracture type* (M) <input type="checkbox"/> Intracapsular undisplaced <input type="checkbox"/> Intracapsular displaced <input type="checkbox"/> Intertrochanteric <input type="checkbox"/> Subtrochanteric <input type="checkbox"/> Other		2.08 Pre-fracture bone protection medication (M) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<i>Basal / Basicervical fractures are to be classed as Intertrochanteric</i>			

3. Acute care data

3.01 Date/time of admission to orthopaedic care* (M) ___ / ___ / ___ : ___ DAY / MON / YEAR HH : MM (24 Hr clock)			
3.02 Life Status / Mortality (M) <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Died pre-surgery <input type="checkbox"/> Died post-surgery		3.03 Operation Performed (M) <input type="checkbox"/> No operation performed <input type="checkbox"/> Cannulated screws <input type="checkbox"/> Sliding hip screw <input type="checkbox"/> Intra-medullary nail <input type="checkbox"/> Hemi-arthoplasty <input type="checkbox"/> Total hip replacement <input type="checkbox"/> Other	
3.04 Date/time of primary surgery* ___ / ___ / ___ : ___ DAY / MON / YEAR HH : MM (24 Hr clock)		3.05 Time to Surgery (Hours)	
3.06 Type of Anaesthesia <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Other regional e.g. nerve block	3.07 Pressure Ulcers (M) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	3.08 Physician / Geriatrician involvement (M) <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Geriatrician <input type="checkbox"/> Not seen	3.09 First Day Mobilization (M) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No operation performed

4. Discharge – Ignore if patient deceased at 3.02

4.01 Discharge destination <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Acute Care		<input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Dead <input type="checkbox"/> Unknown	
---	--	--	--

Contents

- 1. ¿Quién forma parte del grupo de trabajo RNFC?
- 2. ¿Cuál son los objetivos del RNFC?
- 3. ¿Cómo nació el RNFC?
- **4. How is work organized?**
- 5. Evolución del RNFC en este año.
- 6. Algunos resultados de los datos de 2017.
- 7. ¿Y a mí que me aporta el RNFC?

Adapted FFN Dataset



Conjunto mínimo común de datos del Registro Nacional de Fracturas de Cadera (01/2017)



1. Datos del paciente

1.01 Consentimiento informado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.02 Núm. registro / NHC*	1.03 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	1.04 Edad (años)
Teléfono contacto (seguimiento)	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"/> 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"/> Sí <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 (Incluir sólo si toma antirresortivos u osteoformadores en el momento de la fx) 2.08.a-e Tratamiento osteoporosis pre-fractura (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 post-cirugía		3.03 Cirugía realizada <input type="checkbox"/> Manejo no quirúrgico <input type="checkbox"/> Prótesis parcial <input type="checkbox"/> Tornillos canulados <input type="checkbox"/> Prótesis total <input type="checkbox"/> Tornillo desliz. cadera <input type="checkbox"/> Otros / desconocido <input type="checkbox"/> Clavo intramedular		
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) ___:___:___ (No hace falta recogerlo, se calcula en la base de datos)		
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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	3.07 Úlceras por presión intrahospitalarias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	3.08 Implicación de especialista clínico <input type="checkbox"/> Internista <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Geriatra <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No visto <input type="checkbox"/> Desconocido	3.09 Se sentó el primer día postoperatorio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Manejo no quirúrgico

4. Datos al alta – ignorar si el paciente falleció en 3.02

4.01 Destino al alta <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Hospitalización agudos <input type="checkbox"/> Hosp. Larga Estancia	<input type="checkbox"/> U. Recup. Funcional <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido	4.02 Fecha / hora de alta de cuidados ortopédicos (de la hospitalización de agudos donde se intervino) ___/___/___ :___:___ (D D / M M / A A A A) (H H / M M) (24 horas)
4.03 Estancia hospitalaria (días / fracción decimal) ___:___:___ días (No hace falta recogerlo, se calcula en la base de datos)	4.04 Tratamiento osteoprotector al alta <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Marcar "sí" sólo si son antirresortivos u osteoformadores)	
4.04.a-e Tto osteoporosis al alta (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		

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

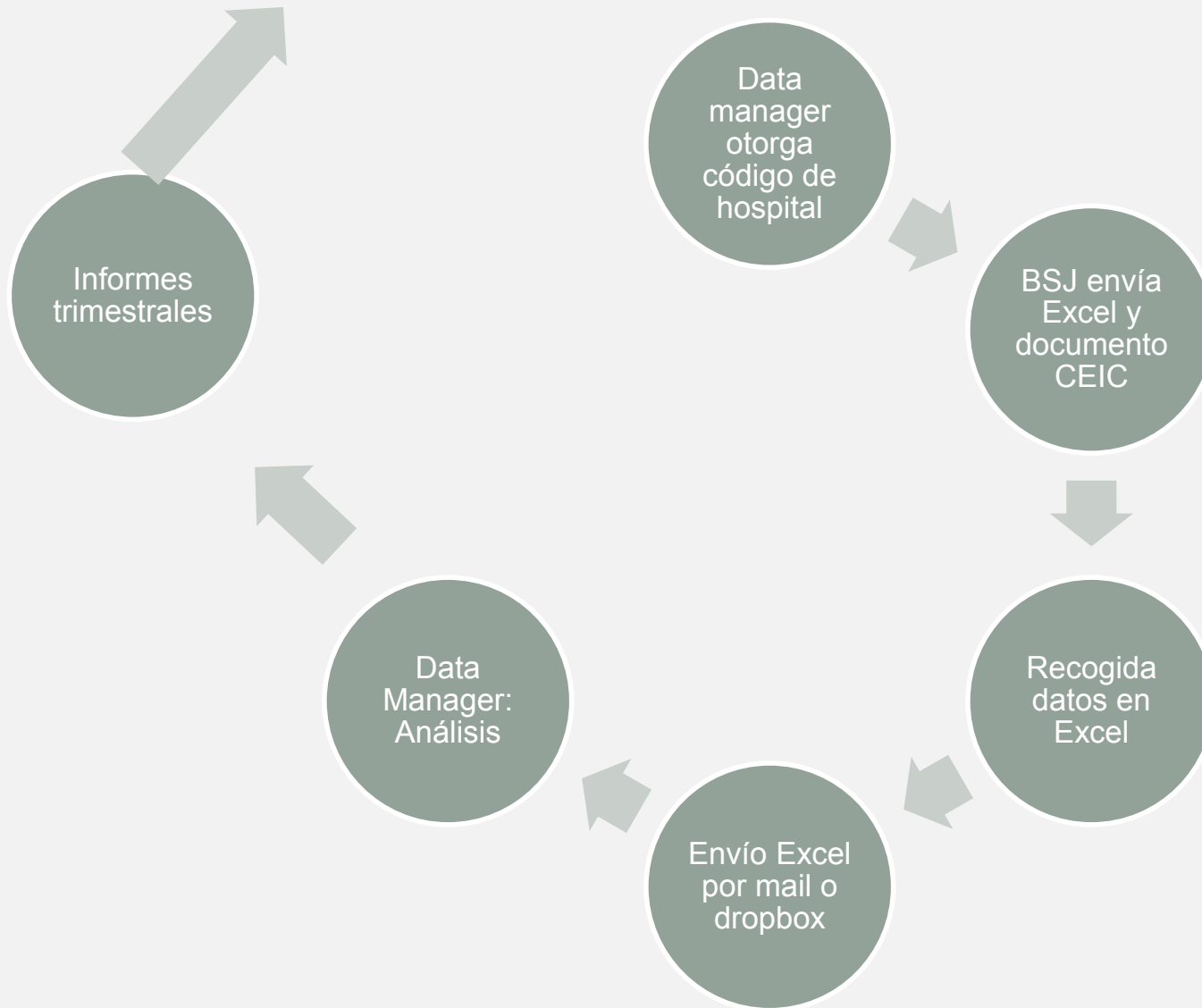
5.01 Reingreso a los 30 días relacionado con la fractura de cadera <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	5.02 Reintervención dentro de los 30 días postoperatorios (sóla la IQ más significativa) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Reducción de prótesis luxada <input type="checkbox"/> Lavado o desbridamiento <input type="checkbox"/> Retirada de implante <input type="checkbox"/> Revisión de fijación interna <input type="checkbox"/> Conversión a hemitroplastia	<input type="checkbox"/> Conversión a prótesis total de cadera <input type="checkbox"/> Girdlestone / artroplastia de resección <input type="checkbox"/> Manejo de fractura periprotésica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocida
5.03 Vivo a los 30 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si está vivo a los 30 días, rellenar 5.04 – 5.06		
5.04 Movilidad 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		5.05 Lugar de residencia a los 30 días <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Institucionalizado <input type="checkbox"/> Hospitalización agudos <input type="checkbox"/> Hosp. de Larga Estancia <input type="checkbox"/> Unidad de Recuperación Funcional <input type="checkbox"/> Desconocido
5.06 Tratamiento osteoprotector a los 30 días <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Marcar "sí" sólo si son antirresortivos u osteoformadores)		5.06.a-e Tto osteoporosis a los 30 días (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

NOTAS

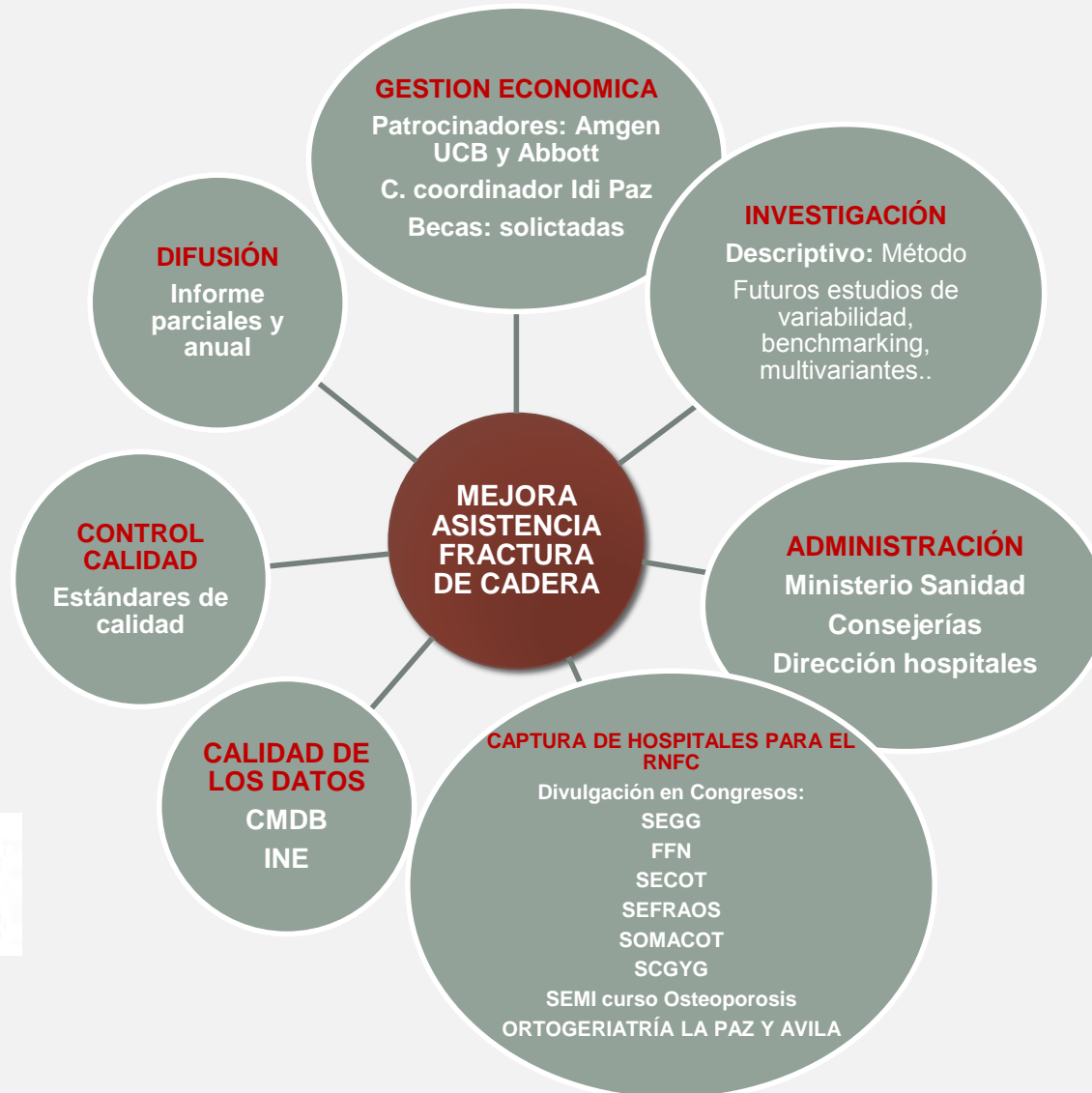
- Cada investigador que envíe los datos debe guardar una lista que relacione cada número de registro con el número de historia clínica del paciente.
- La Comunidad Autónoma, el Código Postal y nombre del hospital se incluyen automáticamente en el Excel
- Introducir fechas y horas como: DIA: 1 – 31; MES: 01 / 02 / 03 / 04 etc; AÑO: 2017 / 2018 etc; HORA: 00:00 – 23:59
- La demora quirúrgica y estancia hospitalaria se calculan automáticamente en el Excel
- 2.03: Lo ideal es realizar el Pfeiffer en el momento más cercano a la situación cognitiva basal del paciente, idóneamente en el preoperatorio; en caso de duda, hacer 2 mediciones u usar la mejor de las 2 puntuaciones.
- 2.07: Las fracturas basicervicales se clasificarán como pertrocantéreas
- 3.01: Se anotará la fecha y hora de ingreso en Urgencias.
- 4.02: Se anotará la fecha y hora aproximada de alta de la unidad de agudos en la cual se haya intervenido o tratado de manera aguda.

