

**RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS  
MEJORES PRÁCTICAS DE MEJORA  
CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS  
SERVICIOS DE SALUD DE LA RED  
INTEGRAL E INTEGRADA (RIISS):  
HACIA LA CALIDAD DE ATENCIÓN  
Y TRATO HUMANIZADO.  
3<sup>a</sup> EDICIÓN 2017**

---

# “PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO ANTE EL RIESGO DE CAIDA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA”



## CONTENIDO

PAG.

	Información general de la organización.....	4
1.	Presentación.....	5
2.	Introducción.....	5
3.	Antecedentes.....	6
4.	Justificación.....	6
5.	Objetivos.....	7
6.	Metodología.....	7
7.	Principios fundamentales para la mejor practica.....	12
	A. Liderazgo y compromiso de la Alta Dirección para promover la mejor práctica.....	12
	B. Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor practica.....	13
	C. Reconocimientos a equipos de trabajo.....	13
	D. Identificación y selección de la oportunidad de mejora.....	14
	E. Recolección y análisis de la información.....	15
	F. Gestión de la mejor practica.....	16
	G. Implantación de la mejor practica.....	17
	H. Control y seguimiento.....	18
	I. Gestión del equipo de trabajo.....	19
	J. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor practica.....	19
	K. Resultados de la mejor practica .....	20
	L. Sostenibilidad y mejora.....	21-22
8.	Anexos.....	23-35

## INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

➤ **Información de la Organización:**

MINSAL, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

Dirección: Final 13 avenida Sur N° 1, Santa Ana.

Tel: fax 24359529

Email: direccionesantaana@gmail.com

Pág. Web

➤ **Categoría de la organización:** Hospital Público.

➤ **Categoría a la que postula:** Reconocimiento a las Mejores Prácticas MINSAL 2017.

➤ **Tipo de empresa:** Hospital Regional.

➤ **Nombre de la Mejor Práctica:**

**“PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO ANTE EL RIESGO DE CAIDA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA”**

➤ **Nombre de los integrantes del equipo de la Mejor Práctica:**

Dr. Ricardo Peñate	Jefe Departamento de Medicina Interna
Licda. Vilma Castaneda	Jefe Departamento de Enfermería
Licda. Yanira de Hernández	Sub-jefe departamento de Enfermería.
Licda. Ana Miriam Peñate	Enfermera Supervisora
Dra. Sandra de Marroquín	Jefe de UOC.

**Nombre del Coordinador Responsable de la Estrategia de la Empresa:**

Dr. Ramón Antonio Ábrego González

Cargo: Director, Representante Legal.

Teléfono: 24359500 Ext. 9502 Fax: 24359529

Correo Electrónico: direccionesantaana@gmail.com; rabrego@salud.gob.sv

**Contacto Alternativo para el Reconocimiento:**

Licda. Yanira de Hernández

Subjefe Departamento de Enfermería

Tel. 2435-9500 Ext. 9538 Fax 2435-9529

Correo Electrónico: yaniranoemiportillodehernandez@hotmail.com

**Miembros de la Alta Dirección, MINSAL:**

<b>Ejecutivos</b>	<b>Cargo</b>
Dra. Elvia Violeta Menjívar	Ministra de Salud
Dr. Julio Oscar Robles Ticas	Viceministro de Servicios de Salud
Dr. Eduardo Espinoza Fiallos	Viceministro de Políticas de Salud.

Firma \_\_\_\_\_

Ramón Antonio Abrego González.

Director del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

Representante Legal

## 1. Presentación:

El Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, comprometido en el cumplimiento de su Misión institucional de disponer de un equipo humano calificado y comprometido con sus principios y valores, que gestiona y optimiza los recursos para satisfacer las necesidades y expectativas de la población; para dar cumplimiento a este propósito, adoptó desde el año 2010 el modelo de gestión por procesos, tal como lo dictan los principios de LA CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA; con ello, se ha querido sentar las bases mínimas para establecer un sistema de gestión de la calidad institucional.

En base a las consideraciones anteriores y, por ser la seguridad un atributo de la calidad sanitaria, la institución adoptó una Política que contribuyera a garantizar este principio en la atención del usuario como estándar de calidad; por tanto y teniendo como base los lineamientos de “La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” de la Organización Mundial de la Salud (octubre de 2004), los estándares de acreditación hospitalaria de La Joint Commission International (JCI) 4ª edición 2011, Lineamientos de Calidad de las RIISS para hospitales, y documentos de indicadores y estándares de enfermería del MINSAL, tercer principio básico de enfermería: proteger al usuario de agentes externos que le causan lesiones; por lo anterior expuesto, se presenta el PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO ANTE EL RIESGO DE CAIDA, EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, para ser considerado al **“Reconocimiento interno a las mejores prácticas de mejora continua de la calidad en los servicios de salud de la red integral e integrada (RIISS) dentro del MINSAL; por los beneficios obtenidos dirigidos al paciente, a la familia y a la institución misma;** ya que es evidente que la creación de una cultura de seguridad en los hospitales, debe ser considerado como un objetivo primordial en la asistencia clínica en el contexto de la población que atiende, los servicios prestados y sus instalaciones, y evaluando en forma periódica el riesgo que corren los pacientes de sufrir eventos de caída, tomando medidas para reducirlas e interviniendo en forma oportuna en caso de su ocurrencia.

## 2. Introducción:

La Política Nacional de Salud 2009-2014, tiene como premisa que la salud es un derecho de todos y está dirigida a garantizar altos niveles de calidad a través del mejoramiento permanente en la atención.

En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cual es la calidad de atención en una institución sanitaria.

En el año 2014, se evidenció a través del sistema de monitoreo de los estándares de Calidad Hospitalaria (MINSAL), que los eventos de caídas presentaban resultados alarmantes en la institución a predominio del departamento de Medicina Interna.

Es de hacer notar que un número significativo de pacientes que asiste a nuestra institución tienen riesgo de presentar eventos de caída en cualquier momento de su internación. Por lo tanto, cuidar a un paciente con una alteración de su estado de salud durante la aplicación de un tratamiento que involucre su integridad física y psicológica implica, una serie de intervenciones que requieren una valoración clínica previa y la planificación de acciones de cuidado para ser implementadas desde el ingreso hasta el momento del alta por parte del equipo responsable de su atención.

A raíz de esto, el Departamento de Enfermería priorizó ante diferentes problemáticas presentadas para el año 2016 el problema relacionado a la vigilancia y notificación de caídas, ante el incremento de casos (Anexo N.º 1), con el objetivo de aplicar medidas de prevención y notificación oportuna de dichos eventos; dando inicio de esta manera al programa antes mencionado.

### 3. Antecedentes:

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Según la OMS se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 646,000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. En ese mismo sentido, el departamento de enfermería del hospital, focalizó la problemática de caídas en el departamento de medicina interna el cual funcionalmente está constituido por 4 servicios de internación, que brinda su atención en la especialidad de medicina interna y 6 sub- especialidades para pacientes con diversas patologías a predominio de enfermedades crónicas degenerativas; la caracterización de los usuarios que atiende va desde las edades de adolescentes hasta los adultos mayores; entre los indicadores de gestión hospitalaria se cuenta con una dotación de camas de 117 con índices ocupacionales mayores al 100%, y un promedio mensual de egresos de 550.

El perfil epidemiológico en un 70%, son adultos mayores con patologías como Enfermedad Renal Crónica, Cardiopatía Isquémica, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Eventos Cerebro Vascular, entre otras. Los usuarios son atendidos por equipos multidisciplinarios, sin embargo, se observa un déficit aproximado de **20 enfermeras** según estimaciones del departamento de enfermería para proporcionar una atención de calidad.

Entre los elementos de infraestructura del departamento de medicina, se tiene la debilidad del acceso a servicios sanitarios (largas distancias en relación al paciente), limitantes en aditamentos como andaderas y sillas de ruedas, tipo de pisos no antideslizantes; todo lo anterior constituyen factores de riesgo para sufrir eventos de caídas, los que al asociarlos hacen que el departamento de medicina haya presentado desde hace más de 4 años el primer lugar en ocurrencia de caídas, debido a elementos intrínsecos de los pacientes y extrínsecos de la institución, con promedio de 8 caídas de 550 egresos de pacientes mensual.

Por tanto resulta oportuno que el hospital siendo una institución de referencia para la zona occidental y que promueve por parte de todos los servidores la importancia que tiene la calidad en los servicios que presta, fundamentado en principios y valores éticos (humanismo, ética, calidad y equidad) formule programas dirigidos a la seguridad en la gestión asistencial. El presente proyecto de mejora dio inicio en marzo 2016 y finaliza en diciembre 2017. Actualmente se extiende, por sus resultados, hacia otros departamentos del hospital.

### 4. Justificación:

De acuerdo al razonamiento expuesto, el departamento de enfermería como ya se mencionó, focalizó el programa de intervención al departamento de medicina interna en razón que presentaba la mayor prevalencia de caídas de las unidades asistenciales del hospital, con porcentajes para el año 2015 de 1.4% (8 caídas de 550 egresos, en promedio); por lo que para el año 2016 se diseñó e implemento un **“PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO ANTE EL RIESGO DE CAIDA** ,en dicho departamento, con el propósito de implementar estrategias que contribuyan a la disminución de estos eventos, así como también dar cumplimiento a uno de los estándares de enfermería como lo es **“PROTEGER AL USUARIO DE AGENTES EXTERNOS QUE LE CAUSEN LESIONES”**.

