

21

REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



Valencia, del 14 al 16 de abril de 2016

Seguridad y evidencia.

Nuevos retos en bioseguridad

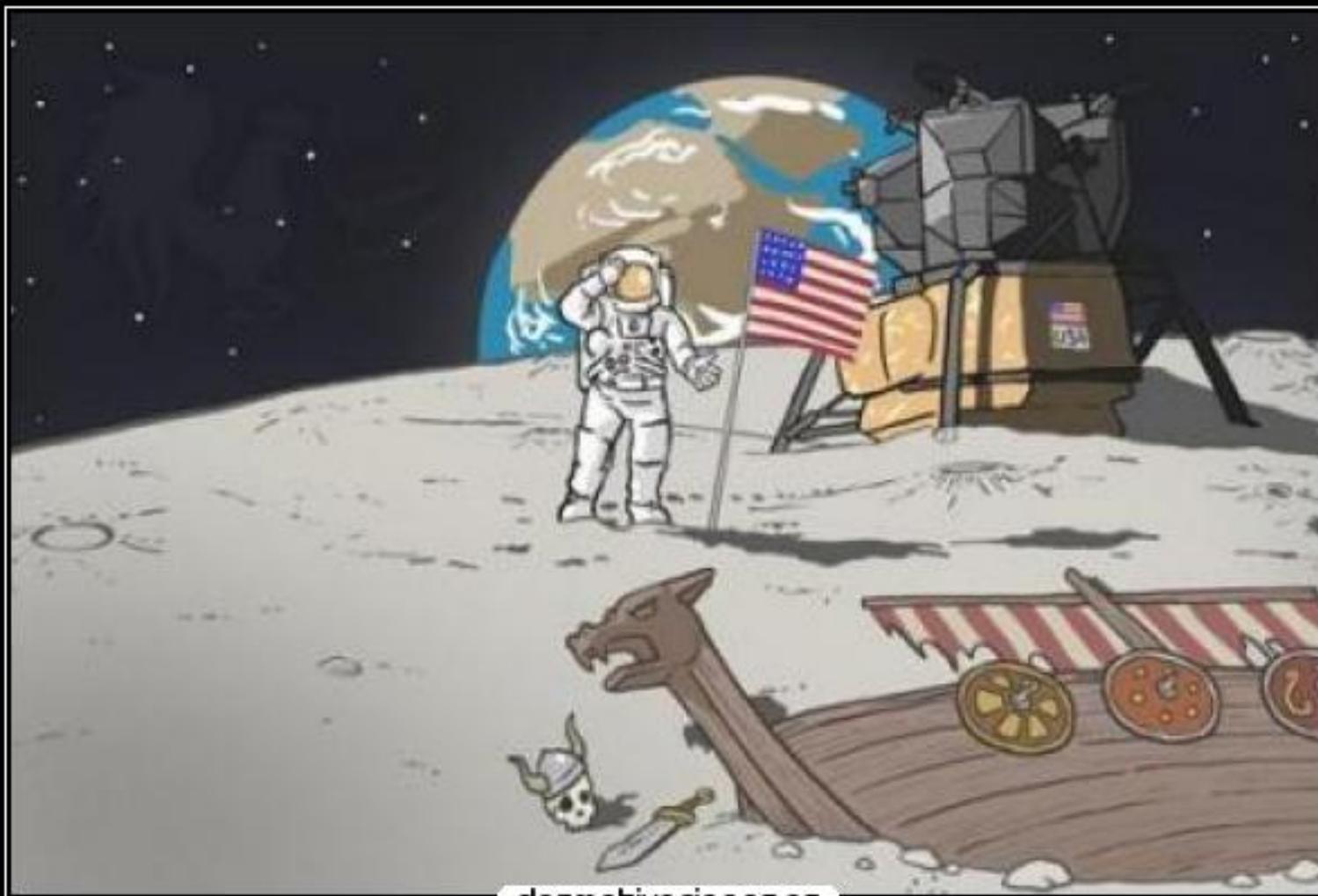
José Antonio Forcada Segarra

Enfermero de Salud Pública. Responsable de Docencia y Calidad. Centro de Salud Pública de Castellón. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. Coordinador de los Grupos de Trabajo en Vacunaciones y Riesgo Biológico. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)



“Yo he visto cosas que vosotros no creeríais

Blade Runner: "como lágrimas en la lluvia"
Ridley Scott, 1982



desmotivaciones.es

MIERDA!!!

Houston tenemos un problema...

November 1999

INSTITUTE OF MEDICINE

Shaping the Future for Health

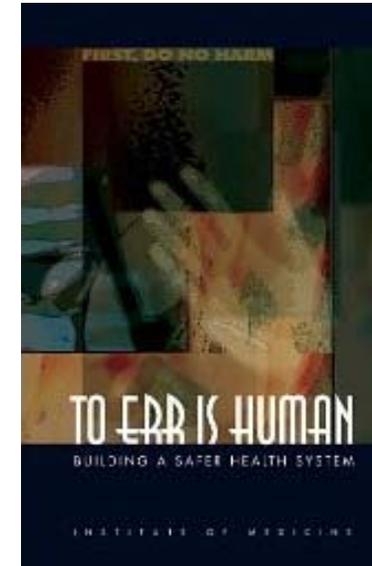
TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM

Health care in the United States is not as safe as it should be--and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies. Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

Medical errors can be defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Among the problems that commonly occur during the course of providing health care are adverse drug events and improper transfusions, surgical injuries and wrong-site surgery, suicides, restraint-related injuries or death, falls, burns, pressure ulcers, and mistaken patient identities. High error rates with serious consequences are most likely to occur in intensive care units, operating rooms, and emergency departments.