Para aclarar dudas / preguntas frecuentes, consultar el archivo de información para la recogida de datos del Registro Nacional de Fracturas de Cadera.

RNFC process



4. Many combined efforts towards a single goal



RNFC COORDINATORS: in progress

ENTIDAD	COORDINADOR
CATALUÑA	Anabel Llopis
ARAGÓN	Pilar Mesa
CASTILLA LA MANCHA	Teresa Pareja
MADRID	Jesús Mora
CASTILLA Y LEÓN	Angélica Muñoz
C VALENCIANA	Francisco Tarazona
ASTURIAS	Marta Alonso
EXTREMADURA	Raquel Ortés
GALICIA	Marta Perez
PAÍS VASCO	Iñigo Etxebarria
SEFRAOS	Jl Gonzalez Montalvo
SEGG Y SEMEG	Alfonso Gonzalez
SECOT	Ricardo Larrainzar
SEIOMM	José Ramón Caeiro
SEMI	JL Perez Castrillón
NACIONAL	Pilar Sáez

SCIENTIFIC SOCIETIES: 21



- SEGG
- SEMEG
- SECOT
- SEFRAOS
- SEIOMM
- FHOEMO
- SEMI
- SCGIG
- SVGG
- SOGGEX
- SCMGG
- SGGCYL
- SGGPA
- SAGGARAGON
- SMGG
- SOGACOT
- SCLECARTO
- SARCOT
- SATO
- SOMACOT

Sociedades Científicas que avalan



Channels for communication

- Grupo de correo electrónico
- Grupo en Telegram que permite compartir artículos
- Carpeta compartida en Google Drive
- SECRETARIA TÉCNICA BSJ:
- rnfc@bsj-marketing.es
- Newsletter periódicas



ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL GRUPO PROYECTO DE REGISTRO NACIONAL DE FRACTURAS DE CADERA POR FRAGILIDAD EN EL ANCIANO (RNFC)

(Grupo Español Fracturas de Cadera por Fragilidad en el Anciano)

Siendo las 19:30 horas del día 09 del mes de Junio del año 2016, en la Localidad de Sevilla, coincidiendo con la reunión del grupo del trabajo: Caídas, Osteoporosis y Fractura de cadera de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Y dentro de las actividades programadas en el 58 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y el 37 Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología, celebrado a lo largo de los días 8 al 10 de junio de 2016. Se reunieron las personas físicas o sus representantes que se identifican al final de la presente Acta, para tratar los asuntos que se indican bajo el siguiente:

Registro Internacional Fragility Fracture Network

Traducción de las especificaciones de cada una de las variables empleadas en la Base de Datos según aparecen en la página de Ayuda

Versión 1.5 del *Minimum Common Dataset*
Junio 2014

PROYECTO DEL REGISTRO NACIONAL DE FRACTURAS DE CADERA POR FRAGILIDAD EN EL ANCIANO (RNFC)

Objetivo: realizar un registro multicéntrico de las características epidemiológicas, clínicas, funcionales y asistenciales de los pacientes con fractura de cadera y seguimiento al mes del alta hospitalaria en varios hospitales de España.

Diseño: el estudio constará de dos partes. En la primera se hará un estudio transversal y descriptivo donde se recogerán las variables durante el ingreso hospitalario. En la segunda parte se realizará un seguimiento prospectivo a un mes.

Ámbito y sujetos del estudio: se incluirán todos los pacientes mayores de 74 años con fractura de cadera por fragilidad ingresados en los distintos hospitales colaboradores en el territorio nacional.

Variabes: en cada paciente se recogerán distintas características de la base de datos adaptada del *Registro Internacional Fragility Fracture Network (FFN)*.

Conclusiones: la información obtenida de este registro nos permitirá comparar los resultados de cada hospital a lo largo del tiempo, compararnos con otros centros de la misma comunidad y con otros hospitales de España y puesto que utilizaremos un registro internacional, también con datos a nivel europeo.



NATIONAL AND INTERNATIONAL SUPPORT

 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA

Madrid, 15 de marzo de 2017

La Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, considera que el proyecto de Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC) puede resultar de interés para la mejora de la calidad de la práctica asistencial y la atención al paciente anciano con fractura de cadera en el Sistema Nacional de Salud y muestra su apoyo a dicha iniciativa.


Dña. Araceli Arce Arnáez
Subdirectora General de Promoción de la Salud y Epidemiología



AES Evaluation Committee, Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Economía, Industria y Competitividad

12th of May 2017

The Fracture Fracture Network is an international non-profit organisation that brings together a broad international membership of clinician and scientist activists, and seeks to promote the dissemination globally of the best multidisciplinary practice in preventing and managing fracture fractures.

The FFN therefore strongly supports the pending application of the emerging national Spanish hip fracture audit (RNFC) for national-level funding support over three years for the development of work that has already shown results.

Beginning at the 4th FFN Global Congress in Madrid in September 2015 with an email inviting interest in the development of an RNFC, our Spanish colleagues have already made substantial progress. The resulting meetings of orthopaedic surgeons, geriatricians, statisticians and others rapidly agreed a strategy building upon their familiarity with established national audits, and incorporating the use of the FFN Minimum Common Dataset as an integral part of their work. (The FFN MCD facilitates international comparisons and collaborations – now widely agreed as central to the wider implementation of effective hip fracture audit around the world)

With expressions of support from relevant scientific societies – national and local, and from several specialties – the emergent RNFC launched a pilot phase earlier this year. 47 hospitals are now contributing and the number of cases documented so far (approximately 1.600 to date) will soon amount to several thousand. The FFN, with wide experience of supporting hip fracture audit development, regards such progress in less than two years as exemplary.

Also noteworthy is a recent RNFC publication (Saez-Lopez P, Branas F, Sanchez-Hernandez N, et al. Hip fracture registries: utility, description, and comparison. *Osteoporos Int.* 2017 Apr;28(4):1157–1166). This has proved to be a timely and strategic addition to the hip fracture literature, very much in keeping with the FFN's aims of promoting collaboration, including that of work on international audit-based clinical research.

Given the impressive and extremely rapid progress of the RNFC so far, and its potential for improving the quality, effectiveness and cost-effectiveness of hip fracture care in Spain – thus tackling the deficiencies identified by the 2015 OECD Report in such care – substantial national-level funding is not only a high priority, but will, I believe, prove to be an excellent investment in providing better and cheaper care of hip fracture throughout Spain.

Yours sincerely,


Henrik Palm, President, Fracture Fracture Network

53 PARTICIPATING HOSPITALS

Feb-Nov 2017

Nombre Hospital
Hospital Avila
Hospital del Mar. Centre Fórum.
Hospital Universitario Mútua de Terrassa
Hospital Santa Creu
Hospital de Mataró / Consorci Sanitari del Maresme (CSdM)
Hospital La línea de la Concepción
Hospital de Igualada. Consorcio Sanitario del Anoia
Hospital Moisés Broggi-Consorci Sanitari Integral
Hospital Universitari de Bellvitge (HUB)
Hospital municipal de Badalona (CSS El Carme)
Hospital de Manises
Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero
Hospital Virgen del Puerto
Hospital Ciudad Real (Hospital Universitario de Ciudad Real)
Hospital Clínico Universitario de Santiago
Hospital d'Olot Comarcal de la Garrotxa
Hospital Universitario de Guadalajara
Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Hospital de Barbastro
Complejo Asistencial de León
Hospital Universitario Santa María / Hospital Universitario Arnau de Vilanova
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitario Infanta Leonor
Hospital Ramon y Cajal
Fundación Jiménez Díaz
Hospital Clínico Universitario San Carlos
Hospital Doce de Octubre
Hospital Universitario La Paz
Hospital Central de la Defensa Gomez Ulla
Hospital Universitario Infanta Elena
Hospital General de Villalba
Hospital Universitario Infanta Sofía
Hospital Universitario de Getafe
Hospital Universitario Severo Ochoa
Hospital Rey Juan Carlos
Hospital Universitario de Móstoles
Hospital Monte Naranco
Hospital de la Cruz Roja Gijón
Hospital Universitario de Cabueñes
Hospital Vital Álvarez-Buylla
Complejo Asistencial de Palencia
Hospital Doctor José Molina Orosa
Hospital Álvaro Cunqueiro Vigo
Complejo Asistencial de Segovia
Hospital Virgen de la Salud Toledo
Hospital Clinico Universitario de Valladolid
Hospital Provincial de Ntra Sra de Gracia
Hospital Universitario Miguel Servet
Hospital General Obispo Polanco de Teruel
Hospital San Juan de Dios Bormujos
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
Hospital Sociosanitario Francolí
Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena
Sant Antoni Abad de Vilanova i la Geltru
TOTAL

Contents

- 1. ¿Quién forma parte del grupo de trabajo RNFC?
- 2. ¿Cuál son los objetivos del RNFC?
- 3. ¿Cómo nació el RNFC?
- 4. ¿Cómo se organiza el trabajo?
- **5. Evolution of the RNFC.**
- 6. Algunos resultados de los datos de 2017.
- 7. ¿Y a mí que me aporta el RNFC?