La innovación de esta práctica es contar con un programa institucional de prevención de caídas con instrumentos estandarizados a nivel institucional, generando como resultado disponer de un equipo multidisciplinario comprometido con la calidad y seguridad del paciente, que aplica medidas para disminuir riesgo y daño en ellos, siendo evidente los beneficios a la institución y a la familia.

## 5. Objetivos:

### General :

Implementar un programa de seguridad que permita la ejecución de intervenciones oportunas para prevenir caídas y reducir sus efectos, en pacientes del departamento de medicina interna del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

### Específicos :

- Identificar al usuario de riesgo desde el momento de su ingreso para adoptar medidas de prevención de caídas.
- Diseñar, estandarizar, implementar y evaluar herramientas para la valoración de riesgo y vigilancia de pacientes.
- Fortalecer el proceso de orientación al usuario y familia mediante acciones de auto cuidado y de corresponsabilidad.

## 6. Metodología:

El Departamento de Enfermería para el año 2016 realizó un análisis de los problemas relacionados a procesos asistenciales y administrativos, haciendo uso de herramientas de calidad las cuales se describen a continuación según las diferentes etapas del proceso:

### a) Identificación de Problemas :

Para dar inicio a la identificación de los problemas el departamento de enfermería, seleccionó la técnica de BRAIN STORMING (Anexo N°2), la cual se utilizó para la generación de ideas debido a que produce un clima entre los participantes, en el que surge la creatividad en relación con un problema determinado, esta técnica generó la siguiente problemática, entre otros:

- Eventos de caídas en los pacientes de Medicina Interna.
- Estrés laboral en el personal de enfermería.
- Tardanza en el proceso de llenado de papelería del fallecido.
- Jefaturas y supervisión no cuenta con curso de gestión hospitalaria en enfermería.

### b) Priorización de Problemas:

El proceso de priorización de problemas, tuvo cuatro etapas secuenciales en la que por consenso de los participantes se determinó la problemática a intervenir : se definió los criterios de decisión, se sometieron al análisis por criterios los problemas seleccionados asignándoles un puntaje en una escala de 1,3, y 5 (siendo esta última ponderación los de mayor relevancia a intervenir). Finalmente el puntaje mayor, (producto de la sumatoria de todas las variables) permitió la comparación y categorización de los problemas, de esta forma es que se llegó a la selección de la temática en mención.

Un aspecto importante de priorización lo constituyó el Sistema de Monitoreo de los estándares de Calidad, lo que permitió focalizar el problema a mejorar en el Departamento de medicina Interna, en el que el estándar número 26, relacionado a los eventos de caídas y su incremento en los pacientes ingresados para el año 2015 con una presentación de 1.4% de evento de caídas (8 caídas/550 egresos) constituyo la línea de base el diseño de la mejor práctica. Para dar paso a este aspecto de la metodología se utilizó la MATRIZ DE PONDERACIÓN DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS, en la cual el impacto y la severidad ocupó el puntaje mayor entre el resto de problemas identificados. (Anexo N°3.). Considerando además que posee una factibilidad técnica y financiera.

### c) Enunciado del Problema

“El Departamento de medicina Interna presenta un porcentaje de caídas de pacientes 1.4% (8 caídas por cada 550 egresos mensuales) para el año 2015, con una meta a reducir para el año 2017 a 0.5 % (3 caídas), lo que corresponde a una brecha de 0.9% ( 5 pacientes)”.

**d) Análisis de la Situación**

Para la identificación de factores que intervienen en caídas de paciente se utilizó el análisis de causa efecto (espina de pescado) Ishikawa; (AnexoNº4), ya que esta herramienta nos permite identificar las posibles causas raíz del problema en estudio; encontrando entre las causas de caídas en el departamento de medicina las siguientes:

- Paciente se niega a utilizar el pato en cama.
- Largas distancias de los sanitarios.
- Disposición de los cubículos no ofrecen privacidad.
- Falta de normativa para que el familiar cuide al paciente.
- No se han definido proceso, ni escalas de valoración para identificación de riesgos.
- Falta de aditamentos, barandas no cubren de forma completa la cama, sillas no adecuadas.

Lo anterior motivo al equipo de mejora a la búsqueda de intervenciones sostenibles, las cuales mediante consenso y análisis de: factibilidad técnica y financiera de la intervención, interés institucional, apoyo de los directivos, y asignándole una puntuación del 1-5; dicho proceso permitió seleccionar las intervenciones de mayor ponderación para la construcción del plan de mejora ( anexo N°5).

**e) Diseño del Plan de Mejora**

El equipo de mejora, realizo el diseño de un programa de prevención de caídas en el que se especificaban los elementos técnicos y las fases del proyecto , el cual se expone a continuación:

<b>Nombre de la Unidad Organizativa:</b> Departamento de Enfermería.
<b>Dependencia:</b> Dirección
<b>Equipo de Mejora:</b> Licda. Vilma Cataneda, Jefe de Departamento de Enfermería. Licda. Yanira Noemí Portillo de Hernández, Sub jefe Departamento de Enfermería. Licda. Ana Miriam Peñate Flores, Supervisora de Departamento de Enfermería. Dr. Ricardo Peñate Guerra, Jefe Departamento de Medicina Interna. Dra. Sandra de Marroquín, Jefe de Unidad de Calidad (asesor).
<b>Problema identificado:</b> El Departamento de Medicina Interna presento un porcentaje de caídas de 1.4% (8/550) para el año 2015 con una meta a reducir para el año 2017 a 0.5 % (3 caídas), lo que corresponde a una brecha de 0.9% (5 pacientes) focalizado en pacientes con patologías crónico-degenerativas.
<b>Programa de mejora:</b> Prevención de Caídas de pacientes en el Departamento de Medicina Interna.
<b>Objetivos</b>  <b>General:</b> Contar con un programa de seguridad que permita la ejecución de intervenciones oportunas para prevenir caídas en pacientes, en las diferentes áreas de atención del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.  <b>Específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar áreas y factores de riesgos que generan caídas de pacientes.</li><li>• Orientar al equipo multidisciplinario en las medidas preventivas para evitar caídas en los pacientes.</li><li>• Realizar intervenciones de mejora en mobiliario y áreas externas que representan riesgos para caídas de pacientes.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar monitoreos y seguimientos de cumplimiento del plan de prevención de caídas de pacientes.</li> </ul>		
<b>Proceso mejorado:</b> Se contribuye a la seguridad del paciente ingresado en el Departamento de Medicina Interna		
<b>Metas a lograr para el año 2017 :</b> Reducir en 5 eventos de caídas (0.5%) brecha 0.9%.		
Variables	Línea de base al 2015	Meta a diciembre 2017
% de pacientes que sufren caídas	8/550 (1.4%)	3 pacientes (0.5%)
Diseño de herramientas gerenciales	Aplicación de método de solución de problemas (reactivo)	Contar e implementar herramientas estandarizadas que permitan identificación de riesgo de caídas, diseñar un proceso y adopción de una escala de valoración de riesgo institucional.
Lineamientos de orientación e información a la familia o cuidador.	No existen	Implementación de medios de comunicación para la orientación e información de familia, paciente y cuidador.
Sistema de vigilancia de caídas (estándar 26)	Sistema de estándares de Calidad 2015: 1.4% de caídas	Sistema de monitoreo con datos de reducción de caídas a 0.5% en el departamento de medicina Interna.

**f) f) Ejecución del Plan de Mejora**

El proyecto dio inicio en marzo de 2016 a finalizar en diciembre 2017.

Este programa se construyó con las siguientes especificaciones técnicas:

- Diseño de instrumento de valoración de riesgo de caída.
- Diseño e implementación de proceso de notificación y vigilancia de caídas.
- Identificación de factores de riesgo intrínseco del paciente desde su ingreso.
- Identificación de factores externos o del entorno.
- Mejoramiento de factores externos identificados.
- Ubicación estratégica de pacientes priorizados.
- Fortalecimiento de la educación de pacientes y cuidadores sobre medidas preventivas de caídas.
- Otorgamiento de permisos a familiares o cuidadores.
- Gestión de insumos y mobiliario.

**g) Evaluación de Resultados y Realimentación**

La implementación del programa de prevención de caídas ha contribuido a los siguientes resultados:

Objetivo	Indicador	Meta a diciembre .	Fuente de verificación	Resultados a septiembre 2017
Reducir eventos de caídas	% de caídas en pacientes de medicina Interna	0.5% (3 caídas) Línea de base :8	Sistema de estándares de Calidad	4 caídas Promedio 0.7%  Dato del mes de septiembre 2 caídas

Identificar al usuario de riesgo desde el momento de su ingreso para adoptar medidas de prevención de caídas.	Diseño e implementación de Escala de Valoración de Riesgo de caídas	100% de pacientes ingresados con riesgo de caídas cuentan con escala.	Expediente clínico y supervisión en campo en los servicios.	Se han definido con criterios de selección: patología, antecedentes poli fármacos, edad, eventos previos, capacidades especiales.
Diseñar, implementar y evaluar herramientas para la valoración y vigilancia de pacientes.	Herramientas elaboradas	Estandarización de herramientas	Expediente clínico	Se ha adoptado una escala de riesgo de caídas: J.H.DOWTON. Anexo 6. Se ha diseñado un procesos de notificación y vigilancia de caídas (ver anexos 1).
Fortalecer el proceso de orientación al usuario y familia mediante acciones de auto cuidado y de corresponsabilidad	% de cuidadores orientados y participando en el programa.	100% de Cuidadores participando en el proceso de prevención de caídas en los pacientes con riesgo de caídas.	Elaboración de material de orientación (Flayer) Anexo 7. Encuesta de evaluación del proceso.	100% de cuidadores aplicando la información que se ha brindado.