Beyond their cost in human lives, preventable medical errors exact other significant tolls. They have been estimated to result in total costs (including the expense of additional care necessitated by the errors, lost income and household productivity, and disability) of between \$17 billion and \$29 billion per year in hospitals nationwide. Errors also are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals. Patients who experience a long hospital stay or disability as a result of errors pay with physical and psychological discomfort. Health professionals pay with loss of morale and frustration at not being able to provide the best care possible. Society bears the cost of errors as well, in terms of lost worker productivity, reduced school attendance by children, and lower levels of population health status.

A variety of factors have contributed to the nation's epidemic of medical errors. One oft-cited problem arises from the decentralized and fragmented nature of the health care delivery system--or "nonsystem," to some observers. When patients see multiple providers in different settings, none of whom has access to complete information, it becomes easier for things to go



Errar es humano

Construyendo un sistema de salud mas seguro

Errors...are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals.



Sir Liam Donaldson

Presidente de la Alianza
Mundial por la Seguridad
del paciente

Washington (EE.UU), 2004

**“Errar es humano.
Ocultar los errores es imperdonable.
No aprender de ellos no tiene *perdón*”**



Directiva Europea de Bioseguridad

L 134/66

ES

Diario Oficial de la Unión Europea

1.6.2010

DIRECTIVAS

DIRECTIVA 2010/32/UE DEL CONSEJO

de 10 de mayo de 2010

que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU

(Texto pertinente a efectos del EEE)

EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA,

Visto el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea y, en particular, el artículo 155, apartado 2,

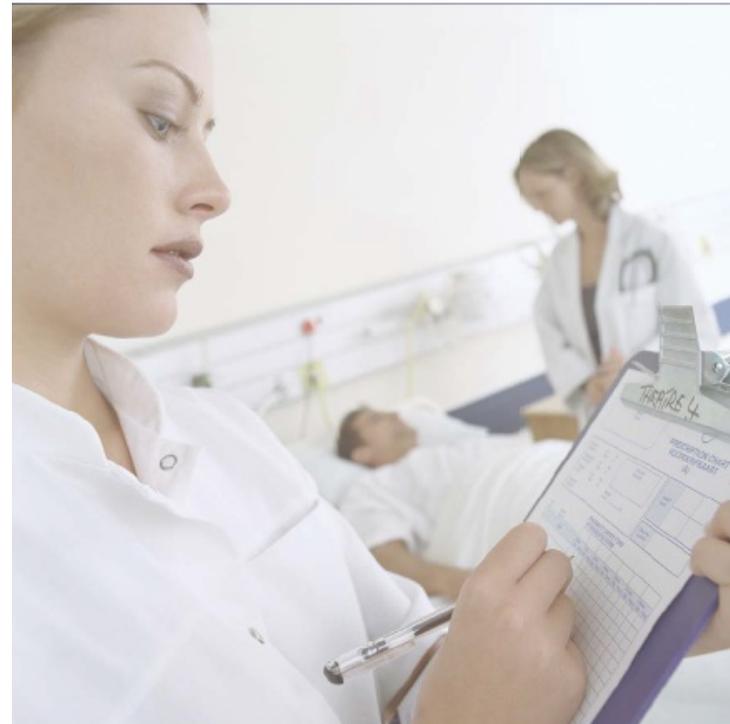
cortopunzante (incluidos los pinchazos de agujas) y la protección de los trabajadores expuestos en el sector hospitalario y sanitario, no pueden ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros y, por consiguiente, pueden lograrse mejor a nivel de la Unión, la Unión puede adoptar medidas conforme al principio de



Prevención de Pinchazos Accidentales en los Sectores Hospitalario y Sanitario

Guía de implementación del Acuerdo
Marco Europeo, la Directiva del Consejo
y la Legislación Nacional Asociada

DOCUMENTO DE CONSENSO EN BIOSEGURIDAD



ANDC
Asociación Nacional de
Directivos de Enfermería

ABRIL 2011

Directiva Europea de Bioseguridad

Transposición a la legislación nacional



I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

- 8381** *Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario.*

Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario.



CONSELLERIA DE SANITAT
SUBSECRETARIA

Misser Mascó, 31
46010 VALENCIA
Tel. 96 386 66 00
Fax 96 386 66 07



Data 01 JUL. 2013

EIXIDA 38072/60045

RS/SPRL: 0300/13
(cítese al contestar)

N.Ref.: SS/SGISSPRL/SPRL/MEVI

En relación con la reciente entrada en vigor (11 de mayo de 2013) de la Directiva 2010/32/UE del Consejo, para la prevención de las lesiones causadas por

Así pues, deberá de asegurarse por parte de los responsables de las adquisiciones de estos materiales a nivel de centros o compras centralizadas que, los mismos, cumplen con esas características de bioseguridad homologadas.

instrumentales, (cortantes y/o punzantes), deberán asegurarse que dichos equipos son de bioseguridad y el personal que los va a utilizar dispone de la formación específica que requieren los mismos

Por otro lado, los responsables de los servicios asistenciales donde se utilicen estos tipos de instrumentales, (cortantes y/o punzantes), deberán asegurarse que dichos equipos son de bioseguridad y el personal que los va a utilizar dispone de la formación específica que requieren los mismos.

Unidad Central
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

PUNTOS FUNDAMENTALES

1. La eliminación del uso de instrumental cortopunzante incorporando mecanismos de protección integrados.
2. La prohibición de la práctica de reencapsulado.
3. La instalación de contenedores para el manejo del instrumental cortopunzante, tan cerca como sea posible de las áreas donde se utiliza este instrumental.
4. La obligación de proporcionar la formación obligatoria a todos los trabajadores.
5. La obligación de los trabajadores de notificar inmediatamente cualquier accidente con instrumental cortopunzante, a través de los registros correspondientes.

"El compromiso ético de las organizaciones sanitarias debe ser proporcionar seguridad, tanto para los profesionales como para los pacientes".

Documento de consenso en Bioseguridad.
ANDE. 2011.