5. EVOLUTION OF THE RNFC

Orto geriatría
La Paz
Nov 2015: **27**



SEGG
Consenso FFN
Responsables
Junio 2016: **70**

1º Reunión RNFC:
Feb 2018: **184**

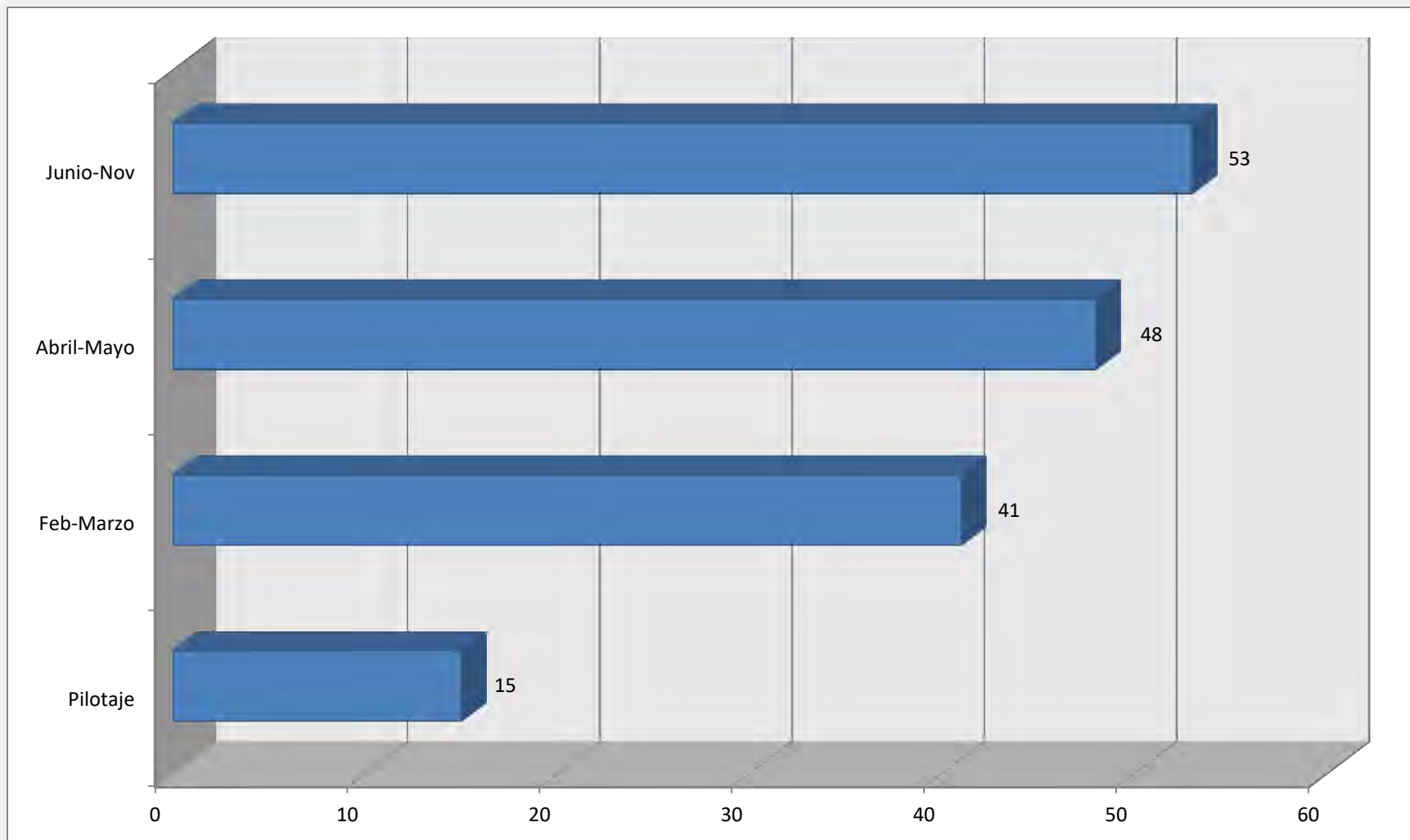


DETAILS OF THE RNFC INTEREST GROUP

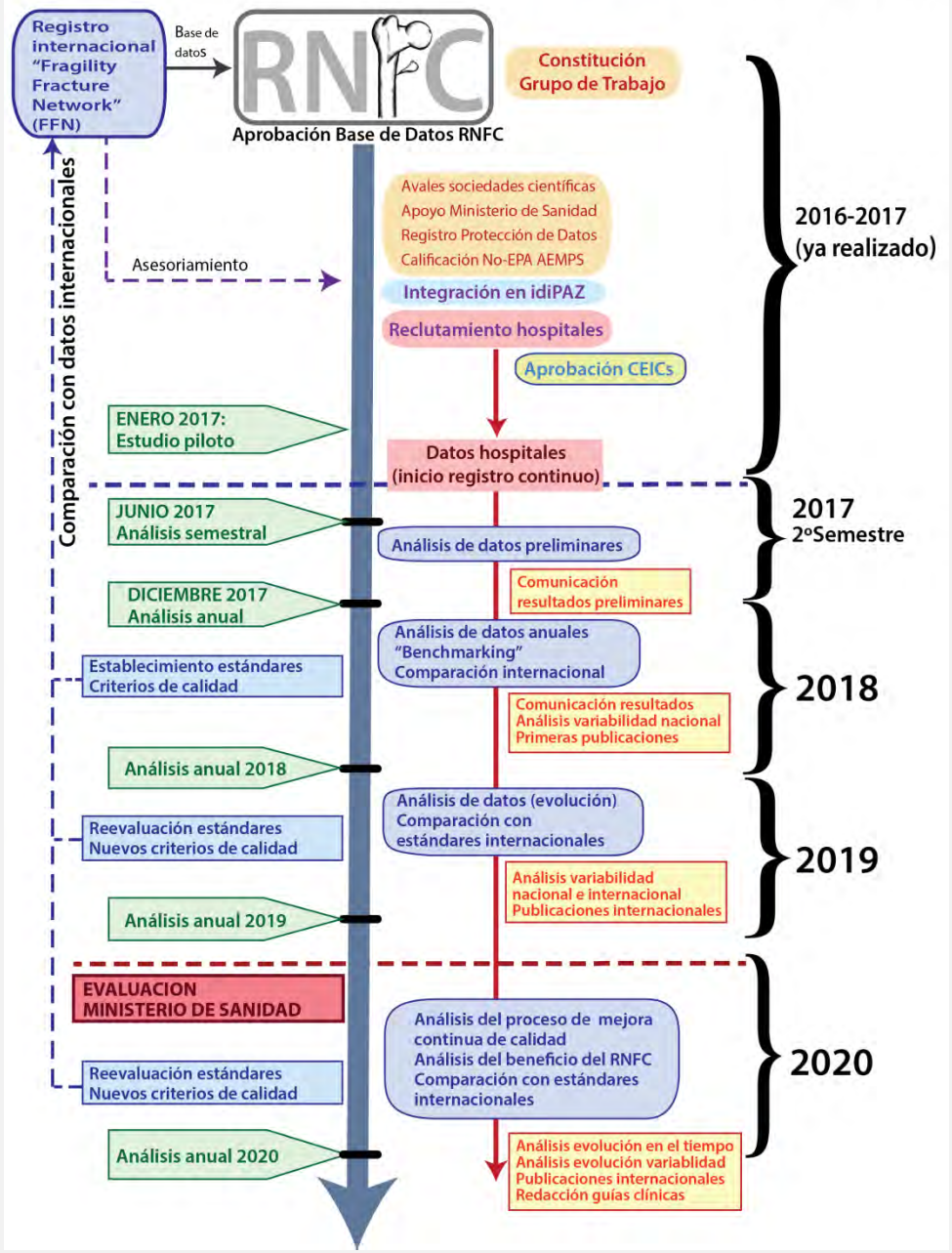


EVOLUTION OF THE RNFC :

Number of participating hospitals 2017



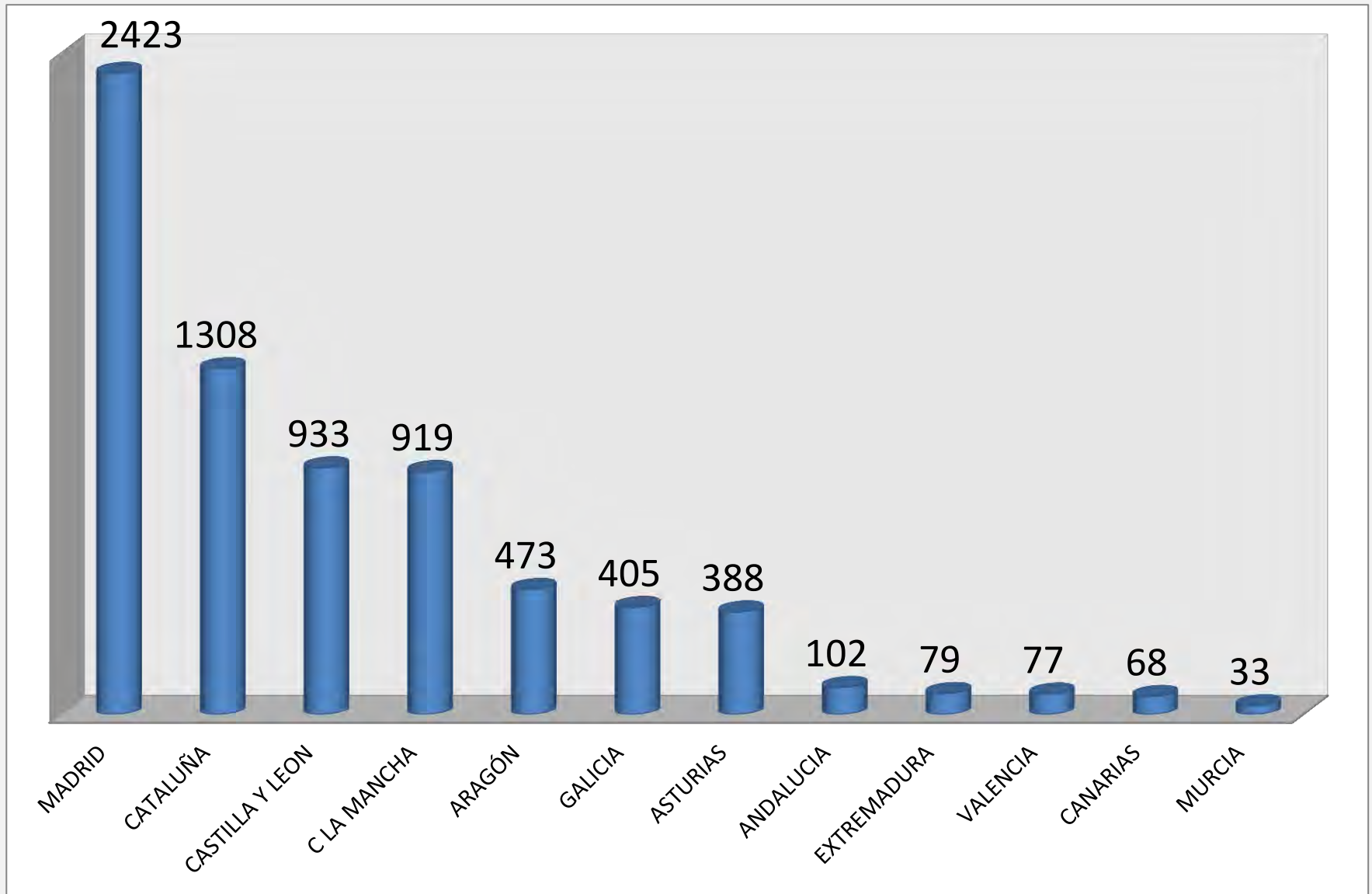
Cronograma Registro Nacional de Fracturas de Cadera