#### h) Sistematización de los Procesos de Mejora.

A continuación, se presenta una guía que evidencia como el equipo de mejora abordó las brechas encontradas en la ejecución del programa.

El programa de caídas es una herramienta gerencial que contribuye a la seguridad del paciente, su implementación, monitoreo y evaluación ha permitido realizar un análisis exhaustivo de los resultados obtenidos hasta el momento, los cuales evidencian una reducción en el número de caídas a pesar de los factores intrínsecos y extrínsecos intervinientes en los eventos de caídas de pacientes; razón por la cual se toma la decisión de continuar su implementación ya que entre los beneficios obtenidos a través del mismo tenemos: el trabajo multidisciplinario, estandarización de herramientas, orientación al paciente y familia y actualización de conocimientos en el personal de enfermería; cabe mencionar que se han tenido factores limitantes entre los que podemos mencionar: apoyo del familiar o cuidador para el cumplimiento de lineamientos de prevención de caídas de pacientes, falta de aditamentos para uso de pacientes para su movilización y traslado, ausencia de pisos antideslizantes y limitado personal multidisciplinario, los cuales a través de apoyo de la alta gerencia algunos, han sido suplementados.

Este programa persigue a través del monitoreo realizar mediciones frecuentes de su sostenibilidad, para lo cual se ha diseñado una encuesta que se aplicara periódicamente y en base a resultados obtenidos implementar las medidas necesarias; así como también se continuara socializando, capacitando y realimentando al personal de enfermería. (Ver anexo 8).

Para la implementación del programa se diseñaron herramientas entre las que se encuentran: el proceso de vigilancia y notificación de caídas el cual se aplica en las diferentes áreas de atención dándole cumplimiento en un 100%, tiene un periodo de medición mensual y verificación de su cumplimiento; mensualmente el departamento de enfermería realiza un análisis de los eventos de caídas ocurridos en el departamento de medicina interna, utilizando para su registro la matriz de consolidado y análisis de estándar de caídas, el cual es enviado a la unidad organizativa de la calidad quien es el ente responsable de verificar y analizar los resultados obtenidos como institución. (Ver anexo 9).

Otra herramienta adoptada fue la escala de valoración de riesgo de caídas, la que nos ha permitido la valoración del paciente desde el momento de su ingreso de la unidad de emergencia o realizar evaluaciones periódicas de cambios en el estado de salud del paciente durante su ingreso que puedan ocasionar una caída, esta es anexada al expediente clínico. (Ver anexo 6).

En el momento de ocurrir un evento de caída de paciente se utiliza la herramienta de investigación de accidente, en la cual se refleja un proceso de investigación que describen los factores intervinientes en el accidente y las acciones tomadas para el mismo (Anexo 10).

Como apoyo para la orientación a proporcionar al familiar o cuidador se elaboró un flyer que describe los factores que pueden ocasionar una caída, así como también las recomendaciones para el paciente y cuidador como contribución a la prevención de las mismas (Anexo 7).

Todos estos elementos nos han permitido obtener los resultados obtenidos hasta septiembre 2017.

#### **i) Estandarización de Experiencias Exitosas.**

Este programa ha permitido a la institución:

1. Identificar oportunamente los pacientes en riesgo de caída
2. Reducir a 0.4% en promedio a septiembre 2017 la presentación de eventos de caídas (4 de 550 pacientes egresos)
3. Desarrolla la corresponsabilidad social de la familia o cuidador en el concepto de seguridad del paciente.
4. Contribuir a desarrollar en el personal sanitario, el concepto de seguridad del paciente como un estándar para acreditar a la institución y un derecho del paciente
5. Favorecer al paciente, a la familia y a la institución ya que cuando ocurre un evento el paciente altera su trayectoria clínica en el nosomio (prolongación de estancia, déficit en la calidad programada, se somete a procedimientos adicionales y puede llegar hasta la muerte), la familia incurre en gastos de bolsillo y a la institución: demandas, gastos por exámenes de gabinete e interconsultas y/o referencias al tercer nivel .
6. El proceso de investigación nos permite detectar las oportunidades de mejora del proceso
7. Nos ha permitido gestionar equipo de conformidad a los requisitos sanitarios
8. Estandarización de herramientas técnicas que nos ayuden a mejorar el proceso de la asistencia clínica.

## 7. Principios fundamentales para la mejor práctica

### A. Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección para promover la mejor práctica

- a) ¿De qué manera la alta dirección promueve la Implementación de mejores prácticas?  
La alta Dirección del hospital, desde el año 2010, orienta sus actividades al desarrollo de estrategias a través del modelo de gestión por procesos el cual permite identificar las actividades que presentan brechas de la no conformidad. Además, la alta dirección, en el espacio gerencial denominado sala situacional, realiza, la revisión, discusión, análisis sistemático de los resultados de los estándares de calidad (mensual), en el que se monitorean los eventos relacionados al comportamiento de las caídas. Este momento gerencial permite tomar decisiones para mejorar la calidad de los servicios y adquirir compromisos para fortalecer los procesos misionales u operativos asistenciales ( Anexo 11).
- b) ¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica?  
La alta gerencia ha comisionado a la Unidad Organizativa de la Calidad para que en forma participativa con los jefes de las unidades organizativas brinde la asesoría, capacitación y acompañamiento en el proceso de identificación de las brechas que afectan el desempeño de las unidades asistenciales y de apoyo , lo que le permite conocer las diferentes problemáticas que enfrentan los servicios y realizar supervisiones y monitoreos que corroboren los problemas, para priorizar los proyectos en base a criterios establecidos.  
  
De igual manera, la dirección ha conformado equipos de supervisión multidisciplinarios bajo la estrategia ESHO (equipo de supervisión hospitalario) quienes visitan de forma planificada las unidades organizativas, lo que permite conocer más de cerca las necesidades de las unidades, sus proyectos de mejora y la adquisición de compromisos en ambas partes.
- c) ¿Cómo la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?  
La alta dirección designa a La Unidad Organizativa de la Calidad institucional para capacitar en herramientas técnicas sobre diseño metodológico de MCC (PHVA) y acompañar a las diferentes unidades organizativas en sus iniciativas de mejora. Así mismo, ha oficializado mediante un acta, LA COMISIÓN DE CALIDAD, integrada por miembros con experiencia en proyectos de calidad para la selección de la mejor practica interna, ambas instancias proponen a la dirección en base a criterios de selección cuales proyectos cumplen los requisitos en base a resultados. De esta forma la dirección convoca a los equipos de mejora y los compromete en la mejor práctica.
- d) ¿Cómo la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?  
La alta Gerencia interesada en la práctica de la Mejora Continua de la Calidad socializa los mejores proyectos a través de reunión con las diferentes jefaturas de las unidades en el espacio de sala situacional (y de igual manera los jefes con su personal), el consejo estratégico de gestión, carteleras y flyer; visualizando avances y limitantes de los mismos. (Anexo N°12).

### B. Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor práctica

- a) ¿Cómo apoya la alta dirección el desarrollo y la implantación de la mejor práctica?  
El apoyo proporcionado ha sido de diferentes formas, entre los cuales podemos mencionar: el asesoramiento de parte de la UOC; de tipo logístico para el desarrollo de capacitaciones al equipo multidisciplinario; gestión para la compra de material, insumos, papelería y equipos para la implantación del proyecto; y dando seguimiento a la

implementación del mismo. (Ver anexo N°12).

- b) ¿Qué medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor práctica?  
El soporte ha sido desde diferentes puntos: facilitando al equipo el registro de datos en líneas del ETAB MINSAL, las cuales se encuentran accesibles para poder ser consultadas por el equipo multidisciplinario.  
Así como también, propiciando reuniones mensuales en donde se discute el estándar de caída(E.26)  
De igual manera autorizando el desarrollo de programas de capacitación continua dirigido al equipo multidisciplinario involucrado, procesos de orientación y comunicación al paciente y familia, la asignación de recursos económicos al programa y autorizando la impresión de toda la papelería a estandarizar.
- c) ¿Cómo la alta dirección generó compromiso de las jefaturas y líderes del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?  
La alta dirección reconoció la importancia de socializarlo en el departamento de medicina interna con personal multidisciplinario a fin de concientizarlos en la trascendencia, el impacto y los resultados del programa y tomando las siguientes acciones:
- a) Capacitando al equipo de los servicios beneficiados.
  - b) Mostrando interés ante las necesidades sentidas por los equipos responsables de brindar el servicio.
  - c) Dando seguimiento a la calidad de los procesos de las unidades beneficiadas por el proyecto.
  - d) La alta dirección designa un recurso que analiza, monitorea y evalúa las caídas.
  - e) Monitoreando a través de los equipos de supervisión hospitalaria (ESHO) el cumplimiento del programa.