Seguridad Biológica: No más exposiciones (pinchazos cortes, salpicaduras) accidentales

Seguridad de los productos: Materiales adecuados,
Normativas vigentes

Seguridad de los pacientes: Materiales adecuados
que no provoquen efectos adversos

2005-2006. PROGRAMA PILOTO



DISMINUCIÓN DE ACCIDENTES

78.73%

Importancia de la formación y adiestramiento

(96% de los participantes)

Retirada material convencional

(3 de los 10 accidentes ocurridos fueron con material convencional)

Subdeclaración accidentes biológicos

35% exposiciones percutáneas

2007-2012 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



ORDEN 12/2011, de 30 de noviembre, del conseller de Sanidad, por la que se regula el Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales de la Comunitat Valenciana



Centros sanitarios públicos y privados

Facilita la gestión y seguimiento de los accidentes

Permite obtener información en tiempo real y facilita la toma de decisiones en los distintos niveles

Incorpora protocolo post-exposición

Centros declarantes 2013



Dirección General de Salud Pública



INFORME 2014
Principales Resultados

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

La implantación se inició en el año 2009 con una prueba piloto en 9 centros.

Posteriormente se ha ido ampliando progresivamente hasta alcanzar en la actualidad el 100% de cobertura en los centros sanitarios públicos.

En 2014 el registro cuenta con 27 centros Declarantes.

En 2012 se constituyó la Comisión de Seguimiento del Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales, con la finalidad de velar por el correcto funcionamiento del registro, detectar necesidades y elaborar y canalizar las propuestas para el correcto funcionamiento y mejora del mismo. En ella participan representantes de los profesionales sanitarios, de las entidades de prevención de riesgos laborales y de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. En 2013, la Comisión revisó y actualizó el protocolo de seguimiento post- exposición de los accidentes biológicos.

El Registro está adscrito a la Dirección General de Salud Pública quien debe analizar de forma global, sistemática y periódica la información y difundir los resultados. *En este informe se presentan los principales resultados del año 2014.*

PRINCIPALES RESULTADOS

Características del accidente y del trabajador accidentado

1895 accidentes biológicos ocurridos en el año 2014

27 centros declarantes.

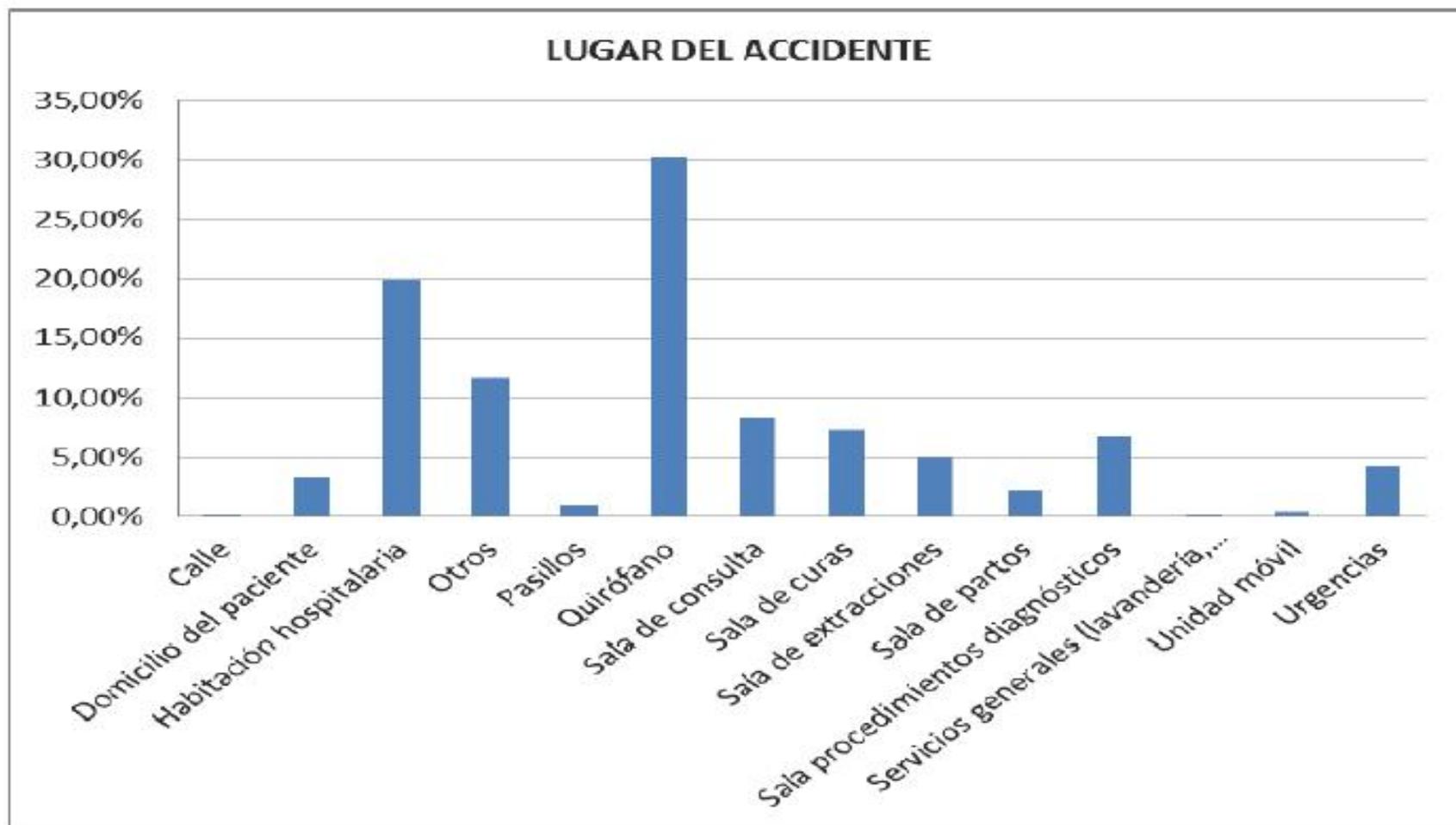
La mayoría de los accidentes registrados corresponden a exposiciones percutáneas (88%).