Contents

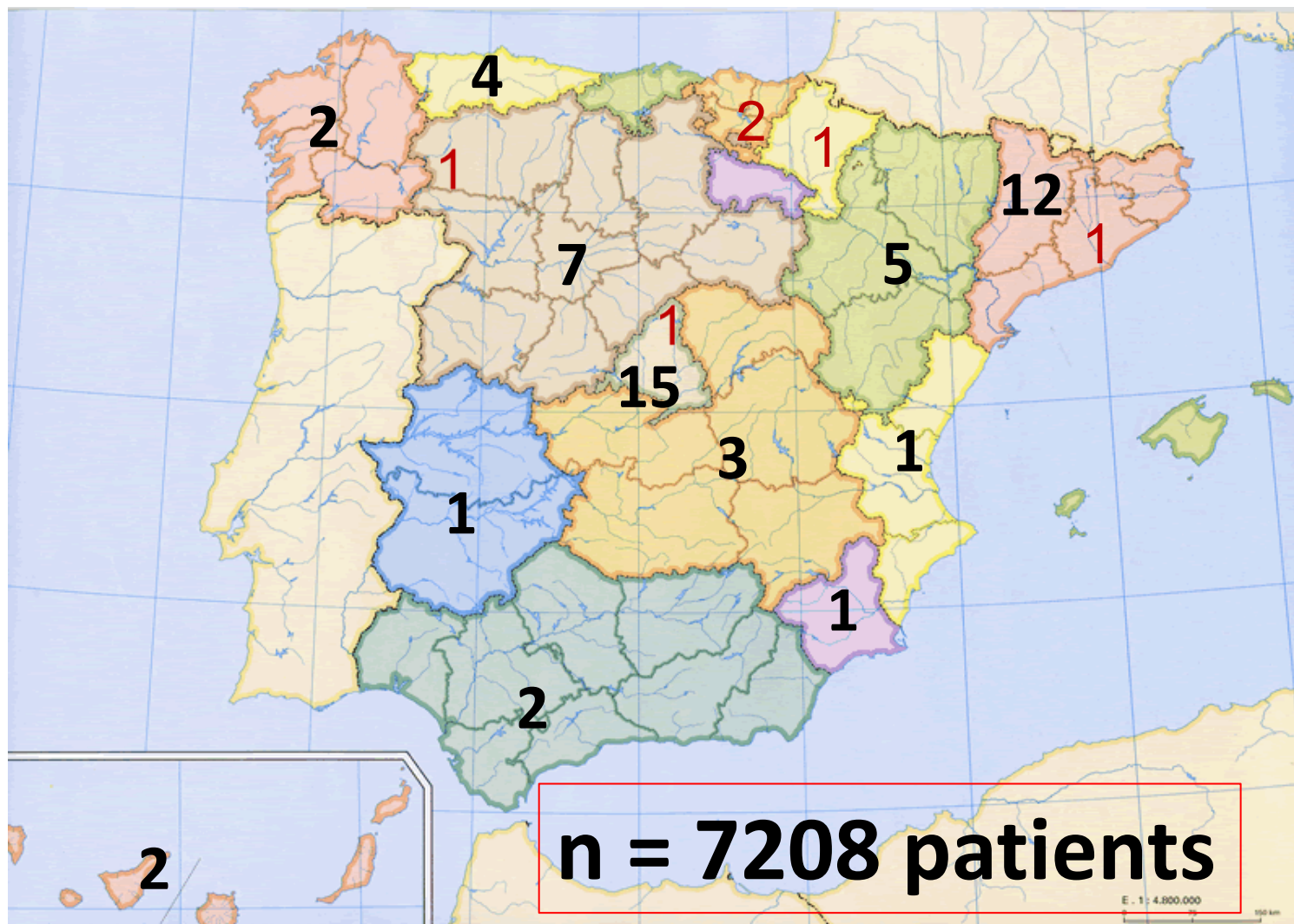
- 1. ¿Quién forma parte del grupo de trabajo RNFC?
- 2. ¿Cuál son los objetivos del RNFC?
- 3. ¿Cómo nació el RNFC?
- 4. ¿Cómo se organiza el trabajo?
- 5. Evolución del RNFC en este año.
- **6. First results February-November 2017.**
- 7. ¿Y a mí que me aporta el RNFC?

ANALYSIS feb-nov 2017: Number of cases per Region

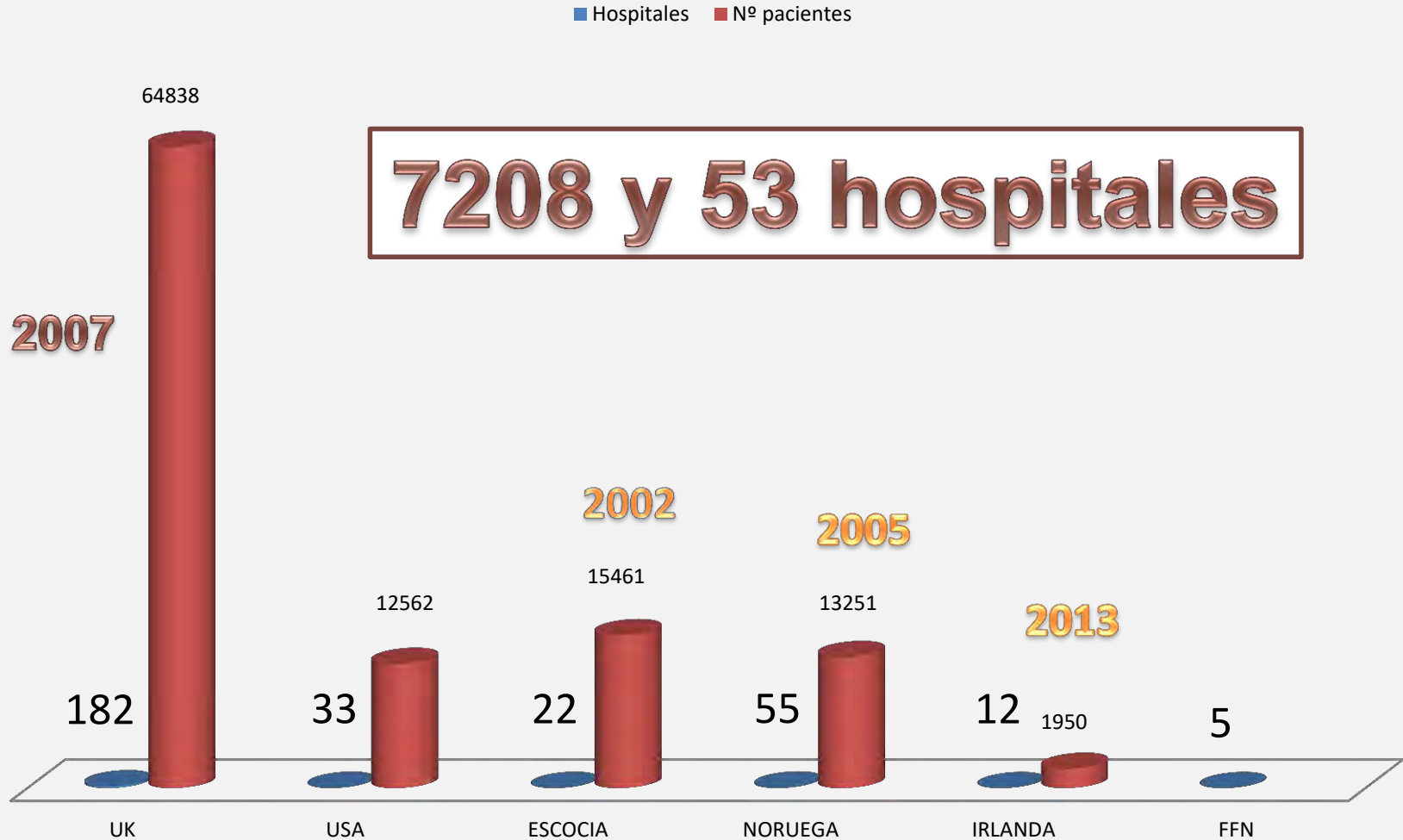


First results (JAN – NOV 2017)

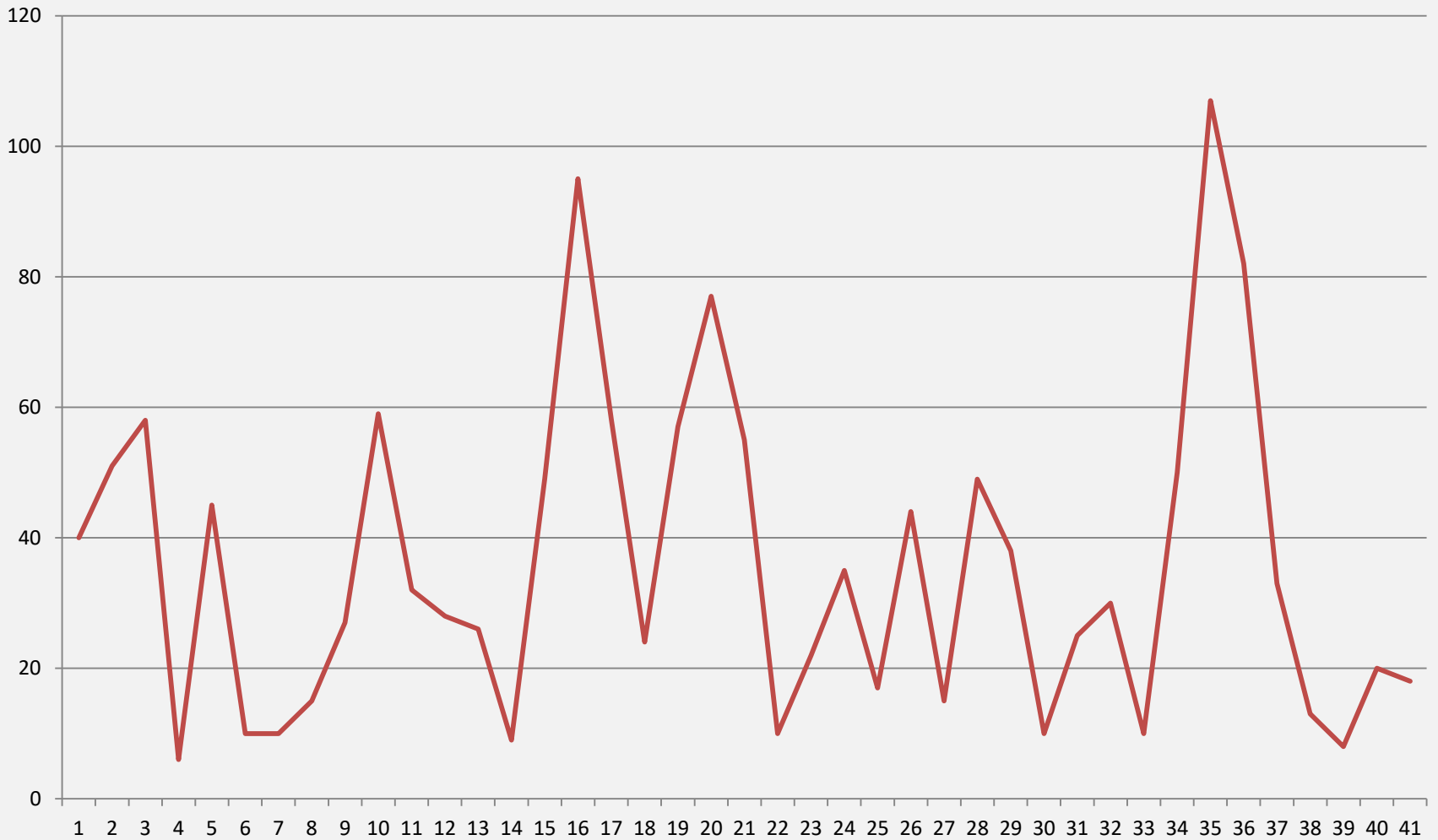
- 53 hospitals



Number of participating hospitals and patients included in other countries' registries



