



ESTUDIO EPINE-2017

Preguntas más frecuentes

Preguntas más frecuentes

Índice

1. ¿Quién resuelve mis dudas?	2
2. Aspectos Organizativos	2
3. Dudas sobre los datos del hospital	3
4. Dudas sobre los datos del paciente	3
5. Dudas sobre el uso de antimicrobianos	5
6. Dudas sobre las infecciones activas	5
7. Dudas sobre los microorganismos	7
8. Dudas sobre los controles de calidad	7

1. ¿Quién resuelve mis dudas?

Para dudas sobre el sistema web de entrada de datos, permiso de acceso, ID de hospital, se ruega que se pongan en contacto con el Dr. J.J. Otal (jjotal@vhebron.net).

Para las consultas sobre antimicrobianos, infecciones y otras variables, se ruega se pongan en contacto con epinepps@gmail.com.

2. Aspectos Organizativos

2.1 ¿Los centros de crónicos pueden participar en el EPINE – EPPS?

Si, los hospitales de crónicos pueden participar en el EPINE. Sin embargo, en el apartado de comentarios del Formulario del Hospital debe señalarse que se trata de un hospital de crónicos.

2.2 ¿Cuál es el código de mi hospital?

Los códigos de los hospitales que participan en el EPINE - EPPS son los mismos que tenían en el EPINE. En el caso de no haber participado nunca en el EPINE o no saber cuál es su código, póngase en contacto con el Dr. J.J. Otal (jjotal@vhebron.net) para que le facilite el código.

2.3 Método y plazos del estudio

¿Se tiene que estudiar toda una planta del hospital en el mismo día obligatoriamente?

No. Es recomendable, pero no obligatorio. En el caso que no se pueda estudiar una planta completa en un sólo día, recomendamos dividirla en 'grupos' de habitaciones que contengan un número de enfermos que sí se puedan estudiar en una jornada. De esta manera, cada día se revisaría qué pacientes de ese grupo cumplen los criterios para ser incluidos en el estudio, y en caso de que no cumplan los criterios de inclusión, no han de ser revisados de nuevo en días posteriores.

¿Cuál es el plazo para la recogida de datos?

Debe hacerse según el plazo que se indica en el Protocolo: recogida de datos en el mes de mayo (¡únicamente en este mes!), e introducción de los datos al sistema web durante el mes de mayo y hasta el 15 de junio.

Recomendaciones:

- Primera fase:

- Efectuar la recogida de datos del hospital (formulario H)
 - Se recomienda recoger de forma sistemática los datos de los pacientes en 1-2-3 semanas de mayo, según el tamaño del hospital.
 - Segunda fase: a continuación, revisar los formularios recogidos durante unos 2-5 días, para detectar la falta de información y errores.
 - Tercera fase: realizar la introducción de datos a la web de forma concentrada, en pocos días.
- Es decir, aconsejamos dedicar el mes de mayo a la recogida y revisión de los datos y, después, durante una semana de junio a su introducción.

3. Dudas sobre los datos del hospital

3.1 ¿Anoto sólo los datos de mi centro o los datos globales del complejo al que pertenece?

Es conveniente que cada centro participante facilite los datos de forma individual. Ello también se aplica en los centros que formen parte de un complejo asistencial o ciudad sanitaria. En caso de pertenecer a un grupo administrativo de hospitales se debe indicar (Sí/No) en el Formulario de Hospitales Segunda Parte.

4. Dudas sobre los datos del paciente

4.1 ¿Hay que incluir en el estudio a un paciente que no está en la planta cuando realizamos la encuesta?

Ejemplo: Un paciente que consta como ingresado en la planta a las 8 am, programado para cirugía, y al llevar a cabo la encuesta está en el quirófano. ¿Lo incluyo en el estudio? ¿Registro los datos de la intervención quirúrgica (ASA, grado de contaminación, etc.) al otro día? ¿O no cumplimiento esos datos por no estar en la planta en el momento de la encuesta?

En el Protocolo, en los criterios de inclusión/exclusión de paciente, se explica que: "Han de ser incluidos todos los pacientes ingresados en la planta antes o a las 08:00 horas de la mañana, y que no hayan sido dados de alta en el momento de la realización de la encuesta. En la práctica, esto significa que los pacientes trasladados desde o a otra unidad a partir de las 08:00 horas no han de ser incluidos".