### **C. Reconocimiento a equipos de trabajo**

- a) ¿Qué políticas e incentivos aplica la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipos que desarrollan mejores prácticas?  
El Hospital cuenta con un plan de incentivos no financiero fundamentado principalmente en reconocer el esfuerzo de las Unidades Organizativas ; La alta gerencia adopta una actitud proactiva en la solución de los problemas, este enfoque deberá alcanzarse con la participación activa de la misma y capital humano institucional.
- Lo anterior, reta a los equipos de mejora a que los procesos deben de mejorar, la calidad en la atención y de esta forma la aplicación de la política de calidad institucional debe de ser coherente con los proyectos de mejora. En la institución la facilitación del tiempo y los espacios necesarios para mejorar el programa es una motivación para el equipo del proyecto.
- b) ¿Cómo la organización reconoce a cada miembro de los equipos y su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en las mejores prácticas?  
La institución desde el año 2013 ,cuenta con un plan de incentivos en el cual está contemplado el reconocimiento al desempeño de los equipos de mejora; la alta gerencia reconoce públicamente ,estimula a cada miembro del equipo en forma individual mediante un diploma y entrega una placa al equipo de mejora en el espacio de Sala situacional.  
De igual manera el fortalecimiento de las necesidades para el funcionamiento del programa motiva al equipo, reduciendo las brechas que limitan el buen desempeño de los recursos.

Foto :



#### D. Identificación y selección de la oportunidad de mejora

- a) ¿Cómo se identificó la oportunidad de mejora o problema a resolver?  
Anualmente las diferentes unidades organizativas exponen con su equipo multidisciplinario las diferentes problemáticas existentes en dichas áreas, las cuales a través de la metodología de lluvia de ideas se priorizan para ser intervenidas de forma oportuna. (Anexo N° 2)

Este aporte de las jefaturas es en base a las necesidades a resolver en pro de la Mejora Continua de la Calidad (AnexoN°2).

- b) ¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de la oportunidad de mejora?  
Se analizó cada una de las problemáticas expuestas utilizando matriz de ponderación de priorización de problemas, determinando que el problema que obtuvo la mayor puntuación era de factible técnicamente de intervención, análisis de la severidad ,la magnitud del problema, sus resultados de impacto institucional tanto para el paciente, familia, personal y la institución misma , que contara con el apoyo de los directivos y que estuviera vinculado con un estándar de calidad hospitalaria.
- c) ¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización de problemas?  
Para poder priorizar los problemas se utilizaron herramientas que ayudaron a identificar, clasificar y poner de manifiesto posibles causas, tanto de problemas específicos como de características de calidad; ya que estas suponen una importantísima información en su aplicación para determinar la competitividad de las organizaciones, ( siempre que se lleve a cabo su correcta utilización).

Las herramientas de calidad, que se utilizaron según etapas del análisis del problema fueron las siguientes:

- Metodología de Lluvia de Ideas.
- Matriz de ponderación de priorización de problemas.
- Análisis de causa efecto (espina de pescado) Ishikawa.

- Tabla de ponderación de mejores intervenciones

- d) ¿Cómo proyectó el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?  
El impacto se proyectó mediante el análisis sistemático del comportamiento de los eventos de caídas en los últimos dos años, registrado en los estándares de Calidad n° 26 ; por lo que el equipo estimo el desafío de reducir a tres caídas para el año 2017(diciembre).

Además los costos hospitalarios que implica el evento de caída se ha estimado en \$330.00 por cada caída, si en el año 2016 ocurrieron 51 caídas esto representa un costo institucional de \$32130 , que comparado con los costos de ejecución del programa de seguridad(\$7,414.20), constituyen un ahorro a la institución en \$24,715.80. (ver anexo N°12.)

- e) Estándares de Calidad relacionados  
Para el desarrollo de la mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios de salud el personal debe aplicar la estrategia de la mejora continua de la calidad de la RIIS, el que debe analizarse a través de la medición del cumplimiento de los estándares construidos por criterios e indicadores que evidencian el desempeño de los procesos y sus fallas( utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis, PHVA); tal como lo cita el estándar número 26 “Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de segundo y tercer nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción”; el cual es transversal a las unidades asistenciales y que miden el porcentaje de eventos de caídas en los centros de producción final hospitalarios(medicina interna, ginecobstetricia, pediatría, cirugía).
- f) ¿La oportunidad de mejora se relaciona con la autoevaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad de la Gestión Pública?  
La carta Iberoamericana promueve el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad y de excelencia en la gestión pública, a partir del cual se adopta un conjunto de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes administraciones publicas iberoamericanas; es así como este proyecto se relaciona específicamente en las diferentes secciones:

Sección I: Orientaciones para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública, en el epígrafe 26 “Hacia una gestión pública para resultados”; N° 30 “Gestión por procesos”; N° 32 “Desarrollo de capacidades de los empleados públicos”; N° 35 “Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora de la calidad”.

Sección II: Acciones e instrumentos para la calidad en la gestión pública, en el epígrafe N° 44 “premios a la calidad o excelencia”; N° 46 “Los equipos y proyectos de mejora”; N° 59 “Comparación e intercambio de mejores prácticas”

Acciones e instrumentos para la calidad en la gestión pública, en el epígrafe 57 denominado: sistema de gestión normalizados: las adopciones de sistemas de gestión normalizados facilitan el desarrollo de un proceso de evaluación y mejora continua. En dicho sentido, se recomienda la adopción de modelos que contemplen la gestión integrada de la calidad, el medio ambiente y la salud y seguridad laborales.

## **E. Recolección y análisis de la información**

- a) Metodología aplicada para la recolección y análisis de la información  
En cada servicio de atención se lleva un registro de los indicadores de calidad (E. 26 caídas), luego la información se traslada a una matriz que se ha diseñado en la cual se analizan los factores intrínsecos y extrínsecos que rodearon el evento. Mensualmente se envía dicha información a la Unidad Organizativa de la Calidad para analizar los procesos (Anexo N°9).

Se realizan investigaciones e informes ante la ocurrencia del evento de caída a nivel de jefatura de servicio de hospitalización y del departamento de Enfermería. (Anexo 10).

- b) Herramientas utilizadas para la recolección, clasificación, consolidación y análisis de la información  
Como factor indispensable para la obtención de la información se utilizan las siguientes herramientas.
- a) Registros de indicadores de cada área de atención (Anexo N°9).
  - b) Registro de consolidado y análisis de estándar de caídas
  - c) Informe de la supervisora responsable del turno durante el cual ocurre el evento(AnexoN°10)
  - d) Informe del personal del área de atención en el cual se da el evento.
  - e) Sistema ETAB E 26. En el que se registra los eventos ocurridos en los departamentos médicos.
- c) La fuente de datos que utilizo y verificación de su confiabilidad  
Las fuentes surgieron del sistema de estándares de calidad del MINSAL y de los informes presentados, de las herramientas utilizadas y del consolidado que realiza la Unidad Organizativa de la Calidad.
- d) ¿Cómo determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual y la situación deseada?
- a) La unidad de enfermería monitorea en forma sistemática los estándares relacionados a caídas, lo que alerta al departamento de enfermería a realizar o priorizar este tipo de eventos.
  - b) No existe a nivel mundial un rango permitido de caídas en las instituciones de salud, pero es un problema real en el cual se debe intervenir para minimizar esta situación, en nuestra institución se cuenta con una línea de base en el año 2015 de 1.4 %, por lo que se consideró de vital importancia reducir esta brecha a 0.5%. en el departamento de medicina interna.

#### **F. Gestión de la mejor práctica**

- a) Planificación de la mejor práctica  
La Unidad Organizativa de la Calidad capacitó a personal multidisciplinario que conforman las diferentes divisiones en la formulación de proyectos de mejora, el Departamento de Enfermería elaboro 20 proyectos, de los cuales fue seleccionado el PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO ANTE EL RIESGO DE CAIDA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.

En consecuencia, se estableció coordinación con la jefatura del departamento de medicina Interna y jefes de unidad quienes en conjunto determino tipo de pacientes y criterios para autorizar a familiares en el cuidado de pacientes. Además, se desarrollaron reuniones de trabajo en las cuales se consolidaron aspectos como: discusión y selección de escala de riesgos que se asemejara a la caracterización de nuestros usuarios, valoración de necesidades de aditamentos, mobiliario y equipo, valoración por personal médico de pacientes que ameritan acompañamiento de cuidadores.

- b) ¿Como la mejor práctica está orientada con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?  
Este proyecto esta englobado en la misión, visión y objetivos institucionales los cuales están orientados a adoptar a su interior una política de seguridad inmersa en su política de calidad y los lineamientos estratégicos institucionales están encaminados a mantener los estándares de calidad.
- c) ¿Cómo la organización seleccionó al equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor práctica?