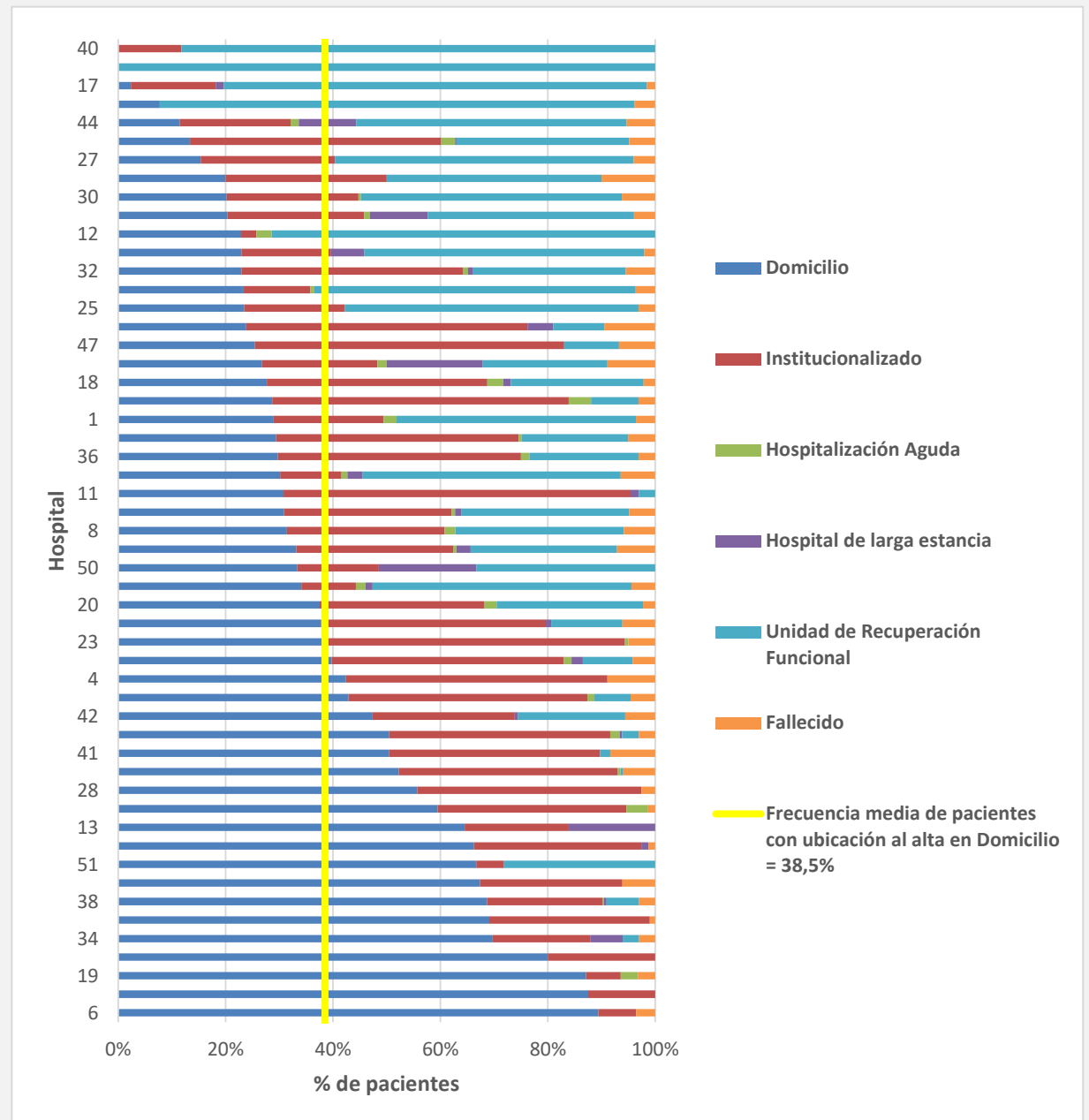
NUMBER OF CASES PER HOSPITAL



DESTINATION UPON DISCHARGE: 38,5% home

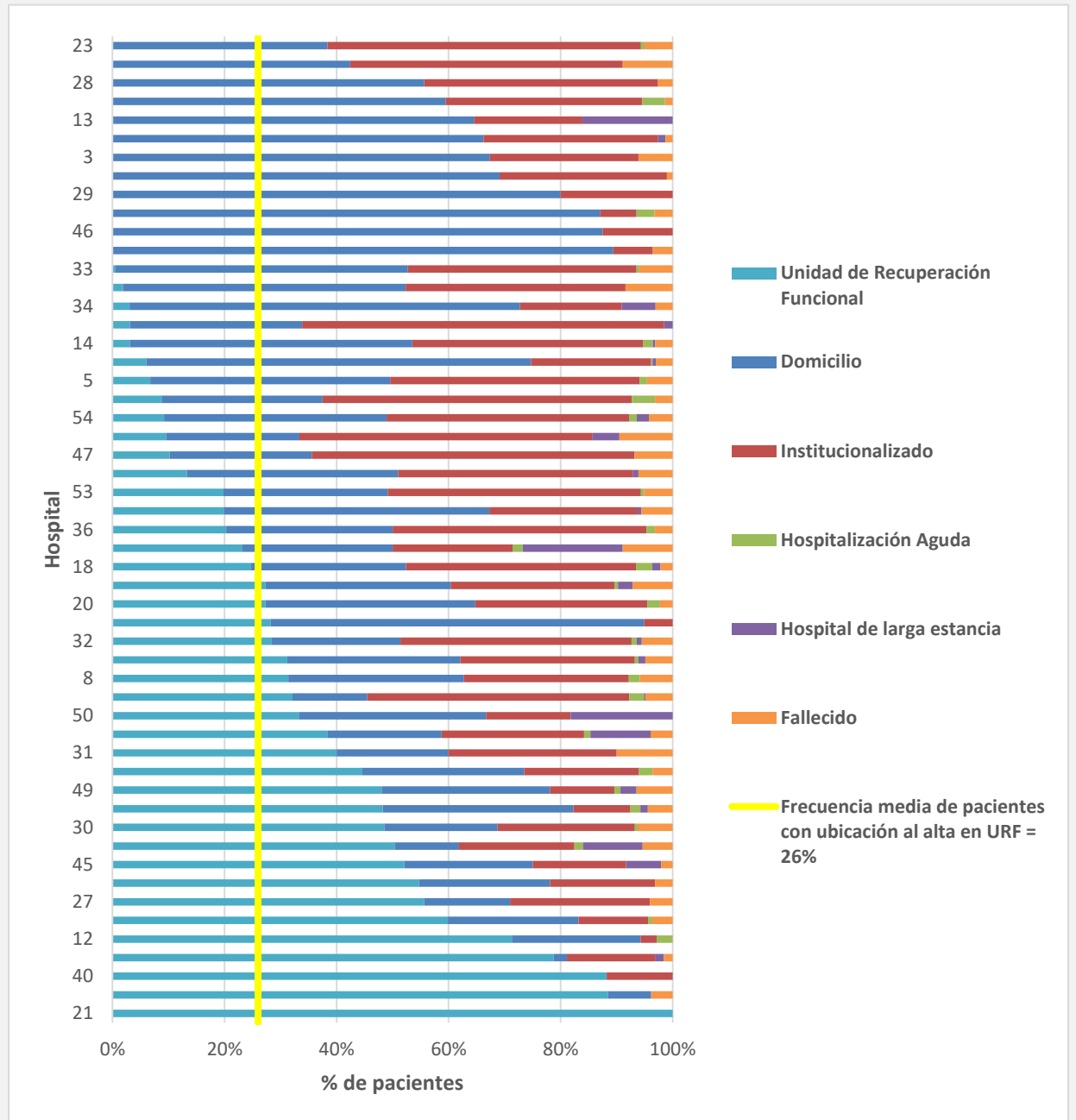
Varía del 0 al 89,4%

¡37% de los pacientes no volvieron a su domicilio!