Ello significa que han de ser incluidos todos aquellos pacientes ingresados en la planta antes o a las 08:00 horas de la mañana, y que en el momento de realizar el estudio estén fuera de ella para ser sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos (p.e. cirugía).

Si el paciente no estuviera de vuelta en la planta al final del día en que se realiza la encuesta y quedase información pendiente de recoger, es recomendable volver otro día para completar la encuesta del paciente. Por lo tanto, sí que cumple criterios para ser incluido y los datos que no se pueden recoger ese día al no estar disponible el paciente (p.e.: dispositivos, ASA...) se pueden recoger al día siguiente.

4.2 ¿Hay que incluir en el estudio a los neonatos sanos que están con su madre en la planta?

Si no constan como ingresados desde el punto de vista administrativo, no es necesario. En el caso opuesto, sí que han de incluirse.

4.3 ¿Se deben incluir los pacientes que se encuentren dados de alta en el sistema administrativo del hospital atendidos en el Servicio de Atención domiciliaria?

Los servicios de Atención domiciliaria no son considerados Ingresos hospitalarios, por lo que no entran dentro del EPINE.

4.4 En el caso de pacientes ingresados en UCI, la "fecha de ingreso" se refiere al ingreso en UCI o al ingreso al hospital? ¿Cuándo se valora la presencia de infección activa se refiere a si esta activa en el momento del ingreso en el centro o en el momento del ingreso en la UCI?

Se debe indicar la fecha de ingreso en el centro (no en el servicio). La existencia de infección activa se define si está activa en el momento de realizar la encuesta, bien porque cumple los criterios de definición de infección, o bien porque el paciente ha cumplido previamente los criterios de definición de caso (aunque ahora no los cumple) pero continua recibiendo tratamiento antimicrobiano por esa infección.

4.5 Cuando no existe información sobre los factores de riesgo intrínsecos tales como hipoalbuminemia-desnutrición y neutropenia, ¿se debe indicar NO, o desconocido?

El estudio requiere que se examine toda la información disponible de un paciente (historial médico, notas de enfermería, medicación, temperatura, pruebas) y en caso de duda que se comente el caso con el profesional médico y de enfermería que atiende al paciente. Cuando no existan dudas razonables que el paciente pueda presentar esos factores de riesgo se debe indicar la opción "No".

4.6 ¿En qué momento comienza la intervención quirúrgica?

Para calcular la duración de la cirugía se anota el tiempo transcurrido a partir de la incisión en la piel hasta el final del acto quirúrgico. Una intervención de cirugía se define como un procedimiento en el que se realiza una incisión (no una simple punción con una aguja), con rotura de la mucosa y/o piel (no necesariamente realizada en un quirófano).

4.7 ¿Una artrocentesis se considera intervención quirúrgica?

No. Se trata de una simple punción con una aguja, por lo que no se considera una intervención quirúrgica.

4.8 ¿Un drenaje de un derrame pericárdico o pulmonar se considera intervención quirúrgica?

Se realiza mediante una punción con una aguja; no se realiza una incisión quirúrgica, por lo que no se considera una intervención quirúrgica.

4.9 ¿Los partos vaginales se consideran como intervención quirúrgica?

Sólo se considera intervención quirúrgica el parto por cesárea.

4.10 ¿Se debe considerar un marcapasos como implante y por tanto el periodo de vigilancia debería ser de 90 días?

Sí, un marcapasos se considera implante, y por tanto el periodo de vigilancia deber ser de 90 días desde la fecha de colocación del mismo.

4.11 ¿Se debe indicar el código de la cirugía en todas las cirugías?

No, sólo en las cirugías NHSN. Para facilitar la codificación en los anexos se incluyen 2 tablas de procedimientos quirúrgicos NHSN con los códigos CIE relacionados y detallados.

5. Dudas sobre el uso de antimicrobianos

5.1 El médico responsable ha pautado un tratamiento para una infección, pero ésta no cumple los criterios de ninguna infección activa

En este caso se anotará en el apartado de Uso de antimicrobianos lo que el médico responsable cree que está tratando y la indicación, pero se dejará en blanco el apartado de infecciones activas si es que no cumple ningún criterio.

5.2 ¿Hay que recoger los datos de los tratamientos antivirales?

No. En el presente estudio no es necesario recoger los tratamientos antivirales (ni los antirretrovirales).

5.3 ¿Hay que recoger los datos de los tratamientos antimicrobianos tópicos?