La jefatura del departamento de enfermería en base a criterios tales como competencias del profesional, empoderamiento, responsabilidad y aunado la prioridad y relevancia del problema, comisiona al equipo de mejora para la implementación del programa ante los resultados que se evidencian el sistema de Estándares de Calidad

- d) ¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor práctica?

**General**

Implementar un programa de seguridad que permita la ejecución de intervenciones oportunas para prevenir caídas y reducir sus efectos, en pacientes del departamento de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

**Específicos**

- Identificar al usuario de riesgo desde el momento de su ingreso para adoptar medidas de prevención de caídas.
- Diseñar, implementar y evaluar herramientas para la valoración y vigilancia de pacientes.
- Fortalecer el proceso de orientación al usuario y familia mediante acciones de auto cuidado y de corresponsabilidad.

- e) ¿Cómo se definió el plan de trabajo, como se asignó a los responsables a cada actividad y cuál es el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada?

El plan de trabajo se definió en base al proceso asistencial afectado fundamentado en el estándar N° 26 de caídas y el tercer principio básico de enfermería que dice “Proteger a la persona de agentes externos que le causen enfermedad”. Los responsables fueron asignados por sus características y la función que desempeñan (jefe y subjefe del departamento de enfermería, coordinadora de lo PAI ), y el seguimiento mediante los informes mensuales de las jefas de los servicios y enfermera supervisoras por áreas.

- f) ¿Cuál fue el presupuesto de la mejor practica y como se financio?

Las necesidades surgidas a través del análisis de los factores extrínsecos que inciden a la prevalencia de evento de caídas, hizo necesario que fuera asignado un presupuesto que diera respuesta a la adquisición de insumos, equipo, papelería y mobiliario.

El financiamiento se obtuvo a través de la dirección de la institución hospitalaria, a través de la UACI, los detalles se describen en el anexo N°12.

## **G. Implantación de la mejor práctica**

- a) Pasos, etapas o estrategias desarrolladas.:

Para la implantación de la mejor práctica, el equipo llevo a cabo las siguientes etapas: diagnóstico y planificación del abordaje del problema ,para ello utilizo las siguientes herramientas : 1.lluvia de ideas para conocer los problemas del departamento de enfermería; priorización del problema(método de ponderación de problemas con escala de 1-5), análisis causa efecto del problema (espina de pescado),selección de las intervenciones:

- Diseño del programa
- Diseño de herramientas
- Coordinación y desarrollo de reuniones con jefe del depto. de medicina y otros actores
- Capacitación a las jefaturas de enfermería
- Socialización en cascada
- Ejecución del Sistema de monitoreo mensual: informes y estándares

- b) ¿Como se identificó el apoyo de otras áreas de la organización para el logro de los objetivos?

Se identificó al diseñar el programa ,ya que requería del apoyo de diferentes

unidades en base a sus funciones y objetivos entre las que podemos mencionar: Unidad de emergencia responsable inicial de identificar el riesgo en los pacientes, Departamento de medicina a través de la integración del equipo multidisciplinario responsable directo del paciente, de la supervisión y monitoreo de la implementación del programa, departamento de enfermería con el seguimiento, monitoreo y evaluación del mismo, unidad organizativa de la calidad con el apoyo y asesoría para la implementación del programa, unidad financiera institucional y unidad de adquisiciones y contrataciones a través del apoyo económico para la adquisición de insumos, mobiliario y equipo, y la dirección del centro

c) ¿Cuáles fueron las dificultades presentadas para el logro de la implementación de la mejor práctica?

Como todo programa a implementar se obtuvieron tanto beneficios como dificultades, entre los desafíos que hemos enfrentado podemos mencionar:

- Déficit de recurso humano de enfermería, como de otras disciplinas del equipo de trabajo.
- Presupuesto hospitalario limitado
- Los cuidadores no ejecutan el rol encomendados
- La infraestructura hospitalaria no reúne las condiciones de seguridad necesarias con relación a la ubicación de servicios sanitarios de pacientes
- Los usuarios con pluripatologías
- Aditamentos limitados como: bastones, sillas de ruedas, andaderas, camas con barandales, biombos.
- Hacinamiento
- Índices de ocupación hospitalaria mayor al 100%

#### **H. Control y seguimiento**

a) ¿Cómo se realizó el control y seguimiento en el desarrollo de la mejor práctica?

Todo proceso necesita ser monitoreado periódicamente a fin de detectar desviaciones durante la implementación del mismo, para tomar oportunamente las medidas correspondientes, también nos sirve para identificar nuevos riesgos para el proyecto y analizar, revisar y monitorear los riesgos que ya teníamos identificados.

Es así como el seguimiento se realizó a través del monitoreo continuo del registro de indicadores y aplicación de lista de chequeo.

Seguimiento a notas de enfermería para verificar la aplicación del proceso de caídas de pacientes.

Registro y análisis mensual de indicadores.

Aplicación de la metodología MCC: Ciclo PHVA para evaluar áreas de mejora.

Esto nos sirvió para constatar la eficiencia y eficacia de la ejecución y verificar los avances del proyecto a través de lo que se planifico en las líneas de base del proyecto que son: alcance, tiempo y costos.

b) Ante las desviaciones que se presentan durante el desarrollo, ¿cómo se aseguró la adopción de medidas y cuáles fueron las medidas que se tomaron para prevenir que se volvieran a presentar?

- Las acciones ante las desviaciones que pudieran presentarse deben tomarse a tiempo para evitar que el proyecto fracase; por lo que entre las medidas tomadas tenemos: supervisión, monitoreo y evaluación mensual dirigida al funcionamiento del proceso de caídas.
- La revisión y análisis de factores que han intervenido en las caídas de pacientes, para adoptar periódicamente medidas de prevención.
- Elaboración de planes de mejora y evaluación de los mismos.
- Capacitación continua la personal

- Presentación del comportamiento del estándar a la alta dirección para el apoyo respectivo.
- c) ¿Cómo se aseguró que la participación de otras áreas en la mejor práctica fuera efectiva?  
Mediante la socialización e implementación de instrumentos utilizados.  
A través del registro oportuno de incidente de caídas.  
Socialización del programa de mejora.  
Retroinformación de las fallas encontradas en los eventos presentados.
- d) ¿Cómo se realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica?  
Mediante el análisis realizado por el equipo comisionado por la Unidad de Enfermería responsable de la evaluación de los estándares, ya que el sistema permitió identificar los factores incidentes en las caídas de pacientes lo que dio como resultado establecer la brecha y de acuerdo a estos resultados adoptar un plan de intervención para prevenir futuros eventos; además se pasó una encuesta de satisfacción a los usuarios de este programa cuyos resultados nos permiten focalizar las fallas e intervenir.
- A si mismo la Unidad de Calidad realiza monitoreos a los proceso de la Unidad de Enfermería comunicando los resultados y verificando la calidad de la información.

#### **I. Gestión del equipo de Trabajo**

- a) Integración del equipo de trabajo: ¿Cómo se aseguró la integración, el desempeño de los miembros del equipo, como se aseguró la sinergia entre ellos y como esto contribuyo al desarrollo de la mejor práctica?  
La alta gerencia a través de la Unidad de Calidad capacitó en ciclo PHVA en invito al departamento de enfermería a conformar e integrar equipos de mejora por personal multidisciplinario ante los problemas que cada servicio había priorizado ; entre los que se mencionan, el jefe del departamento de medicina, enfermera supervisora del área y subjefe del Departamento de enfermería quien es la persona responsable de analizar y reportar el estándar de caída de pacientes. Todos ellos (como conocedores del plan de mejora a implementar en el departamento) ejecutan una función de preservar la seguridad de los procesos asistenciales en su área de trabajo como una dimensión de calidad en la gestión de la asistencia clínica. Ellos han sido concientizados del problema y han participado en forma activa para aportar soluciones.
- b) Desarrollo del equipo de trabajo: ¿Cómo se evaluó conocimientos y habilidades de cada miembro que contribuyeron a la mejor práctica, se gestionó fortalecimiento de estas competencias? ¿Qué control y seguimiento se dio a los miembros del equipo de trabajo para asegurar la efectividad de la mejor practica?  
A través del conocimiento tanto teórico como practico del departamento en donde se está implementando, capacitación sobre herramientas PHVA, a través de la participación en el diseño y modificación de diferentes herramientas que se están utilizando en el programa.

#### **J. Gestión del conocimiento e Innovación de la mejor práctica.**

- a) ¿Que iniciativas se han realizado para generar aprendizaje a partir de la mejor practica?  
La estandarización de herramientas que son el soporte del programa.  
Institucionalización del programa en el hospital por parte del departamento de Enfermería

Capacitación y acompañamiento durante el ciclo PHVA por parte de la Unidad de Calidad Hacia el equipo de mejora.  
Diseño e implementación del proceso de notificación y vigilancia de caídas

b) ¿Cuáles son los elementos de innovación generados a partir de las experiencias y lecciones aprendidas de la mejor práctica?

La innovación es una cualidad estratégica y como tal debe abarcar a la organización en su conjunto. De lo contrario, quedará reducido y perderá impacto; entre estos elementos mencionamos:

- Empoderamiento del equipo multidisciplinario.
- Revisión y modificación en base a necesidades detectadas el proceso de vigilancia y notificación de caídas.
- Diseño y uso de herramientas estandarizadas.
- Reducción de daños a pacientes ante las caídas.

c) ¿Qué se consideró para generar los elementos de innovación?