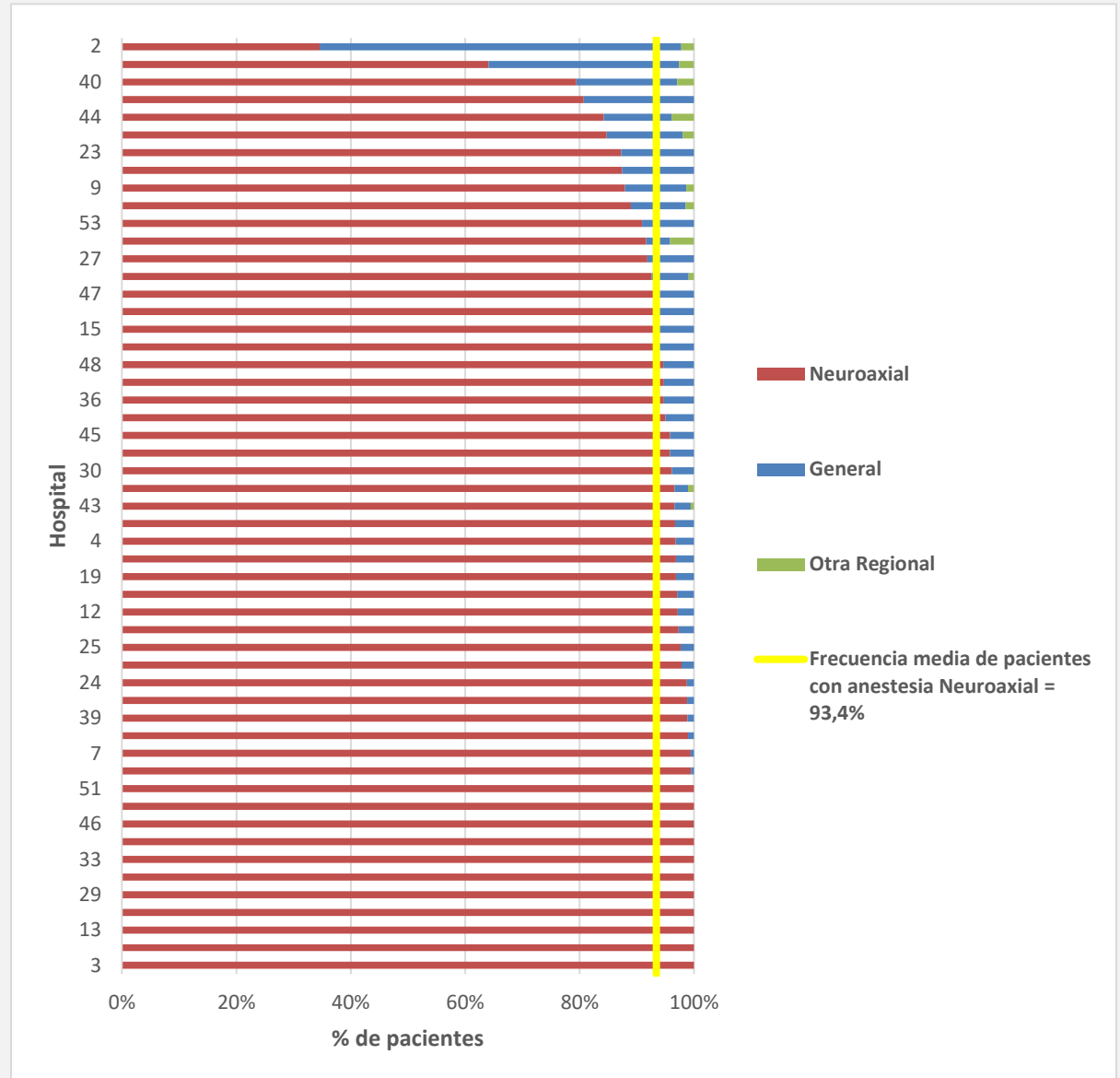
DESTINATION UPON DISCHARGE: 26% UME

Varía del 0 al 100%



93,4% Spinal anaesthesia

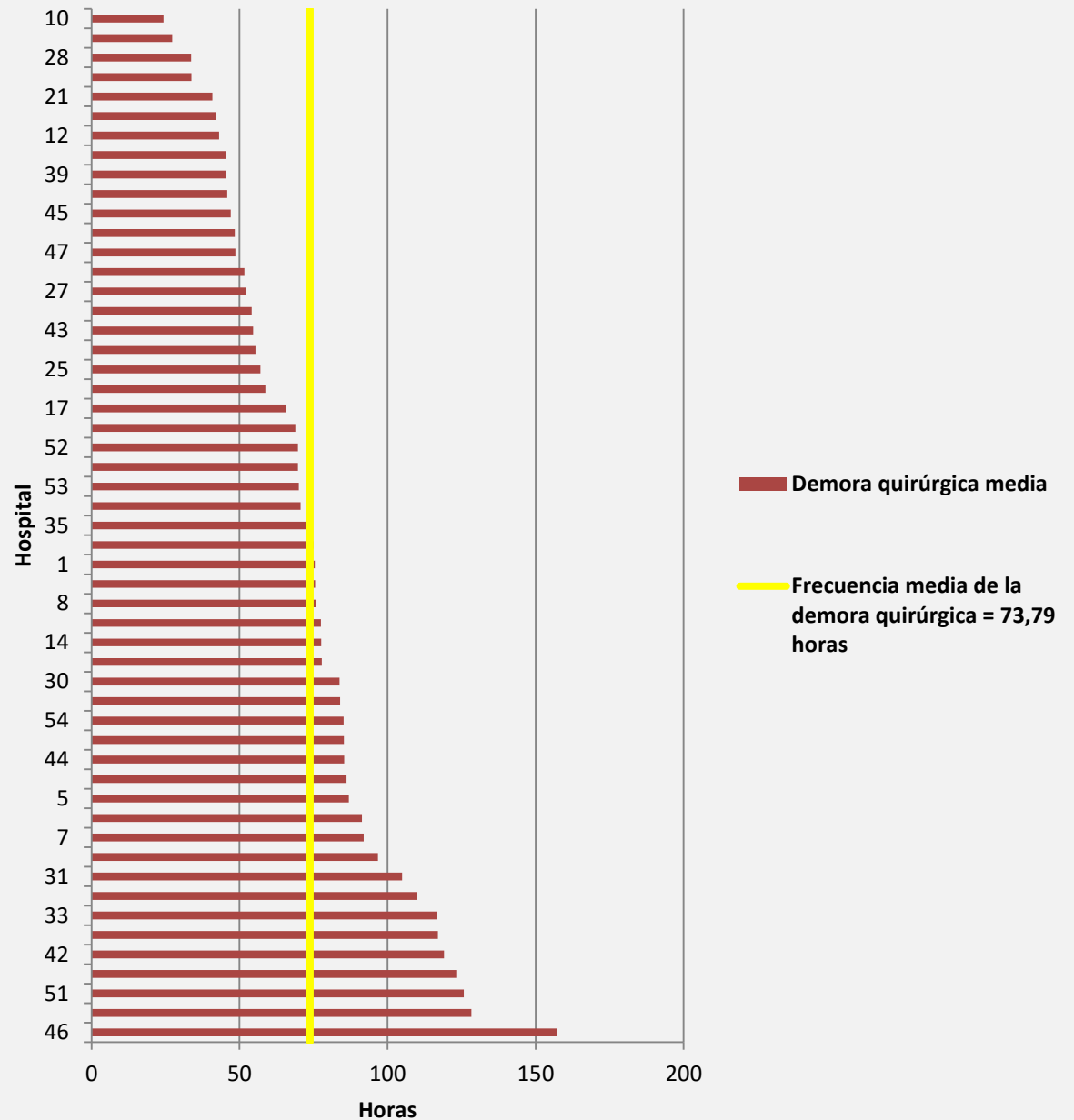
Varía del 34,6 al 100%



**SURGICAL
DELAY:
73,8 hours**

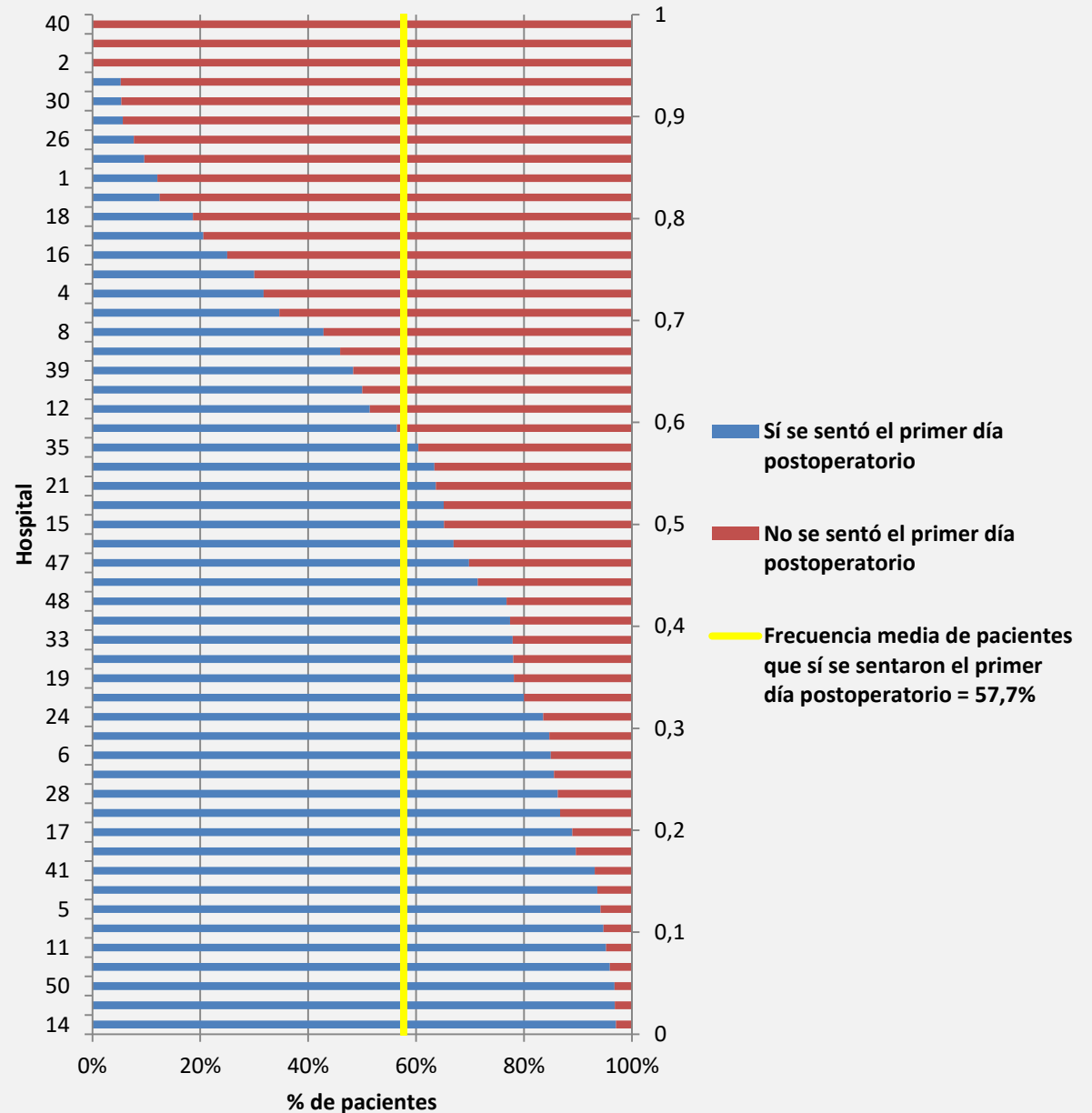
Varía desde:
157h a 24h

**Length of stay:
10,69 days**



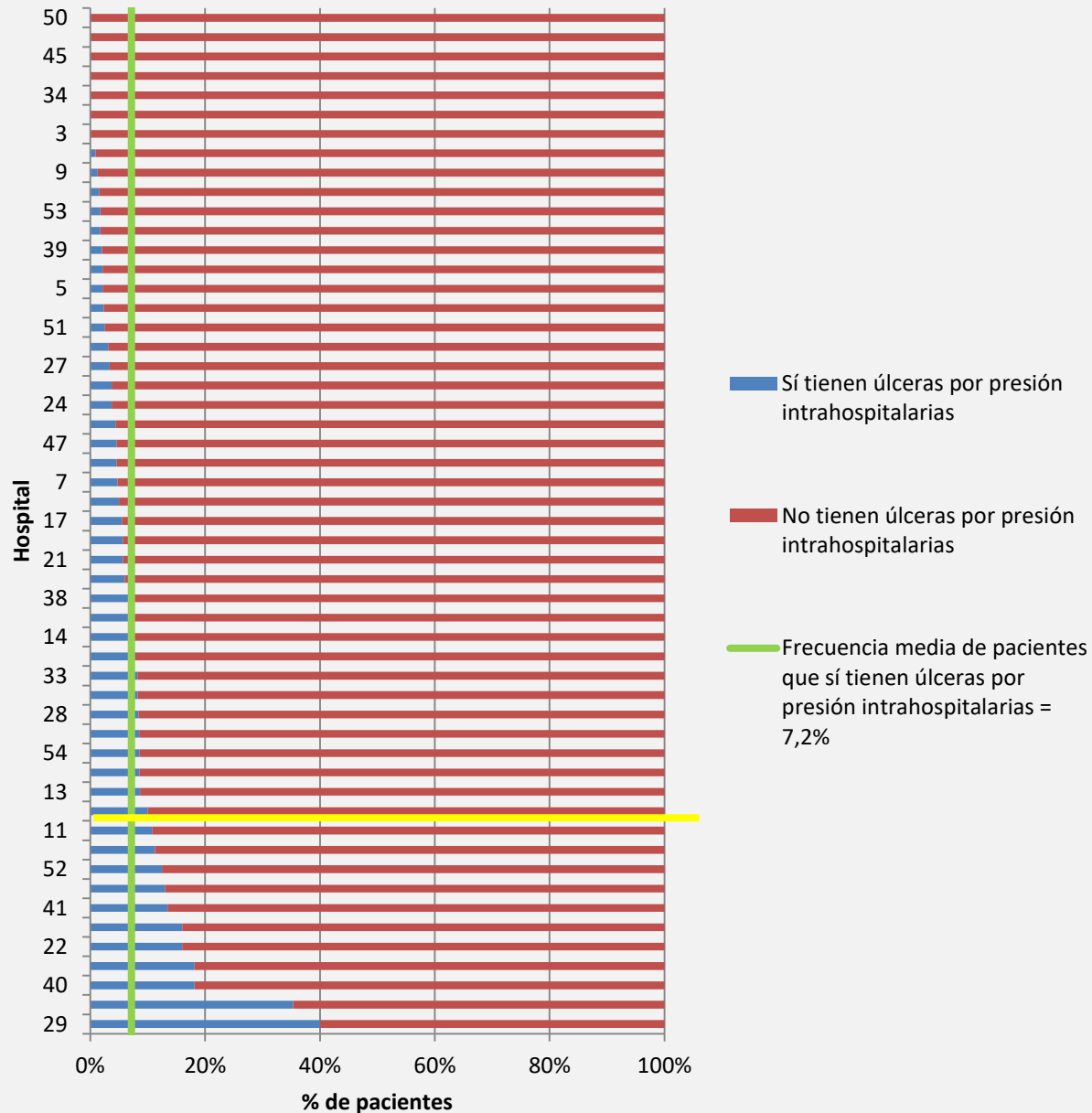
Mobilization of
first day: 57,7%

Varía desde el 0 al 97%



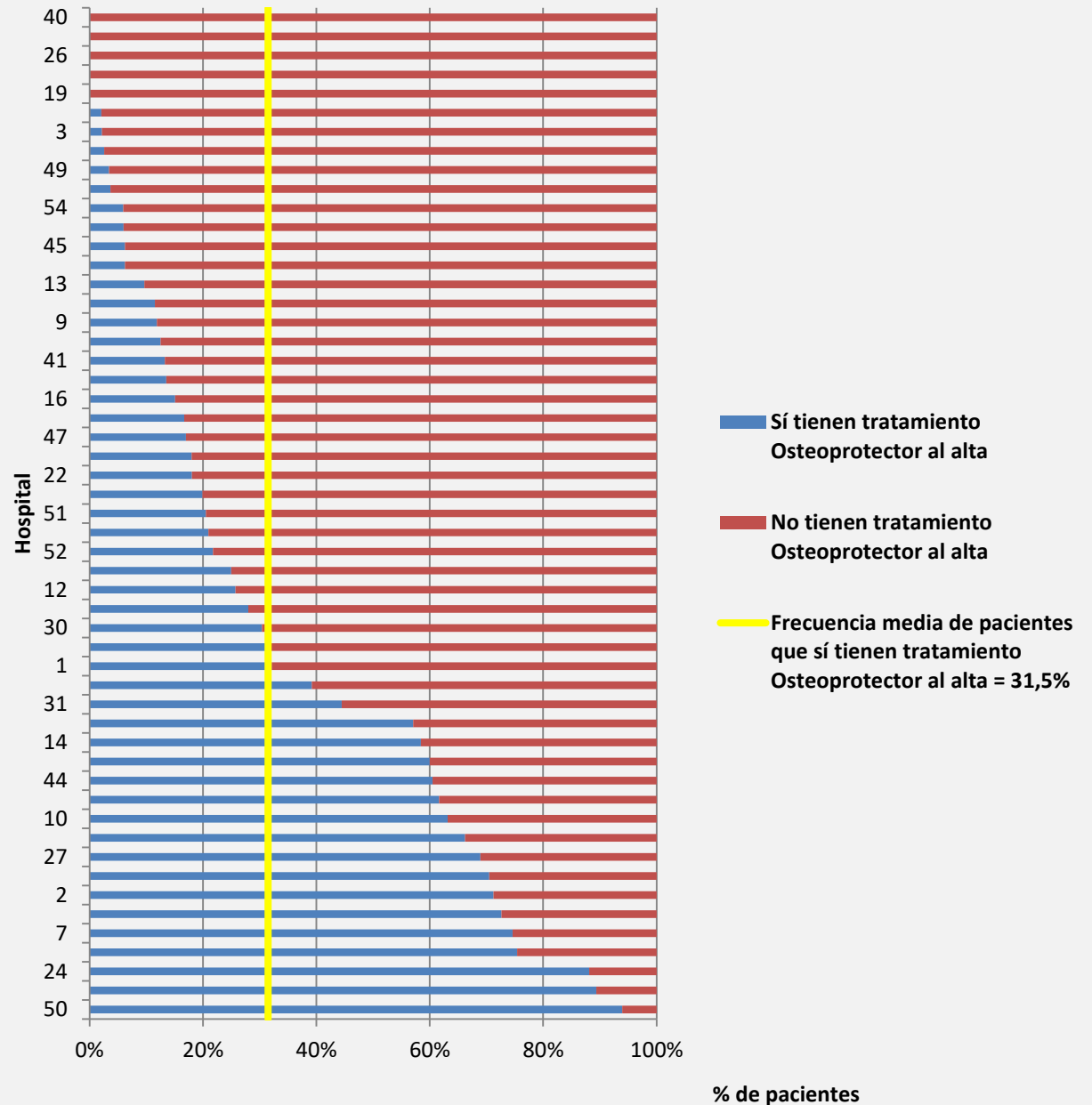
7,2% pressure sores during hospitalization