No es necesario. Sólo se recogerán los tratamientos antimicrobianos administrados por vía oral, parenteral, inhalatoria o rectal. Si un paciente sólo está recibiendo tratamientos antimicrobianos por vía tópica para una infección, el apartado de Uso de antimicrobianos ha de dejarse en blanco.

5.4 ¿Cómo se puede introducir un antibiótico tópico, por ejemplo gentamicina con colirio para el tratamiento de una conjuntivitis?

En el EPINE actual no se introducen los antibióticos tópicos. Se recoge la infección pero no el antibiótico.

5.5 ¿El nombre del antimicrobiano se debe poner por nombre genérico o por el código ATC5?

En la ficha es recomendable recoger el nombre genérico para facilitar la introducción de datos posterior que se realiza por nombre genérico y no por código ATC. En el sistema Web según se va introduciendo el nombre genérico en el campo "Nombre del Antimicrobiano" el programa informático va filtrando las coincidencias para facilitar la elección del antimicrobiano deseado.

5.6 ¿Cómo se codifica un tratamiento con COLISTINA inhalada?

Se debe indicar en nombre del antimicrobiano "colistina parenteral" y como vía de administración la opción "Inhalatoria".

6. Dudas sobre las infecciones activas

6.1 ¿Cuándo hay que considerar como nosocomial una infección de transmisión vertical?

El criterio temporal de IN es el de aparición de la infección en el día 3 del ingreso o posteriores. Si hay signos de infección previos al día 3 la infección se considerará comunitaria. La fecha de ingreso del neonato es la fecha de nacimiento en el hospital.

6.2 ¿Cómo codifico la infección por el VIH?

Si bien en el protocolo original del estudio de prevalencia del ECDC-2017 sólo se recogen las infecciones nosocomiales, en el estudio EPINE – EPPS se continúan recogiendo las infecciones comunitarias, aunque han desaparecido algunos códigos específicos de las mismas. La infección por el virus del VIH se codifica como SIS-DIS (Infección sistémica), y en el apartado de microorganismos se codifica como VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) – VIRHIV.

6.3 ¿Cómo codifico la infección crónica por los virus de las hepatitis B y C?

Como se explica en la pregunta anterior, en el estudio EPINE - EPPS se continúan recogiendo las infecciones comunitarias, aunque han desaparecido algunos códigos específicos de las mismas. Para no desechar esta información, la infección crónica por los virus de la hepatitis B y C tiene un código específico (GI-HECB o GI-HECC), y en el apartado de microorganismos se codificarían como Virus de la hepatitis B – VIRHBV y Virus de la hepatitis C – VIRHCV, respectivamente.

6.4 Cuando se pone sonda a través de la nefrostomía, y además el paciente presenta una ITU, ¿se puede indicar como un sondaje, y poner asociada a sondaje?, o para considerar sondaje ha de pasar por uretra necesariamente?

En el protocolo no especifica que la sonda tenga que ser uretral, por lo que lo se puede considerar como sondaje.

6.5 ¿El registro de BCM incluye las fungemias?

Sí, incluye las fungemias también. De hecho el término apropiado debería ser infecciones del torrente sanguíneo (blood-stream infections).

6.6 ¿Cómo se registra un paciente con criterios de Bacteriuria asintomática, tratamiento antibiótico y un cultivo de orina positivo?

En el apartado de uso de antimicrobianos se debe indicar que el paciente recibe tratamiento antibiótico e indicar la localización según la tabla de diagnóstico de localización anatómica para el uso de antimicrobianos (BACTER).

Sin embargo, en el apartado de infecciones NO se registra como infección activa. Las bacteriurias asintomáticas no se consideran infección.

6.7 ¿Cómo se clasificaría una micosis oral que se producen frecuentemente durante el ingreso de pacientes terminales, con quimioterapia y diversos antibióticos en los que las levaduras colonizan el tubo digestivo y aprovechan la bajada de inmunidad para causar la infección.

Si cumple criterios de infección se clasificará como infección activa. Dependiendo de la fecha de inicio (fechas de aparición de signos/síntomas) se considerará nosocomial (si ocurre en el día 3 o posterior y el paciente no presentaba la infección al ingreso), o comunitaria.

6.8 Un paciente con una con una infección de prótesis de cadera colocada en otro hospital desde hace 3 meses con tratamiento antibiótico desde entonces y que ha estado unas semanas en su domicilio cursa ingreso en el hospital por otro proceso. ¿La infección de prótesis se debe considerar como infección activa? ¿es nosocomial?