- La fuente documental fue la alianza para la seguridad de pacientes de la OMS, los estándares para acreditación de hospitales de La Joint Commission International (JCI) 4ª edición 2011, Los estándares de Calidad y de la Unidad de Enfermería del MINSAL ;esto nos permitió Establecer criterios de medición para proponer el indicador meta de reducción de caídas para diciembre 2017 y que nos permitiera lograr en un momento la acreditación hospitalaria ya que constituye un requisito.
- Estandarización de registros y escalas de riesgo
- La necesidad trascender del reporte tradicional hacia un enfoque de fallas de proceso-causa plan de mejora-evaluación y retroinformación
- Sensibilización y concientización al personal en relación a contribuir con una cultura de seguridad del paciente.

d) ¿Cómo esta innovación agregó valor y mejoró el desempeño de la organización?

Este programa constituye un elemento para la acreditación hospitalaria en el futuro, puesto que es un requisito de estándar de Calidad y seguridad para la acreditación hospitalaria según la Joint Commission International (JCI) 4ª edición 2011 .

No existe reporte de quejas de usuarios por caídas de pacientes en la ODS.

#### **K. Resultados de la mejor práctica.**

a) ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación y después de aplicar la mejor practica?

El objetivo primordial del proyecto es la disminución de eventos de caídas en los pacientes hospitalizados, es así como la brecha durante la planificación fue de 0.9 % (5) y se proyecta disminuirla a 0.5%.(3 caídas)

b) ¿En qué aspectos se ha mejorado después de implementar la mejor practica?

Muchos aspectos se han mejorado, sobresaliendo entre estos:

- Se cuenta con un programa de seguridad, el cual es un requisito internacional para acreditar un hospital
- Se cuenta con herramientas estandarizadas para identificar oportunamente el riesgo de caídas
- Se ha diseñado e implementado el proceso de vigilancia de caídas
- Se ha mejorado la Satisfacción del usuario y su familia
- Satisfacción de la organización por la atención proporcionada.
- Se ha Fortalecimiento el concepto de seguridad del paciente y del trabajo en equipo.
- No se han recibido quejas en la ODS por caídas

- No se han presentado fallecidos por caídas.
- c) ¿Cuáles son los resultados y el impacto en los usuarios?  
 Usuarios satisfechos con la atención recibida y con las medidas adoptadas por el equipo multidisciplinario para proporcionarle seguridad durante su estancia hospitalaria y un retorno a su hogar sin complicaciones sobre agregadas.
- d) ¿Cuáles son los resultados y beneficios generados en otras partes relacionadas a la mejor práctica?
- Implementación en diferentes áreas de la institución.
  - Disminución del porcentaje de caídas.
  - Expansión del programa a las unidades de mayores incidencias
  - El proceso de estancia alta de pacientes dentro de límites del estándar (7 días), es decir sin daños ocasionados por la institución lo que prolongaría la estancia e incrementaría la morbilidad del paciente
  - Desarrollar una cultura de seguridad hospitalaria en el hospital
  - Corresponsabilidad de los cuidadores (familiares) en colaboración con la institución
- e) ¿Qué beneficios financieros se han obtenido con la ejecución de la mejor practica y cuáles son los resultados costo/beneficio de su implementación?
- Se mantiene el promedio de estancia hospitalaria según norma ya que se prolongan por caídas
  - Se contribuye a no incrementar los costos de estudios de gabinete e interconsultas con sub especialistas ante un evento de caídas
  - La estadía del paciente gira únicamente en la patología de base por la cual ingreso.

#### **L. Sostenibilidad y mejora.**

- a) ¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada?
- Todo proyecto presenta riesgos que ponen en peligro su sostenibilidad, este no es la excepción por lo que algunos se mencionan a continuación:
  - Limitado apoyo en la prevención de caídas de pacientes en los cuidadores.
  - Presencia de factores intrínsecos del paciente.
- b) ¿Qué estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, la sistematización y Estandarización de la mejor práctica?
- La sostenibilidad de los proyectos es uno de los fines últimos del programa, por lo que las siguientes estrategias persiguen que este se mantenga estandarizado y sistematizado.
  - Mantener la orientación en todo momento al paciente y cuidadores.
  - Continuar capacitación permanente en el equipo de trabajo.
  - Monitoreo y evaluación del programa en forma continua.
  - Análisis mensual con intervenciones oportunas en los servicios donde ocurren las caídas.
- c) ¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor practica?
- Con la medición mensual del indicador de caídas y del proceso de vigilancia y notificación de caídas de pacientes con medición periódica según se estableció en el proceso.
  - Seguimiento y evaluación de planes de mejora.
  - Registro y análisis de cada caso (oportuno) del indicador de caídas.
  - Mantener el comité de análisis de caídas en el departamento de Enfermería

- Impresión de un flyer para cuidadores (Anexo7).
- d) ¿Cuáles estrategias se han definido para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?
- Apoyo de las autoridades de la institución.
  - Disponer del mobiliario, equipo e insumos que contribuyen al cumplimiento del programa.
  - Adecuar escalas de valoración de eventos de caídas
  - Análisis mensual y toma de decisiones ante resultados obtenidos.
  - Orientación permanente a cuidadores de pacientes relacionados al apoyo en la prevención de caídas (anexo7).
  - Valoración oportuna del paciente desde el momento de su ingreso (AnexoN°6).
  - Capacitación permanente del equipo de trabajo.
  - Compromiso del equipo multidisciplinario.
  - Expansión del programa hacia otros departamentos.
- e) ¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento se han implantado para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?
- El seguimiento a la implantación del proyecto es el mecanismo que nos asegura la efectividad del mismo, podemos mencionar entre ellos:
  - Indicadores de procesos.
  - Estándares de calidad
  - Monitoreo y evaluación
  - Investigación de las caídas y Realización de Planes de mejora ante fallas en el desempeño de los procesos.

ANEXOS.

ANEXO N° 1: PROCESO DE VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS.

	<b>Departamento ó Servicio:</b> Oficina de enfermería	<b>Revisión N° (0) Fecha:</b> N° de pág.
<b>TITULO DEL PROCESO:</b> Vigilancia y notificación de caídas.		
Objetivo: Aplicar medidas de prevención y notificación oportuna ante evento de caída de paciente.		
Responsabilidad: Departamento de Enfermería.		
Responsable	N°	Actividad
Personal de enf. y medico Personal de enfermería Personal medico Personal de enfermería	1 2 3 4	Identifica riesgo de caída y lo registra en escala establecida. Orienta a paciente y familia sobre riesgo de caída. Incorpora evaluación para autorizar el cuidado por parte de familiar.
Personal de enfermería Personal médico y de enf. Personal de enfermería	5 6 7	Proporciona dispositivos como andaderas, silla de ruedas, pato u orinal, según evaluación de riesgo. Aplica medidas de seguridad y contención para prevención de caídas. Evalúa a diario la continuidad de la aplicación de medidas de seguridad.
Personal medico Personal de enfermería Enf. Jefe de servicio y Supervisora Personal de enfermería	8 9 10	Informa de caída de paciente a medico de turno para su evaluación y a Enfermera Supervisora. Examina a paciente y anota indicaciones médicas en expediente clínico. Cumple indicaciones médicas y elabora anotaciones de enfermería.
Enf. Jefe de servicio y superv. Enf. Jefe de servicio y superv.	11 12	Verifica cumplimiento de indicaciones médicas y realiza investigación aplicando método de solución de problemas. Elabora informe por escrito a jefe inmediato y anota en registro de indicadores de calidad.
Personal de enfermería, jefe de servicio y supervisora Personal de enfermería y supervisora Jefe de unidad y supervisora	13 14 15	Realiza informe de caída. Registra en hoja de acciones y hoja de pacientes delicados los cuidados de Enfermería a cumplir. Informa en entrega de turno caída de paciente en forma verbal y escrita para seguimiento.
Jefe de unidad o supervisora	16 17	Da seguimiento de evaluación de pacientes en hoja de acciones, pacientes delicados y nota de enfermería. Entrega informe con análisis a sub-jefe del departamento, para tomar medidas correspondientes.
Sub Jefe del departamento Sub Jefe del departamento	18	En caso de que el paciente falleciere se notificara a Jefatura del departamento de Enfermería y Jefatura Medica, para realizar auditoria. Elabora informe y análisis mensual de caída de pacientes y plan de intervención para jefe división médica y UOC.
META: 0% de pte. que sufren caída de las áreas de hospitalización.		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual.
INDICADOR: Porcentaje de pacientes ingresados-		