Varía del 0 al 40%

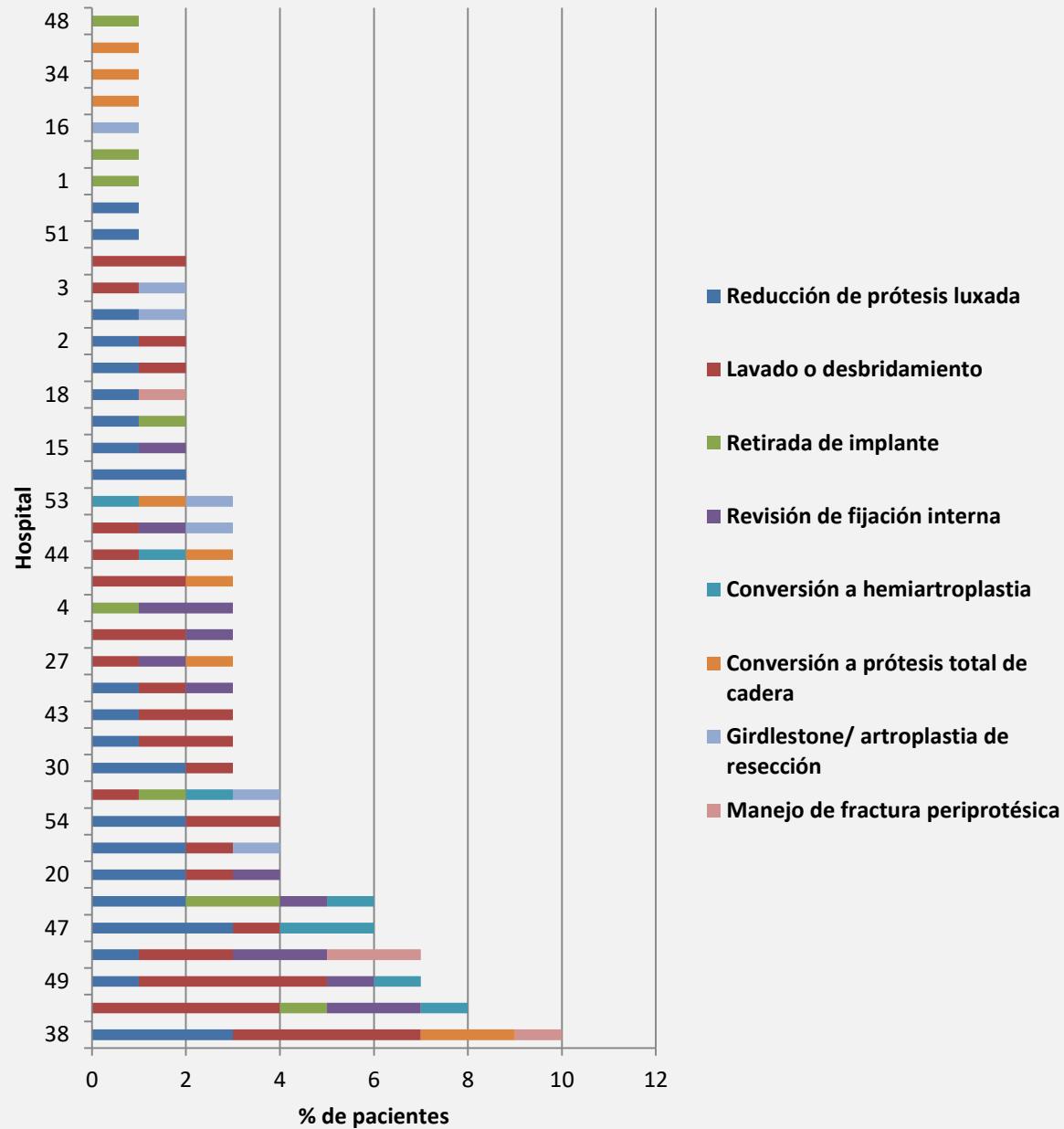


31,5% bone protection treatment at discharge

Varía del 0 al 93,9%

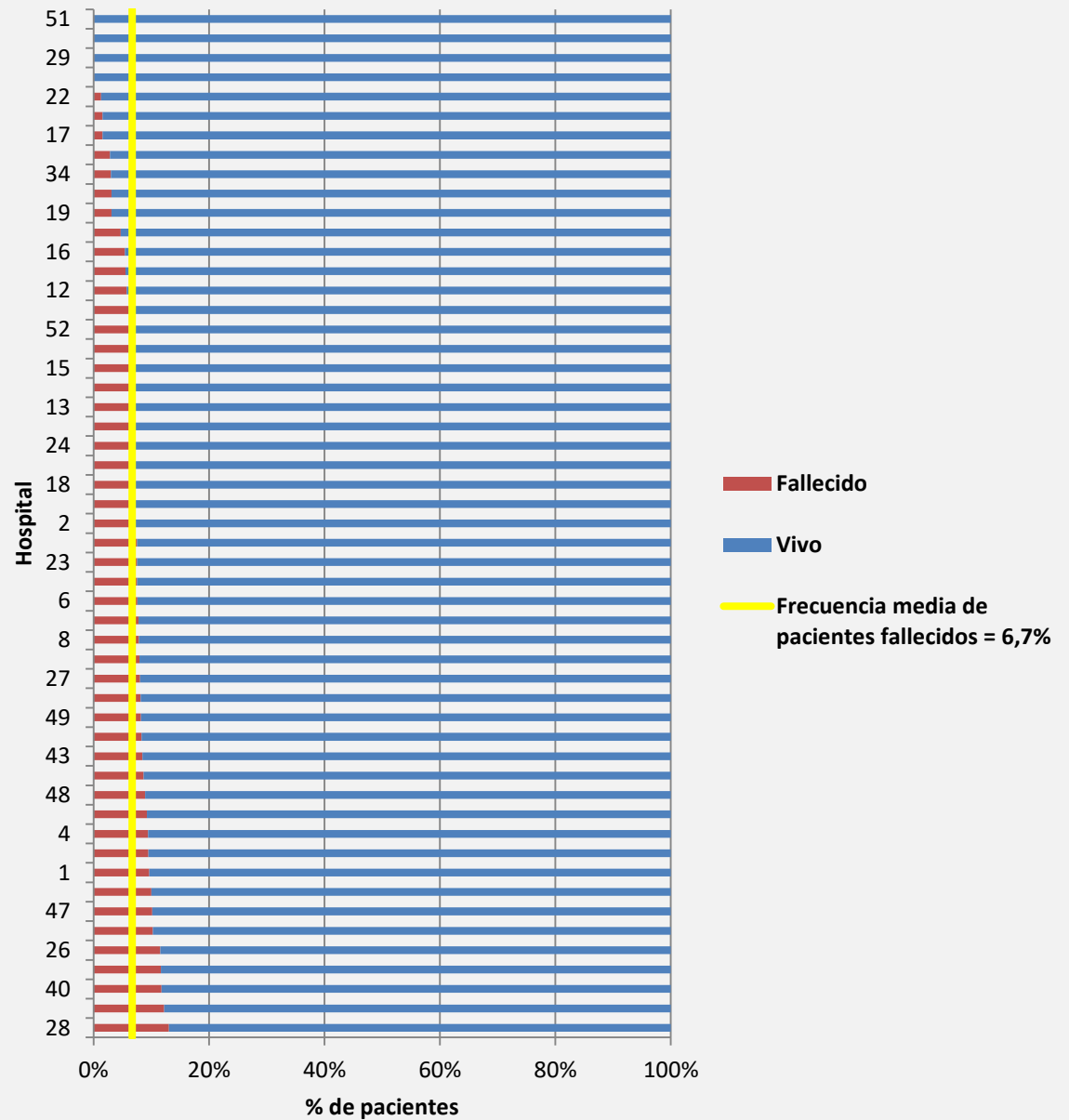


Reoperation due to surgical complications



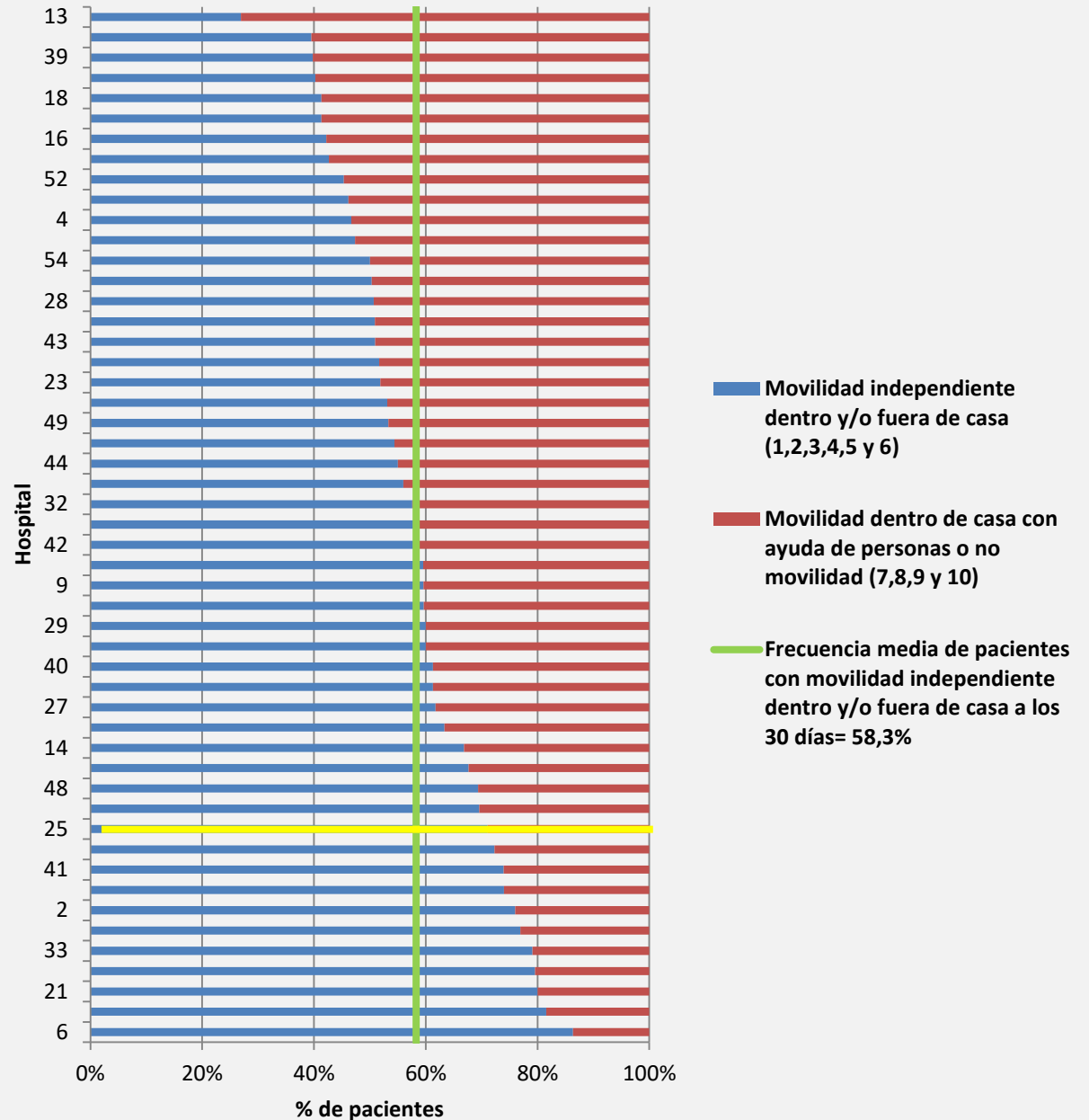
6,7% 30-day MORTALITY

Varía desde el 0 al 13%



MOBILITY at 30 days: 58,3%

Varía desde 26,9 al 86,3%



Contents

- 1. ¿Quién forma parte del grupo de trabajo RNFC?
- 2. ¿Cuál son los objetivos del RNFC?
- 3. ¿Cómo nació el RNFC?
- 4. ¿Cómo se organiza el trabajo?
- 5. Evolución del RNFC en este año.
- 6. Algunos resultados de los datos de 2017.
- **7. What do I get from participating with the RNFC?**


7. What do I get from participating with the RNFC?

- MEJORA CONTINUA DE LA ATENCIÓN DEL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA EN MI HOSPITAL.
- **Certificado de participación** en el RNFC para participantes y para cada hospital (Carrera Profesional)
- Posibilidad de participar en **estudios de investigación** que se planteen.
- **Artículo sobre el método** (se menciona a todos los responsables de cada hospital)
- **Capítulo del libro** de Ortogeriatria Ávila
- **Informe anual, con ISBN**
- **Aprender** de las mejores prácticas.
- **Formar parte de un grupo de trabajo** multidisciplinar.



PROYECTO DEL REGISTRO NACIONAL DE FRACTURAS DE CADERA POR FRAGILIDAD EN EL ANCIANO
INTRODUCCIÓN OBJETIVOS, DISEÑO

Informe estadístico Febrero 2018




Revista Española de Geriátria y Gerontología

www.elsevier.es/regg

ORIGINAL

Spanish National Hip Fracture Registry (SNHFR): a description of its objectives, methodology and implementation

P. Sáez-López^{a,c}, J.I. González-Montalvo^{b,c,e}, C. Ojeda-Thies^d, J. Mora-Fernández^e, A. Muñoz-Pascual^f, J.M. Cancio^g, F.J. Tarazona^h, T. Parejaⁱ, P. Gómez-Campelo^c, N. Montero-Fernández^j, T. Alarcón^{b,c}, P. Mesa-Lampre^k, R. Larrainzar^l, E. Duaso^m, E. Gil-Garay^{b,c}, A. Díez-Pérezⁿ, D. Prieto-Alhambra^o, R. Queipo-Matas^{c,p}, A. Otero-Puime^{c,q}, on behalf of the participants in the RNFC



5^a Actualización en
ORTOGERIATRÍA

Ávila - 2017



Pilar Sáez López como Coordinadora Nacional, y Juan Ignacio González Montalvo como responsable del centro coordinador (Grupo 27, Instituto de Investigaciones del Hospital Universitario La Paz) del Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC), certificar que:

Hospital Universitario Miguel Servet

ha participado durante el año 2017 en el Registro Nacional de Fracturas de Cadera (registro multicéntrico continuo para la mejora de la calidad asistencial), avalado por las 21 sociedades científicas que figuran al dorso, por la Fragility Fracture Network, y por el Ministerio de Sanidad.

Lo que hacen constar en Madrid, a 19 de enero de 2018.