Las exposiciones mucocutáneas supondrían sólo un 12%

El accidente percutáneo más frecuente es el pinchazo, 87.57%, seguido del corte con un 10.03%.

Lugar del accidente, material y procedimientos implicados

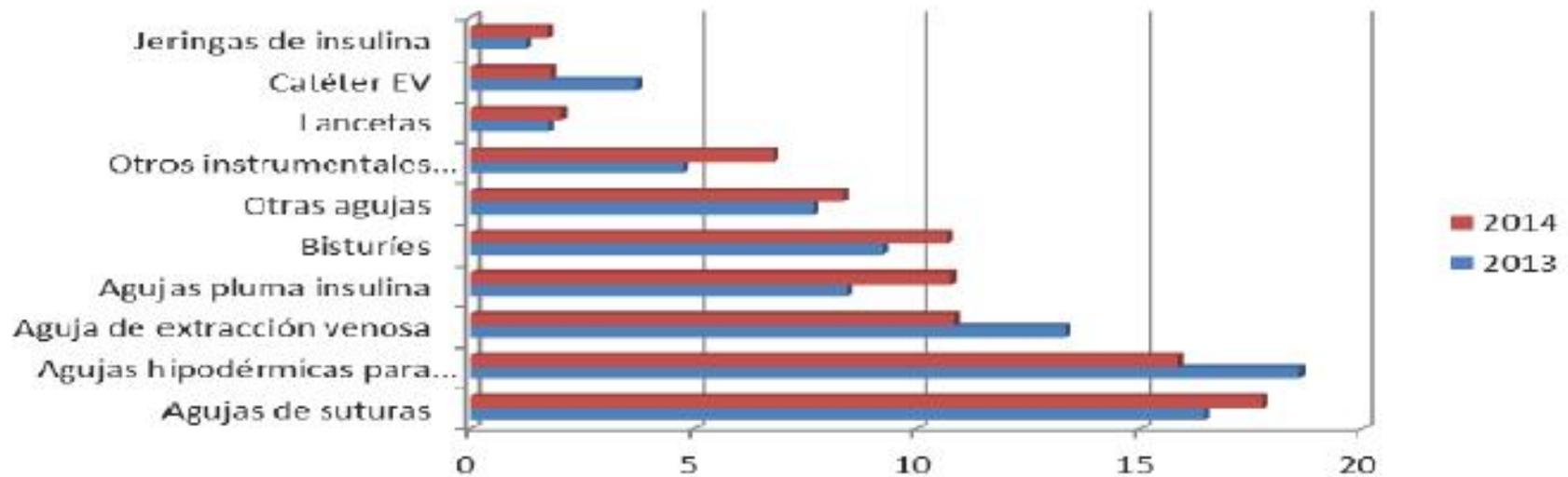
La mayoría de accidentes notificados se producen en el ámbito hospitalario (90%). El lugar donde ocurren con más frecuencia las exposiciones continúa siendo el quirófano (30.17%), seguido de la habitación hospitalaria (19.86%).





Las agujas de sutura y las hipodérmicas son los principales materiales implicados en los accidentes percutáneos. Más de una tercera parte de ellos se producen con estos dos materiales.

EXPOSICIONES PERCUTÁNEAS. MATERIAL CAUSANTE



Se observa un descenso en el peso relativo de las agujas hipodérmicas, agujas de extracción venosa y catéteres endovenosos. Por el contrario, aumenta el peso de los accidentes producidos con materiales para los que no existe alternativa de seguridad o ésta es limitada, como agujas de sutura, bisturíes y otros instrumentales quirúrgicos.

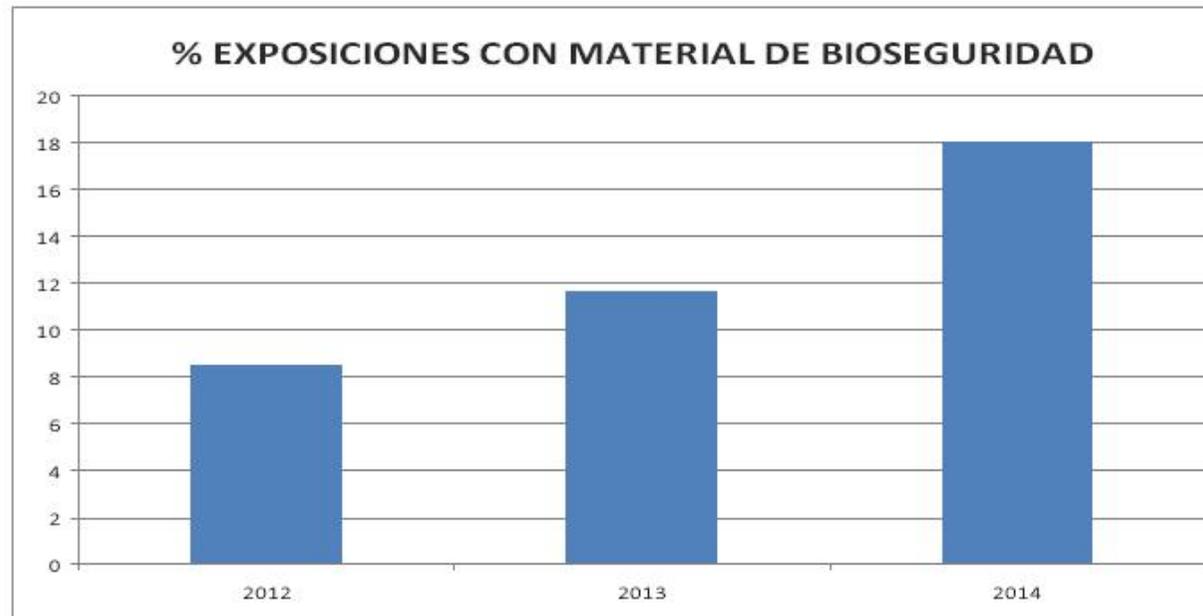
Los procedimientos de riesgo implicados con más frecuencia son la inyección intramuscular o subcutánea (25.27%) seguido de la sutura en una intervención quirúrgica (19.41%). Según los datos registrados, un 54% de las exposiciones ocurren después del procedimiento y en un 25% el accidentado no era el que había utilizado el material.