**ANEXO N°2: METODOLOGÍA UTILIZADA: LLUVIA DE IDEAS, IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**

**IDENTIFICACION DE LOS PROBLEMAS  
(Metodología de Lluvia de Ideas)**

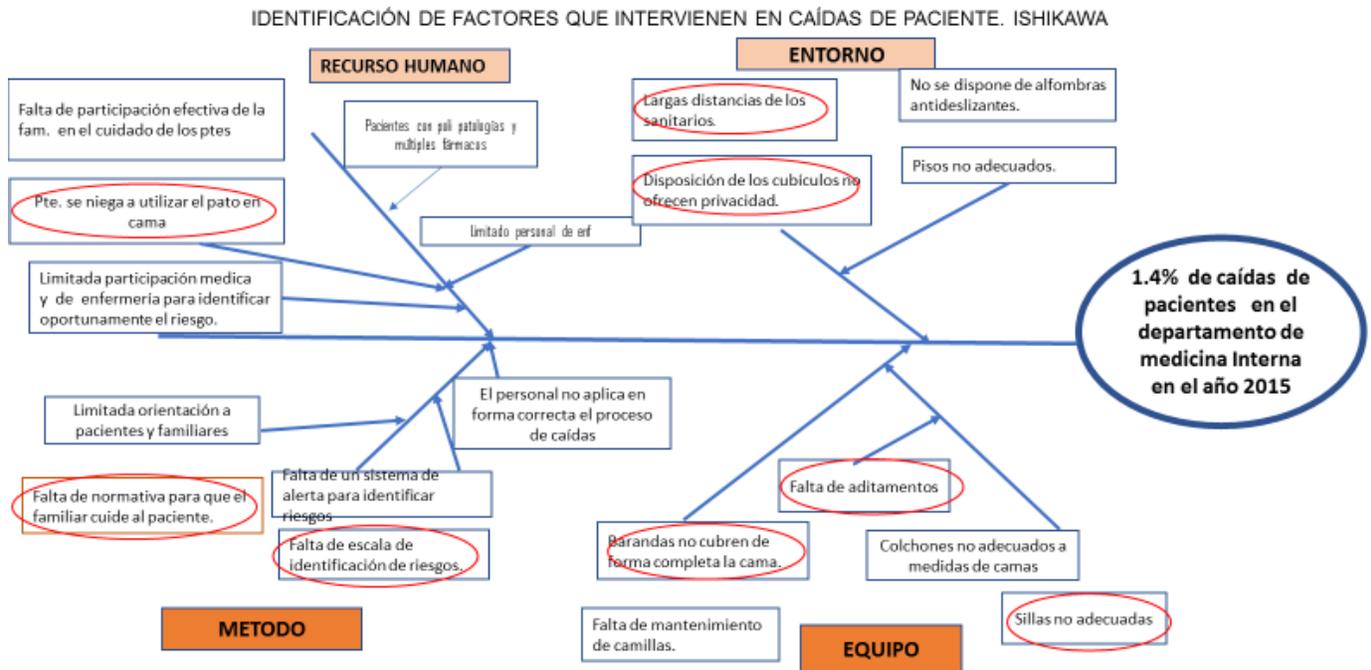
- ✚ Caídas.
- ✚ Stress laboral.
- ✚ Tardanza en el proceso de llenado de papelería del fallecido.
- ✚ Incumplimiento del proceso de dietas.
- ✚ Jefatura y supervisión no cuenta con curso de gestión hospitalaria en enfermería

**ANEXO N°3: MATRIZ DE PONDERACIÓN DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS.**

Priorización de problemas y su ponderación

problemas Lluvia de ideas.	MAGNITUD	SEVERIDAD	IMPACTO ECONÓMICO	FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN	CONFORME A POLÍTICA SANIATARIAS	COSTOS JUSTIFICABLES	INTERES HOSPITALARIO	EVIDENCIA	TIEMPO REQUERIDO	TOTAL
Caídas	5	5	4	5	1	5	5	5		35
Stress laboral	3	3	1	5	1	3	5	3		24
Tardanza proceso de llenado papelería de fallecido	5	5	1	5	1	3	5	3		28
Actualización sobre cursos de gestión hospitalaria para supervisoras y jefaturas de enfermería	3	3	1	5	1	1	5	5		24

**ANEXONº4: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE INTERVIENEN EN CAÍDAS DE PACIENTE ANALISIS CAUSA-EFECTO (ISHIKAWA).**



**ANEXO N° 5: PLAN DE MEJORA.**

<b>Nombre de la Unidad Organizativa:</b> Departamento de Enfermería.		
<b>Dependencia:</b> Dirección		
<b>Equipo de Mejora:</b> Licda. Vilma Castaneda, Jefe de Departamento de Enfermería Licda. Yanira Noemí Portillo de Hernández, Sub jefe Departamento de Enfermería Licda. Ana Miriam Peñate Flores, supervisora de Departamento Dr. Ricardo Peñate Guerra, Jefe Departamento de Medicina Interna Dra. Sandra de Marroquín, Jefe de Unidad de Calidad.		
<b>Problema identificado:</b> El Departamento de Medicina Interna presento un porcentaje de caídas de 1.4% (8/550) para el año 2015 con una meta a reducir para el año 2017 a 0.5 % (3 caídas), lo que corresponde a una brecha de 0.9% (5 pacientes ) focalizado en pacientes con patologías crónico-degenerativas.		
Programa de mejora : Prevención de Caídas en el Departamento de Medicina Interna.		
<b>Objetivo General:</b> Contar con un programa de seguridad que permita la ejecución de intervenciones oportunas para prevenir caídas en pacientes en las diferentes áreas de atención del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana		
<b>Específicos:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar áreas y factores de riesgos que generan caídas de pacientes.</li> <li>• Orientar al equipo multidisciplinario en las medidas preventivas para evitar caídas en los pacientes.</li> <li>• Realizar intervenciones de mejora en mobiliario y áreas externas que representan riesgos para caídas de pacientes.</li> <li>• Realizar monitoreos y seguimientos de cumplimiento del plan de prevención de caídas de pacientes.</li> </ul>		
<b>Proceso mejorado:</b> Se contribuye a la seguridad del paciente ingresado en el Departamento de Medicina Interna		
<b>Metas a lograr para el año 2017 :</b> 5 caídas (0.5%) brecha 0.9%		
Variables	Línea de base al 2015	Meta a diciembre 2017
% de pacientes que sufren caídas	8/550 (1.4. %)	5 pacientes (0.5%)
Diseño de herramientas gerenciales	Aplicación de método de solución de problemas (reactivo)	Contar con las herramientas que permitan identificación de riesgo de caídas, diseñar un proceso y adopción de una escala e implementarlos.
Lineamientos de orientación e información	No existen	Elaboración e implementación de lineamientos (flyer)
Sistema de vigilancia de caídas	Sistema de estándares de Calidad 2015: 1.4% de caídas	0.5% de caídas en el departamento de medicina Interna.

**ANEXO N° 6: ESCALA PARA VALORAR RIESGO DE CAÍDA.  
ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS: J.H.DOWTON.**

Fecha. \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

N° de Expediente \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Ingreso \_\_\_\_\_

Turno \_\_\_\_\_

FACTORES DE RIESGO	SI	NO
Tiene Historias de caídas previas		
Esta agitado, confuso, desorientado y/ inconsciente		
Toma fármacos de acción central: psicotrópicos, hipnóticos, relajantes musculares entre otros		
Oye o Ve mal		
Necesita acudir con frecuencia al baño, y/o es incontinente		
Tiene dificultad para caminar o incorporarse		

Instrumento para evaluación de factores de riesgo al ingreso y durante todo el proceso de hospitalización.

Cada respuesta afirmativa suma un punto un resultado final de 2 o más puntos indican aumento de riesgos de caída y determinan **“paciente con alto riesgo de caída”**, colocando una tarjeta en la cabecera del paciente, en el expediente clínico donde se indique el riesgo y las recomendaciones mínimas.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de enfermera/o

## ANEXO N° 7: FLAYER. ORIENTACION A PACIENTES/FAMILIA EN PREVENCIÓN DE CAIDAS

**RECUERDE:**

- *Siga las recomendaciones del personal de enfermería*
- *Levántese despacio tómesese su tiempo*
- *Use calzado adecuado*
- *Tener precaución o solicitar ayuda ante la señal de piso mojado.*






### AYUDENOS A PREVENIR LAS CAIDAS



RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A PACIENTES Y FAMILIA PARA PREVENIR CAIDAS

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
SANTA ANA.  
DPTO DE ENFERMERIA

### CUIDADORES DE PACIENTES EN PREVENCIÓN DE CAIDAS.

**Todos podemos caernos pero.....**  
Quien tiene mayor riesgo?

- Mayores de 65a 
- Con dificultad para ver, oír y caminar
- Si toma medicamentos para dormir o disminuir la presión arterial, enfermedad del riñón, del corazón o indicados por medico psiquiatra. 
- Pacientes desorientados, mareados o inquietos 

**Como puede prevenir las caídas?**

- Usar zapato adecuado, zapatilla cerrada 
- No camine descalzo
- No se levante rápido espere un par de minutos sentado en el borde de la cama
- Si tiene indicado reposo en cama, solicite al personal pato u orinal para realizar sus necesidades
- Si el piso esta mojado pida ayuda
- Utilice los dispositivos de ayuda en la movilización 
- Haga uso de silla de ruedas que le proporciona el personal 

**Recomendaciones para familiares/cuidadores**

- Mantenga arriba las barandas de la cama, es para la seguridad del paciente
- Si deja solo al paciente avise al personal de enfermería
- No levante al paciente si esta mareado, desorientado o inquieto
- Si el paciente esta con medidas de sujeción no retirarlas sin previa autorización



ANEXO Nº 8: ENCUESTA PARA VALORAR EL NIVEL DE ORIENTACION PROPORCIONADO A

[HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA]

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

ENCUESTA PARA VALORAR ORIENTACION PROPORCIONADA A CUIDADORES DE PACIENTES CON RIESGO DE CAIDA.