Sí, se trata de una infección activa nosocomial con origen en otro hospital. La continuación del tratamiento antibiótico implica que se está tratando dicha infección.

6.9 ¿Cómo se codifica un paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, BAAR positivo pero M. tuberculosis pendiente?

Se trataría de una infección activa comunitaria. Se clasificaría de una neumonía que no se ha confirmado microbiológicamente, pero que se diagnostica por métodos alternativos, por lo que sería NEU-3 y microorganismo mycobacterias spp.

6.10 Un paciente con traqueobronquitis o EPOC reagudizado que está en tratamiento con ATB y en el que no hay aislamiento de microorganismo, ¿se codificaría como VRB-BRON?

En el apartado de uso de antimicrobianos se debe introducir el antibiótico empleado e indicar como diagnóstico de localización anatómica para el uso de antimicrobianos "BRON". Sin embargo, en el apartado de infecciones, el diagnóstico de VRB-BRON exige microbiología positiva, por lo que no se debe registrar como infección activa.

7. Dudas sobre los microorganismos

7.1 ¿Cómo codifico el resultado de una prueba de laboratorio si no se ha realizado o no está disponible?

En estos casos ha de anotarse: NOEXA (no se ha realizado el cultivo o la prueba de laboratorio), NA (Resultado no disponible) o STERI (resultado negativo), como consta al final de la tabla de microorganismos.

8. Dudas sobre los controles de calidad

¿En qué consisten los controles de calidad?

La introducción de datos del EPINE-EPPS al sistema web cuenta con unos controles básicos de calidad que impiden el registro de información incongruente (como por ejemplo, que la fecha de nacimiento sea posterior a la fecha de ingreso en el hospital). También hay una serie de controles de calidad para evitar la notificación de infecciones que no cumplan los criterios del Manual de códigos o del Protocolo.

A continuación se enumeran los controles de calidad establecidos:

8.1 Controles de calidad relacionados con el sexo:

- A los varones de más de un mes de edad no se les pueden asignar las siguientes especialidades del médico responsable:
 - OGGIN - Ginecología
 - OGOBS - Obstetricia / Maternidad
- A los varones no se les pueden asignar los siguientes procedimientos quirúrgicos:
 - Cesárea
 - Histerectomía abdominal
 - Cirugía ovárica
 - Histerectomía por vía vaginal
- A las mujeres no se les pueden asignar los siguientes procedimientos quirúrgicos:
 - Cirugía prostática
- A los varones no se les puede asignar el siguiente diagnóstico de localización del uso de antimicrobianos:
 - OOBGI - Infecciones obstétricas o ginecológicas, ITS (infección de transmisión sexual) en mujeres
- A las mujeres no se les puede asignar el siguiente diagnóstico de localización del uso de antimicrobianos:
 - PRVR - Prostatitis, epididimoorquitis, ITS en varones
- A los varones no se les pueden asignar las siguientes localizaciones de la infección:
 - REPR-END – Endometritis
 - REPR-EPIS - Infección de la episiotomía
 - RPR-FSV - Infección del fondo de saco vaginal

8.2 Controles de calidad relacionados con la edad:

- A personas que tengan más de 18 años no se les pueden asignar las siguientes especialidades del médico responsable:
 - CIRCVPED - Cirugía cardiovascular pediátrica

- CIRPED - Cirugía general pediátrica
- MEDCARPED - Cardiología pediátrica
- MEDHEMPED - Haematología / TMO pediátrica
- MEDNEFPED - Nefrología pediátrica
- MEDONCOPED - Oncología pediátrica
- PEDGEN - Pediatría general, no especializada
- PEDNEO - Neonatología
- UCINEO - UCI neonatal
- UCIPED - UCI pediátrica
- A personas que tengan más de 10 meses no se les pueden asignar las siguientes especialidades del médico responsable:
 - PEDNEO - Neonatología
 - UCINEO - UCI neonatal
- A personas que tengan menos de 50 años no se les puede asignar la siguiente especialidad del médico responsable:
 - GERIAT - Geriatría, atención de los ancianos
- A mujeres de menos de 10 años o más de 60 años no se les puede asignar el siguiente procedimiento quirúrgico:
 - CSEC – Cesárea
- A personas de más de 1 mes de edad en el momento de la fecha de inicio de la infección no se les pueden asignar las siguientes localizaciones de la infección:
 - NEO-BCM - Bacteriemia en neonatos confirmada por laboratorio, sin criterios de infección del sistema nervioso central
 - NEO-BSCN - Bacteriemia por Estafilococos coagulasa-negativos en neonatos confirmada por laboratorio
 - NEO-CLIN - Sepsis clínica en neonatos
 - NEO-ENT - Enterocolitis necrotizante en neonatos
 - NEO-NEU - Neumonía en neonatos
- A las mujeres de menos de 10 años o más de 60 años no se les puede asignar la siguiente localización de la infección:
 - REPR-EPIS - Infección de la episiotomía