Las exposiciones muco cutáneas declaradas con mayor frecuencia son las de poco volumen (91.15%), siendo la sangre el fluido más frecuentemente implicado, en un 66% de los casos, seguido de otros fluidos contaminados visiblemente con sangre (30.37%). La mayoría se producen en el contacto directo con el paciente o por salpicadura del recipiente contenedor.

Medidas de prevención

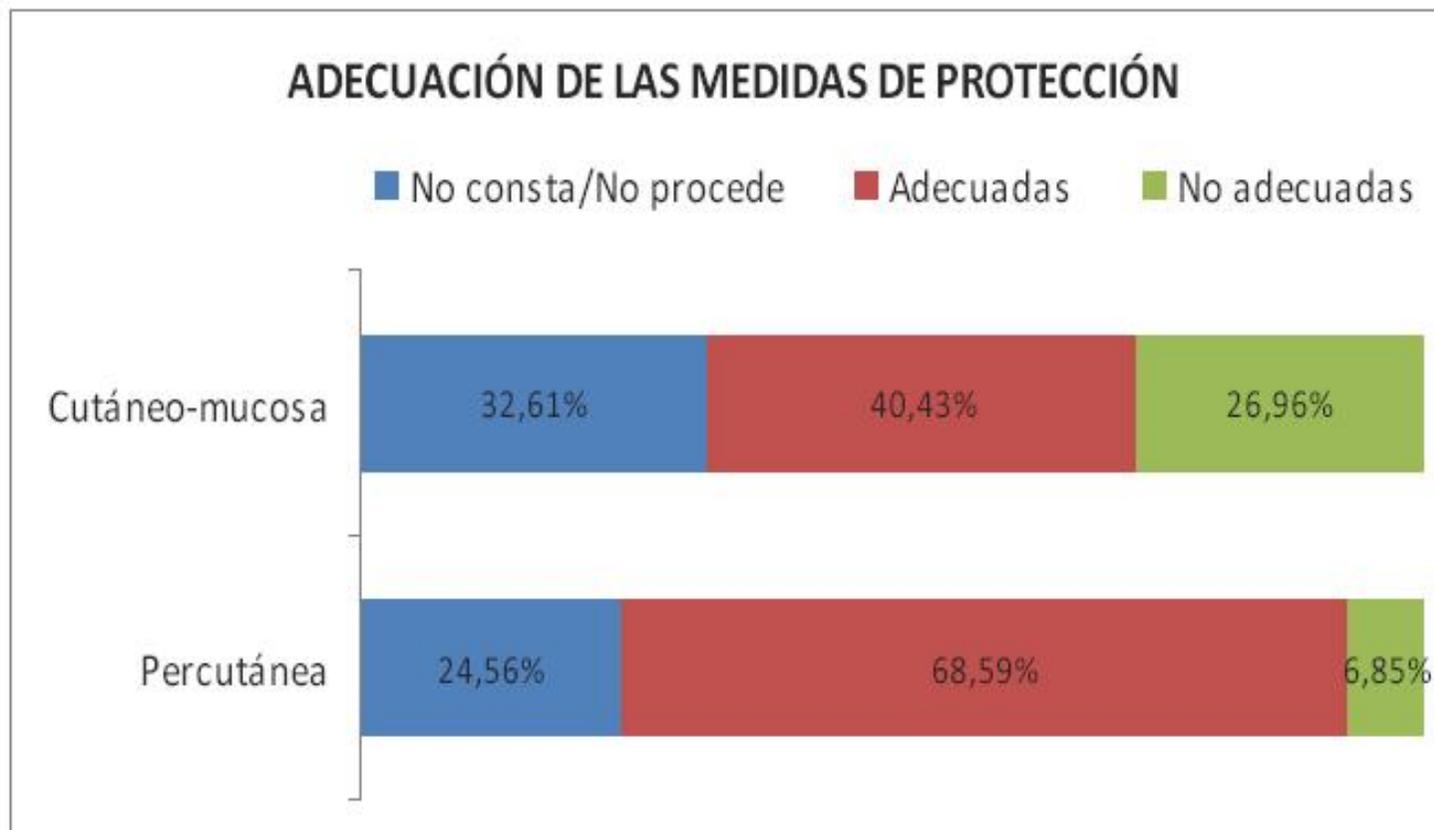
Se han declarado 218 accidentes con material de bioseguridad. La mayoría de ellos con dispositivos **que requerían activación por parte del usuario (90%)**.

En un **19%** de los casos el accidente ocurrió **durante la activación del dispositivo** y un **30%** fue **incorrectamente activado o no activado**, porcentaje ligeramente inferior al observado en 2013 (34%). En el gráfico siguiente puede observarse la evolución del porcentaje de estos accidentes en el periodo 2012 - 2014.



Medidas de prevención

En al menos un 7% de las exposiciones percutáneas y un 27% de las cutáneo mucosas las medidas de protección personal utilizadas durante el procedimiento no eran adecuadas, según la valoración realizada por el profesional que registra el accidente. Destacar también el alto porcentaje de no respuestas en este apartado.



Estado serológico de la fuente y del trabajador

La mayoría de los trabajadores (97%) se encuentran inmunizados frente al VHB.

Los accidentes con fuente desconocida suponen un 7.44% de los casos comunicados.

Respecto a las fuentes conocidas, el 2.13% eran positivas para VHB, el 9.74% para VHC y el 3.74% para VIH.

Durante el año 2014 se ha registrado una seroconversión a VHC en un trabajador de enfermería, atribuida a una exposición percutánea, con aguja hueca utilizada para extracción venosa y con lesión profunda.