Fdo.  Fdo. 
Pilar Sáez López Juan Ignacio González Montalvo

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

Pilar Sáez López, como Coordinadora Nacional, y Juan Ignacio González Montalvo, como responsable del Centro Coordinador (Fundación IiDPAZ) del Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC), avalado por las sociedades científicas que figuran al dorso:

Ha en constar que el Dr. / Dña.:

Raquel Ortés Gómez

Ha participado como Investigadora / Colaboradora en el estudio multicéntrico, Registro Nacional de Fracturas de Cadera durante los años 2016 y 2017.

Lo que hacen constar en Madrid, a 2 de noviembre de 2017.

Fdo.  Fdo. 
Pilar Sáez López Juan Ignacio González Montalvo

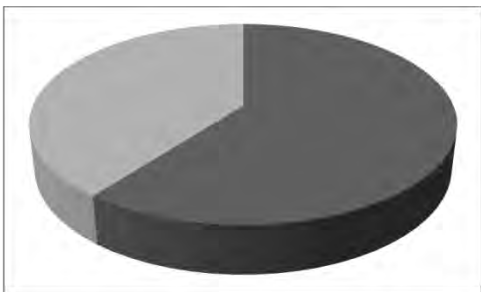


Sociedades Científicas que avalan

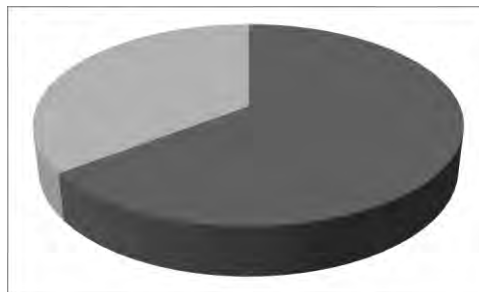




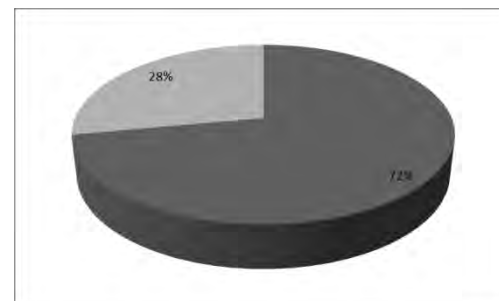
Was the RNFC useful for you? 47



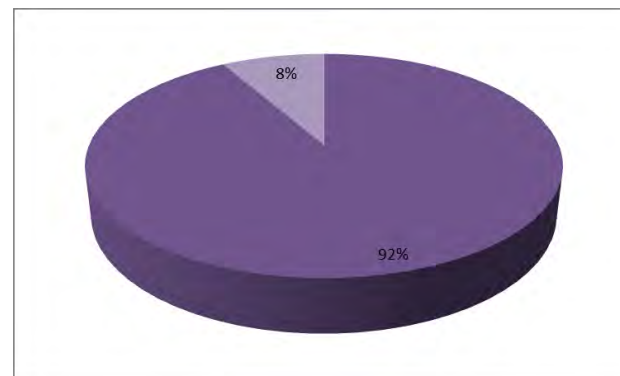
60,4% presentó RNFC a Dirección



64,6% mejoras de atención



72% relacionan la mejora con la presentación de datos



Al 91,7% le resulta útil el RNFC

UTILIDAD DE LOS REGISTROS

Comparación con otros centros y la evolución del propio centro

- Comparación con centros de similares características (comunidad, similar tamaño o similares recursos..) y recomendaciones diferenciadas

Auditoría de parámetros

- Estándares que nos guíen para mejorar

Conocimiento de la realidad asistencial

- Establecer ratio de quirófanos, geriatras, personal, fisioterapeutas por N^o Fx/año o N^o fx media ingresados

Unificar el modo de atención

- RNFC Y ACTUALIZAR GPC

Estudios de investigación.

- Oportunidad de estudios de investigación sobre los problemas más prevalentes: Hiponatremia, POSE, nutrición, delirium, dolor, función, mortalidad...

Las complicaciones son caras

La colaboración ortogeriátrica es barata

Article

Estimate of the Costs Caused by Adverse Effects in Hospitalised Patients Due to Hip Fracture: Design of the Study and Preliminary Results

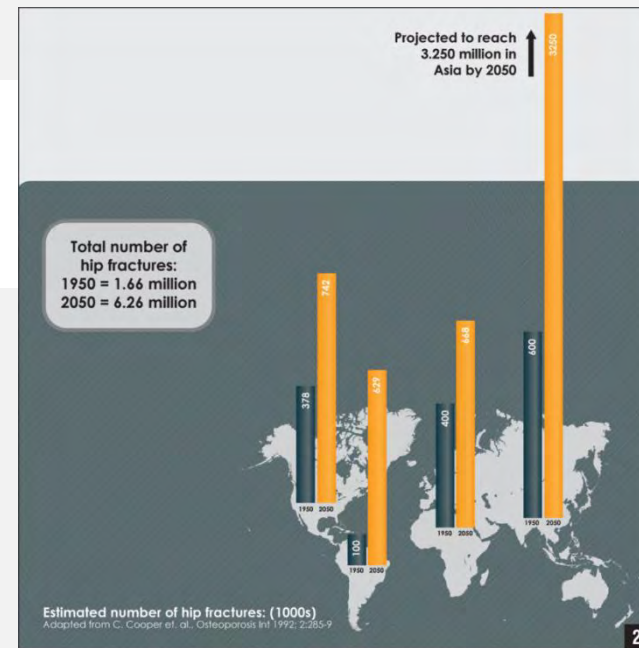
David Cuesta-Peredo ^{1,4,5,*}, Francisco Jose Tarazona-Santabalbina ^{2,4}, Carlos Borrás-Mañez ³, Angel Belenguer-Varea ^{2,4}, Juan Antonio Avellana-Zaragoza ^{2,4} and Francisco Arteaga-Moreno ⁴

Coste medio 8752
Si EA aumenta 2300

Dedicated Perioperative Hip Fracture Comanagement Programs are Cost-effective in High-volume Centers: An Economic Analysis

Eric Swart MD, Eshan Vasudeva BS, Eric C. Makhni MD, MBA,
William Macaulay MD, Kevin J. Bozic MD, MBA

54 FC/año cost effective
> 300 FC/año cost savings



¡Si quieres apuntarte al registro,
estás a tiempo!

rnfc@bsj-marketing.es

- Documento comité ético
- Excell
- Código

¡Muchas Gracias!