8.3 Controles de calidad relacionados con el procedimiento quirúrgico:

- En el campo 'Grado de contaminación de la cirugía', no se puede asignar el código 1 (Cirugía limpia) a personas que se les hayan realizado los siguientes procedimientos:
 - APPY - Apendicectomía
 - CHOL - Colectomía y colecistotomía
 - COLO - Cirugía del colon
 - CSEC - Cesárea
 - HYST - Histerectomía abdominal
 - KTP - Trasplante renal
 - REC - Cirugía rectal
 - SB - Cirugía del intestino delgado
 - VHYS - Histerectomía por vía vaginal

8.4 Controles de calidad relacionados con la localización de la infección:

- Si la infección se ha codificado como PPB-DECU (Infección de la úlcera por presión, incluye infecciones superficiales y profundas), en el campo 'Úlcera por presión', **no** se puede anotar el código 'No' o 'Desconocido'.
- Si la infección se ha codificado como NEU1, NEU2, NEU3, NEU4, ITU-A, BCM, IAC1-CVC, IAC1-CVP, IAC2-CVC, IAC2-CVP, IAC3-CVC, IAC3-CVP, VRB-BRON, PPB-DECU o NEO-BCM en el campo de microorganismos **no** se pueden anotar los siguientes códigos:
 - NA - Resultado no disponible o perdido
 - NOEXA - No se ha realizado cultivo u otra prueba de laboratorio

- STERI - Resultado negativo en el cultivo u otra prueba de laboratorio
- Si la infección se ha codificado como NEU5, SIS-CLIN o NEO-CLIN en el campo de microorganismos **sólo** se pueden anotar los siguientes códigos:
 - NA - Resultado no disponible o perdido
 - NOEXA - No se ha realizado cultivo u otra prueba de laboratorio
 - STERI - Resultado negativo en el cultivo u otra prueba de laboratorio
- Si la infección se ha codificado como GI-CDI (Infección por Clostridium difficile), en el campo de microorganismos **sólo** se pueden anotar los siguientes códigos:
 - CLSDIF - CLOSTRIDIUM DIFFICILE
 - NA - Resultado no disponible o perdido
 - NOEXA - No se ha realizado cultivo u otra prueba de laboratorio
 - STERI - Resultado negativo en el cultivo u otra prueba de laboratorio
- Si la infección se ha codificado como GI-HECB (Hepatitis crónica por el virus de la hepatitis B), en el campo de microorganismos **sólo** se puede anotar el siguiente código:
 - VIRHBV - VIRUS DE LA HEPATITIS B
- Si la infección se ha codificado como GI-HECC (Hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C), en el campo de microorganismos **sólo** se puede anotar el siguiente código:
 - VIRHCV - VIRUS DE LA HEPATITIS C
- Si la infección se ha codificado como NEO-BSCN (Bacteriemia por estafilococo coagulasa-negativo confirmada por laboratorio en neonatos), en el campo de microorganismos **sólo** se pueden anotar los siguientes códigos:
 - STACON - ESTAFILOCOCO COAGULASA NEGATIVO
 - STACNS - ESTAFILOCOCOS COAGULASA-NEGATIVOS, SIN ESPECIFICAR
 - STAEPI - STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS
 - STAHOM - STAPHYLOCOCCUS HOMINIS
 - STASAP - STAPHYLOCOCCUS SAPROPHYTICUS

OJO, no se puede declarar (el sistema informático lo rechaza):

- Una Bronquitis (VRB-BRON) sin aislamiento de microorganismo en muestra de esputo, ni ningún resultado positivo de antígenos en secreciones respiratorias.
- Una Neumonía de tipos NEU1, NEU2, NEU3 o NEU4, sin ningún resultado microbiológico positivo.
- Una Infección Quirúrgica que sea declarada como Comunitaria.
- Toda Bacteriemia confirmada por el laboratorio (BCM) en que no se declare su Origen.