Tasas de exposición

La tasa global en 2014 es de 3.20 accidentes por cada 100 trabajadores. Por categoría laboral, la tasa del personal de enfermería se sitúa en 4.93 exposiciones por cada 100 trabajadores y para el personal médico en 3.94.

El colectivo que presenta una mayor tasa de exposición son los higienistas dentales (7.79), si bien la estimación no es muy precisa por tratarse de una muestra muy pequeña. Situación similar se observa en odontólogos y personal de limpieza.

La tasa de exposiciones para auxiliares de enfermería se sitúa en 1.93 exposiciones por cada cien trabajadores.

CONCLUSIONES DEL INFORME

- En 2014 se han declarado al REBA un 12% más de exposiciones biológicas accidentales, situación que no refleja un mayor riesgo, sino una mejor cobertura y un mayor nivel de declaración al sistema.
- Los accidentes más frecuentes declarados en 2014 son las lesiones por punción con una aguja de sutura o una aguja hipodérmica.
- El riesgo de exposición accidental se sitúa en 3.20 accidentes por cada 100 trabajadores.
- Un 49% de los accidentes declarados ocurren en personal de enfermería, con una tasa de exposición de 4.93 accidentes por cada 100 enfermeras/os, y el 31% en personal médico, con una tasa de exposición de 3.94 accidentes por cada 100 médicos/as.

- Alrededor de un 12% de las exposiciones percutáneas ocurren en personal que no interviene directamente en el procedimiento.
- La mayoría de los accidentes declarados corresponden al ámbito hospitalario con una tasa de exposición de 3.79 accidentes por cada 100 trabajadores.
- La progresiva sustitución del material convencional por material de bioseguridad se traduce en un cambio en el perfil de la accidentalidad. Se observa un descenso en los accidentes provocados por aquellos materiales con elevados niveles de conversión a bioseguridad, como catéteres intravenosos o material de extracción y se produce un aumento del peso relativo de aquellos materiales para los que no existe alternativa de bioseguridad o ésta es limitada, como las agujas de sutura o el material quirúrgico.

- Es necesario completar la sustitución de todo el material convencional por material de bioseguridad, medida altamente eficaz en la reducción de estos accidentes.
- Se debe abordar de manera específica la prevención en quirófanos. Una parte importante de los accidentes ocurren en quirófanos con material para el que no existe bioseguridad, y por tanto deben aplicarse otras medidas preventivas.
- Hay que reforzar las medidas de formación e información, con especial incidencia en el personal eventual, en formación y estudiantes, que representan más de la mitad de los accidentes (54,6%). Esta formación debe incluir el adiestramiento en el uso de material de bioseguridad. Una parte importante de los accidentes que ocurren con este material se produce previamente a la activación del mecanismo de seguridad por parte del usuario y durante dicha activación.

¿Adquirir productos de seguridad es ya suficiente?

Debemos valorar y adquirir la seguridad en su máximo exponente

No sirve hoy en día tener sólo conocimientos..

Somos los expertos para poder "exigir" la máxima seguridad a los materiales que se utilizan en el hospital.

Seleccionar los productos realmente coste-efectivos

Productos que no perjudiquen al paciente

Fabricados con materiales de calidad y que cumplan las normativas



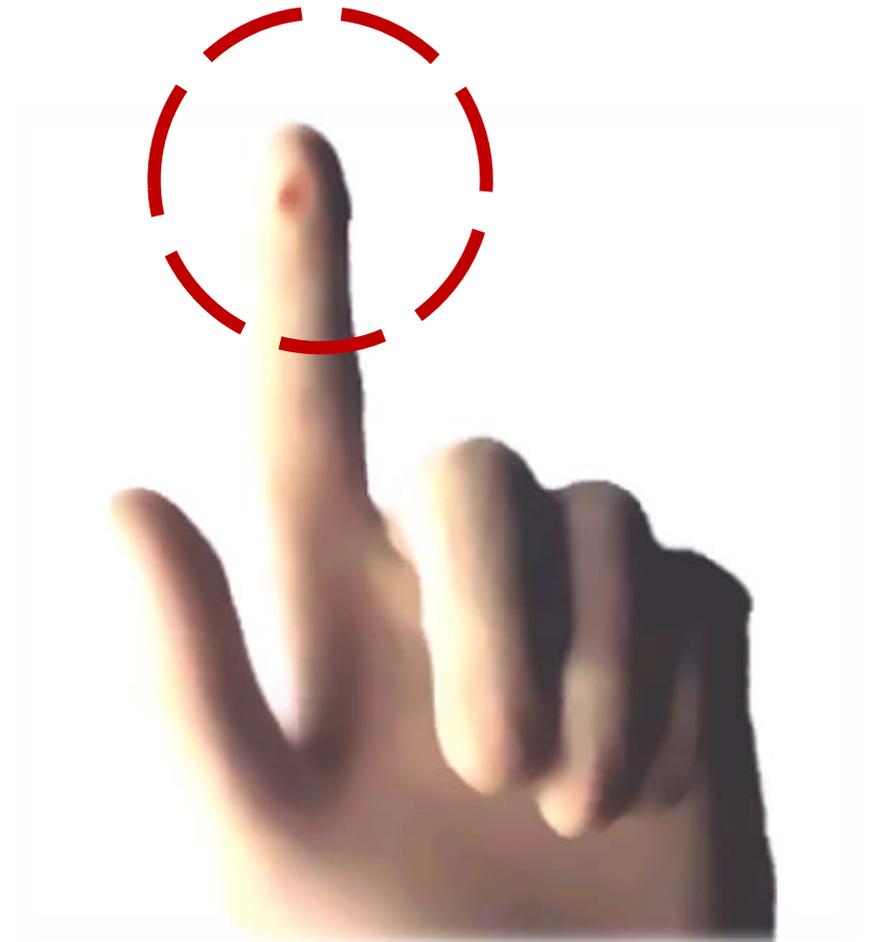
Seguridad Biológica

En nuestro país estamos avanzados en el conocimiento y utilización de productos para evitar el riesgo biológico.