Objetivo: Evaluar el grado de orientación proporcionada a cuidadores de pacientes que tienen riesgo de presentar una caída.

Indicaciones: A continuación se le presentan una serie de preguntas relacionadas con riesgo de caída en el paciente, se le solicita responder con veracidad.

1. Al momento del ingreso de su paciente o durante su estancia hospitalaria, se le explicó que tiene riesgo de sufrir caída.  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Quién? Enf. \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

2. Que situaciones le explicaron que presenta su paciente para poder catalogarlo con riesgo de caída.  
Caidas previas \_\_\_\_\_ Por necesidad de micciones frecuentes \_\_\_\_\_  
Por ingesta de medicamentos sedantes \_\_\_\_\_ Por que ve o escucha mal \_\_\_\_\_  
Por limitación para deambular \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Patología \_\_\_\_\_

3. Que medidas de seguridad para evitar caídas le han proporcionado a su paciente  
Andadera \_\_\_\_\_ Silla de ruedas \_\_\_\_\_ ~~Baston~~ \_\_\_\_\_ Cama con barandales \_\_\_\_\_  
Pato u orinal cerca de la cama \_\_\_\_\_ Ayuda para levantarse y moverse \_\_\_\_\_

4. Le explicaron la colaboración que usted puede prestar para evitar caída en su paciente.  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Quién? Enf \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

5. Le han proporcionado en forma escrita orientación para evitar caídas en su paciente  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Quién? Enf \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

ANEXO 9: MATRIZ ANALISIS SOBRE INDICADOR 26 (CAIDAS).

HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA.  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
 MATRIZ DE CONSOLIDADO Y ANÁLISIS DE ESTÁNDAR DE CAÍDAS.

FECHA:

MES:

SERVICIO DONDE SE PRESENTA CAIDA	FECHA	EDAD	Dx MOTIVO DE INGRESO	TURNO		OCURRENCIA DEL EVENTO		ERA PREVENIBLE		EXISTENCIA DE CONDICIÓN INTRÍNSECO DEL PACIENTE		EXISTENCIA DE CONDICIÓN EXTRÍNSECO (ENTORNO HOSPITALARIO) DEL PACIENTE		RECOMENDACIONES A: DIRECCION, DEPARTAMENTO Y/O UNIDAD
				M	N	EN DÍA DE SEMANA	FIN DE SEMANA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	

**ANEXO N°10: FORMATO PARA INVESTIGACION DE EVENTO DE CAIDA DE PACIENTE.**

	[HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA]	
<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b>		
<b>INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE DE PACIENTES</b>		
Tipo de Accidente: _____		
Fecha: _____	Hora: _____	Servicio: _____ Turno: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación: Médico: _____	Enf. Supervisora: _____	Enf. Jefe U. Nombre del Médico: _____
Nombre Enf. Supervisora: _____		
Nombre enf. O jefe: _____		
Nombre de Enfermera Responsable: _____		
Nombre del Paciente: _____		
Exped: _____	Edad: _____	Px: _____
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
ACCIÓNES DEL EVENTO		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
Investigador: _____ Fecha: _____		
Cargo: _____		

**ANEXO N° 11: SOCIALIZACION EN SALA SITUACIONAL DEL PROGRAMA.**

Acta No 24 / 2013  
 Reunidos en la Dirección del Hospital el día 20 de Julio de 2013, estando presentes los involucrados en esta situación, teniendo como agenda a desarrollar la siguiente:

- 1) Revisión de acuerdos en acta previa.
- 2) Presentación de estándares de calidad.

Se procede a lectura de acuerdos, queda pendiente presentación de situación de infraestructura de Clínica de Admisión por ausencia de administradora. La reunión del equipo para tratar tema de agendamiento de pacientes en Consulta Externa se realizó, los Jefes de Consulta están trabajando en un Plan de Intervención que se presentará por escrito al Director. A continuación Dra. de Maroqui presenta a realizar la presentación de Estándares de Calidad. Agradece el hecho de la cual hay varias presentaciones. Procede Lic. Argenta a presentar sobre el Comité de Eficiencia Energética. Se vuelve el hecho de que ayer se ha realizado el levantamiento del equipo conectado a la red eléctrica. Se retoma el tema y se acuerda que se enviará nota a las Unidades para que lo realice.

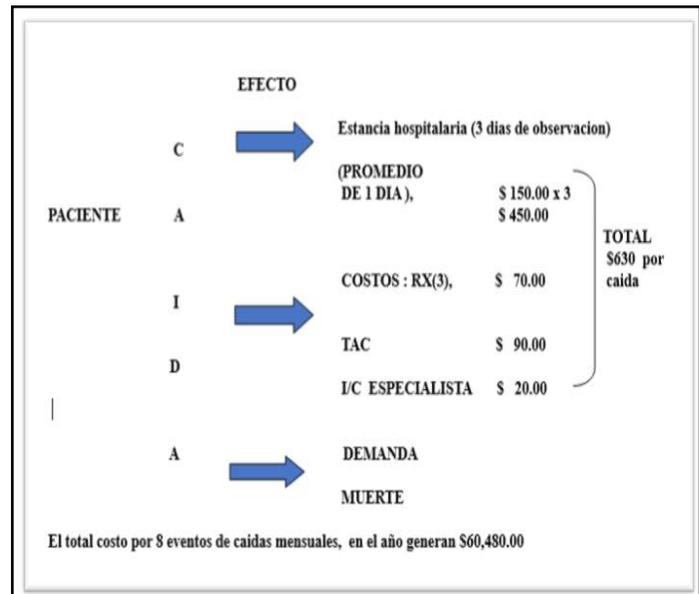
Acta No 24 / 2013

- Inequo Dra. de Maroqui presenta evaluación propia de estándares de calidad.  
 - Inequo procede Lic. de Eficiencia presenta avances del Plan de Prevención de Caídas de enfermería.

Con más, firmamos:  
 Julia Meléndez Narvaez  
 de Antón, Paola Dra.  
 Blanca R. Quiroga  
 Verónica P. Taglio  
 Susana María Olayo Aguilar  
 Iris K. Goyola  
 Carlos Jover  
 Elizabeth de Cuello  
 Valeria Consuelo Corrales  
 María de los Angeles  
 Ricardo Armando Corrales

**ANEXO N° 12: PRESUPUESTO PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA Y COSTOS POR EVENTO**

DESCRIPCION	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Capacitación al personal 100%	\$192	\$960
Impresiones (400)	\$0.05	\$20.00
Colchones (40)	\$101.08	\$4,043.20
Sillas (60)	\$7.35	\$441.00
Sujetadores (168)	\$2.75	\$462.00
Biombos (12)	\$70.00	\$840.00
Andaderas (20)	\$30.00	\$600.00
Señales de advertencia de prevención piso mojado(4)	\$12.00	\$ 48.00
<b>TOTAL</b>		<b>\$7,414.20</b>



COSTOS DE EVENTOS DE CAIDAS AÑO 2016-2017(SEPTIEMBRE),HOPSITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA



## **ANEXO N° 13: LINEAMIENTOS PARA CUIDADORES HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA**

---

### DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

#### LINEAMIENTOS PARA CUIDADORES DE PACIENTES ADULTOS EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN.

Orientar a cuidadores sobre:

- No bajar barandales de cama, en caso de separarse del paciente.
- Si el paciente mantiene medidas de sujeción, preguntar si se le pueden retirar.
- Si decide retirar medios de sujeción, debe de ser con autorización del personal.
- Recolocar medios de sujeción en caso de que hayan sido retirados, durante la permanencia con el paciente.
- Solicitar autorización para levantar o trasladar al paciente de la unidad.
- No dejar paciente solo en caso de que se levante de su unidad.
- Acompañar a paciente en caso de que se levante al baño.
- Reportar al personal cualquier situación presentada en el paciente, durante el traslado o movilización a otra área.
- No trasladar pacientes fuera de su unidad o del servicio.
- Informar al personal cualquier situación o antecedente en particular que el paciente presente y que pudiera incurrir en un riesgo de caída.
- Antes de retirarse de la visita familiar o del cuidado del paciente, cerciorarse que le queden colocados medios de sujeción, si este los hubiese tenido.
- Reportar al personal situaciones en el ambiente como humedad, camas, sillas o barandales con desperfectos que pudieren ser un riesgo para el paciente de sufrir una caída.
- Proporcionar calzado adecuado y que no sea de riesgo para que el usuario sufra caída.
- Si traslada al paciente al baño, no dejarlo solo
- En caso de que el paciente utilice aditamentos, informar a enfermería para evitar incidentes

---

Final 13 Av. Sur, No. 1 Santa Ana Teléfono 2435-9500 Ext. 9538

E mail: [oficinadeenfermeriahsa@hotmail.com](mailto:oficinadeenfermeriahsa@hotmail.com)

ANEXO N° 14: GRÁFICOS DE COMPORTAMIENTO DE CAIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA AÑO 2016 Y 2017.