Se han hecho valoraciones en los últimos años confirmando que la utilización de productos de seguridad incluso disminuye el presupuesto global del hospital..



la experiencia nos ha demostrado que los productos de seguridad realmente son coste-efectivos..



Debemos valorar el tipo de seguridad, sus características de calidad y factores que condicionan su efectividad, incidir sobre ellos y alcanzar la **máxima seguridad**

¿Cómo se selecciona y evalúa un dispositivo de seguridad?

- Guías Internacionales: CDC / OMS (TDICT) / RED EUROPEA DE SEGURIDAD
 - NP 875 (INSHT): Riesgo Biológico: metodología para la evaluación de equipos cortopunzantes con dispositivos de bioseguridad
 - Documento de consenso en Bioseguridad 2011
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE DIRECTIVOS DE ENFERMERIA (ANDE)**



INSTITUTO NACIONAL
DE SEGURIDAD E HIGIENE
EN EL TRABAJO

NP
Notas Técnicas de Prevención

875

Riesgo biológico: metodología para la evaluación de equipos cortopunzantes con dispositivos de bioseguridad

*Biological risk: methodology for the evaluation of sharp and cutting equipments with built-in biosafety devices
Risque biologique: méthodologie pour l'évaluation des équipes coupants et piquants avec dispositifs de biosécurité*

Redactoras:

Rosa María Orriols Ramos
Licenciada en Ciencias Químicas

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE
GERENCIA METROPOLITANA SUD.
INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS)

Montserrat Cortés Domènech

El objetivo principal de esta Nota Técnica de Prevención (NTP) es orientar a los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito hospitalario y sanitario en la selección de equipos cortopunzantes, con dispositivos de bioseguridad, necesarios para el ejercicio de la actividad sanitaria. Se describe una metodología para la evaluación del grado de seguridad de estos equipos.

Evidencia con los productos de seguridad

Comparación de los métodos visuales en comparación microscópica para detectar la salpicadura de la sangre de un catéter intravascular de ingeniería en la protección de lesiones cortopunzantes *.

Se realizó un experimento de laboratorio basado en 105 punciones que se realizaron en una vena braquial simulada que contiene sangre venosa simulada. El mecanismo de retracción se activó en una cámara de pruebas con filtros de tela precortadas, situados en 3 ubicaciones diferentes, para capturar la sangre salpicada. La salpicadura de la sangre se detectó visualmente y microscópicamente como sigue: filtro A, 70 % y 71 %, respectivamente; filtro de B, 12 % y 9 %, respectivamente, y el filtro de C, 13 % y 10 %, respectivamente.

Conclusiones:

Nuestros resultados demuestran que la salpicadura, lo que potencialmente puede exponer a los trabajadores de salud (TS) a patógenos sanguíneos, **se asocia con la activación de los catéteres intravasculares con mecanismos de retracción**. Los trabajadores sanitarios pueden no detectar esta salpicadura cuando se produce y no se pueden reportar un toque a las membranas mucosas o piel no intacta. **Se refuerza la necesidad de usar equipo de protección personal cuando se utilizan estos dispositivos.**

* Ansari , A. , Ramaiah , P., Collazo , L., Salihu , HM y Haiduven , D. (2013)
Comparación de los métodos visuales en comparación microscópica para detectar la salpicadura de la sangre de un catéter intravascular de ingeniería en la protección de lesiones cortopunzantes. Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria . 34 (11) , p.1174 - 1180 .

“Estudios realizados sobre los dispositivos de protección demuestran que ni siquiera la implantación generalizada de algunos de éstos consigue eliminar todos los accidentes relacionados con su utilización.*

“En algunos casos los sistemas de seguridad diseñados para ser activados por el usuario no llegan a activarse y la aguja queda al descubierto después de su utilización.”*

✓ Organismos como *APIC*¹, *OSHA*² Y *CDC*³ Defienden la elección de productos de seguridad con activación automática

✓ De este modo, el profesional sanitario **no puede olvidar**, evitar o activar prematuramente el sistema de seguridad

✓ Últimos datos **EPINet** **::

La tecnología más avanzada en sistemas de seguridad son los de activación automática ya que es la más segura y tiene mayor relación coste-efectividad

1) Association for Professionals Infection Control and Epidemiology, A.P.I.C. 2) Occupational Safety & Health Administration, OSHA. 3) Centers for Disease Control and Prevention, CDC

** 2007 Percutaneous Injury Rates. *EPINet Report. INTERNATIONAL HEALTHCARE WORKER SAFETY CENTER, August 2009* By Jane Perry, M.A., Ginger Parker, M.B.A., and Janine Jagger, M.P.H., Ph.D.

Needlestick Injury Rates According to Different Types of Safety-Engineered Devices: Results of a French Multicenter Study

William Tosini, MD; Céline Clotti, RN; Floriane Goyer, RN; Isabelle Lolom, MSc; François L'Héritau, MD; Dominique Abiteboul, MD; Gerard Pellissier, PhD; Elisabeth Bouvet, MD

OBJECTIVES. To evaluate the incidence of needlestick injuries (NSIs) among different models of safety-engineered devices (SEDs) (automatic, semiautomatic, and manually activated safety) in healthcare settings.

DESIGN. This multicenter survey, conducted from January 2005 through December 2006, examined all prospectively documented SED-related NSIs reported by healthcare workers to their occupational medicine departments. Participating hospitals were asked retrospectively to report the types, brands, and number of SEDs purchased, in order to estimate SED-specific rates of NSI.

SETTING. Sixty-one hospitals in France.

RESULTS. More than 22 million SEDs were purchased during the study period, and a total of 453 SED-related NSIs were documented. The mean overall frequency of NSIs was 2.05 injuries per 100,000 SEDs purchased. Device-specific NSI rates were compared using Poisson approximation. The 95% confidence interval was used to define statistical significance. Passive (fully automatic) devices were associated with the lowest NSI incidence rate. Among active devices, those with a semiautomatic safety feature were significantly more effective than those with a manually activated toneline shield, which in turn were significantly more effective than those with a manually activated sliding

Un estudio sin precedentes realizado con:

- 22 millones de productos de seguridad
- Han participado 61 Hospitales franceses
- Duración: 2 años

Conclusión: Activación Pasiva es más eficaz contra los pinchazos accidentales*

* Needlestick Injury Rates According to Different Types of Safety-Engineered Devices: Results of a French Multicenter Study

William Tosini, MD; Céline Clotti, RN; Floriane Goyer, RN; Isabelle Lolom, MSc; François L'Héritau, MD; Dominique Abiteboul, MD; Gerard Pellissier, PhD; Elisabeth Bouvet, MD

Debemos velar no sólo por la seguridad del profesional sino también la de los pacientes.

Minimizar la exposición a sangre tras la punción.

Mantener un sistema cerrado como barrera a la contaminación.



Diseños de catéteres que permitan una fijación adecuada, que favorezcan y mejoren la estabilización del catéter.



FLEBITIS TRAUMÁTICA POR LESIÓN CONO CATÉTER



Imágenes: INCATIV.
José Luis Mico Esparza

Se evitan daños en la piel del paciente,
minimizan la flebitis y alargan la permanencia
del catéter.



PROGRAMA INCATIV (INDICADORES DE CALIDAD EN TERAPIA INTRAVENOSA): UNA HERRAMIENTA DE CONTROL DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

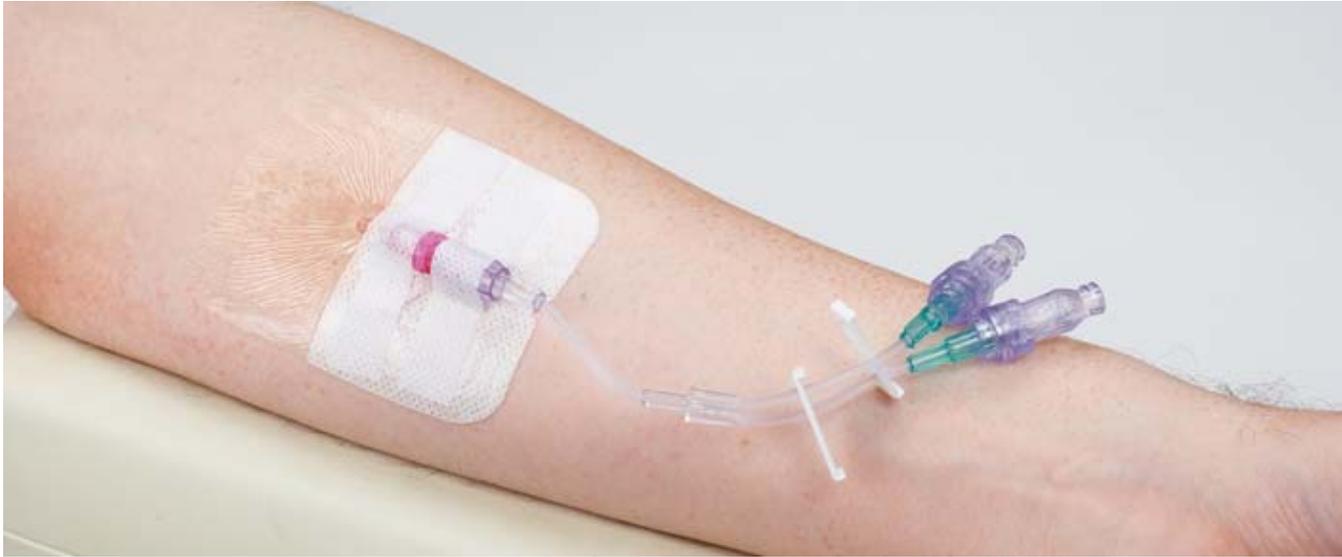
www.incativ.es



**CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA
CONSELLERIA DE SANITAT DE LA GENERALITAT Y
EL CONSEJO DE ENFERMERIA DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA (18 de mayo de 2013)**

11/02/15

Accesos Vasculares realmente seguros y estancos



- Sistemas cerrados (Válvulas) versus Sistemas abiertos (llaves de tres pasos)
- Utilizar productos sin ftalatos (DEHP)
- Materiales de calidad que eviten problemas de alergias, reacciones adversas, bloqueos..

11/02/15

Y si dispusiéramos de más tiempo, podríamos hablar de ...



La importancia
de la higiene
de manos

Consejo de Enfermería de la
Comunidad Valenciana (CECOVA)
Grupo de Trabajo en Riesgo Biológico

Actualizado 01/2011



Al respirar debemos
protegernos y proteger
a los demás

Protección
respiratoria

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Grupo de Trabajo en Riesgo Biológico



¿Usamos
bien los
guantes?

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Grupo de Trabajo en Riesgo Biológico

Y DE LAS VACUNACIONES EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

- ANTIGRIPAL
- dTpa (Difteria, tétanos, tos ferina).
- HEPATITIS B
- Meningococo (C - A,C, Y, W135 - B)
- Sarampión, Rubéola y Parotiditis
- Varicela
- Neumococo
- Herpes Zoster



“Yo he visto cosas que vosotros
no creeríais



“Errar es humano.
Ocultar los errores es imperdonable.
No aprender de ellos no tiene *perdón*”

21

REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



Valencia, del 14 al 16 de abril de 2016

Muchas gracias por vuestra
atención

José Antonio Forcada Segarra

Enfermero de Salud Pública. Responsable de Docencia y Calidad. Centro de Salud
Pública de Castellón. Dirección General de Salud Pública.
Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública.
Coordinador de los Grupos de Trabajo en Vacunaciones y Riesgo Biológico.
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)