



BANCO DE SANGRE GARRAHAN  
CENTRO REGIONAL DE HEMOTERAPIA



# Beneficios de la acreditación, retos y soluciones en un banco de sangre

**Sebastián Oknaian**

1er. Congreso Interamericano para la acreditación de

Laboratorios Clínicos, Bancos de Sangre y células Progenitoras Hematopoyéticas



1er. **Congreso Interamericano para la acreditación de**  
Laboratorios Clínicos, Bancos de Sangre y células Progenitoras Hematopoyéticas

# **Acreditación**

**La acreditación es la evaluación enfocada en la competencia técnica de una organización para la realización de una actividad bien definida.**

## **Beneficios de la acreditación**

- **Garantizar la calidad de los productos y servicios que genera la institución.**
- **Reconocimiento y mayor confianza de los clientes de la institución.**
- **En el ámbito público, reconocimiento de los organismos del gobierno que asignan partidas presupuestarias para la institución.**
- **Satisfacción del personal de la institución.**



Ley de Sangre 22990  
Normas Técnicas y  
Administrativas 797/2013



Disposición 1682/2012



Resolución 119/2012 EPC



Los gobiernos locales, autónomos en el establecimiento de sus constituciones locales, cuyas jurisdicciones abarcan exclusivamente sus respectivos territorios.



INTERNATIONAL STANDARDS FOR CELLULAR THERAPY PRODUCT COLLECTION, PROCESSING, AND ADMINISTRATION



Fifth Edition  
Version 5.2  
March 2012

Estándares de Acreditación en Obtención, Procesamiento y Almacenamiento de Células Progenitoras Hematopoyéticas



Comité de Acreditación en Transfusión

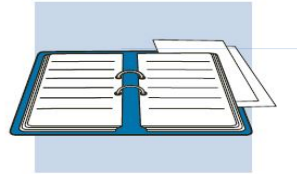


1er. Congreso Interamericano para la acreditación de

Laboratorios Clínicos, Bancos de Sangre y células Progenitoras Hematopoyéticas

## **Logros**

**En Nov/2014 el CRH obtuvo por primera vez la acreditación de la AABB de todo el centro y por tercera vez la acreditación del Banco de Sangre de Cordón Umbilical (primera acreditación en 2010)**



Seleccionamos el estándar  
Realizamos Autoevaluación  
Hallamos los gaps



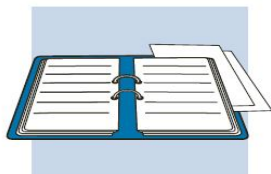
Auditorías internas para buscar evidencia  
objetiva



Diseñamos  
Elaboramos  
Consensuamos  
Implementamos  
Acciones correctivas  
de los gaps

**¿Cómo lo  
logramos?**





## Requisito

1. Organización
2. Personal
3. Equipamiento
4. Insumos y Proveedores
5. Control del Proceso
6. Documentos y Registros
7. Desviaciones y no conformidades
8. Auditorias
9. Mejora Continua
10. Bioseguridad



## **Obstáculos para la acreditación**

- **Bajo cumplimiento con los procedimientos de mantenimiento preventivo.**
- **Registro y evaluación del personal acorde a los requerimientos de la FDA**
- **Seguimiento de eventos o no conformidades**
- **Ciertos procedimientos operativos desactualizados**
- **Implementación de detección de contaminación bacteriana y técnicas de biología molecular**
- **Y un obstáculo muy importante a vencer: nuestra cultura reticente de seguir lo establecido.**

# Organización

**Definir el mapa de procesos  
Organigrama**

**Definir responsabilidades y autoridad**

**Definir la política de calidad**

**Asegurar que todo el personal conoce la  
política**

**Asegurar que el plan de calidad es revisado**



## Proceso de Dirección

### Banco de Sangre

Donaciones de sangre y aféresis (Donantes)

Promoción de la donación

Atención del Donante

**Producción**  
CGR CP PFC  
CRIO GRN  
CPH

**Análisis**  
Inmunohematología  
ITT NAT

SMT  
UNC

Consejería (Donantes de sangre)

ITT

Irradiación de unidades

Rotantes  
Pasantes  
Observadores  
Becarios

Entrenamiento Capacitación y Asesoramiento

Profesionales capacitados

Protocolos

Investigación clínica y epidemiológica

Trabajos publicados y presentados

### Banco de Sangre de Cordón Umbilical – Laboratorio de Células Progenitoras Hematopoyéticas

#### Programa Relacionado y No relacionado de colecta de SCU

Donaciones de SCU (Madres donantes)

Inscripción y Evaluación de donantes

Procuración de la unidad

Evaluación y Caracterización inicial

Procesamiento de la unidad

Criopreservación y Almacenamiento

Liberación de la unidad de CPH

Unidades de CPH-SCU almacenadas (INCUCAI)

Consejería (Madres donantes)

Unidad de CPH según solicitud (Sector Aféresis-UTMO o INCUCAI)

Programa de Trasplante de CPH

Unidad de CPH (Médicos y pacientes)

## GESTION DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA


Asistencia Técnica

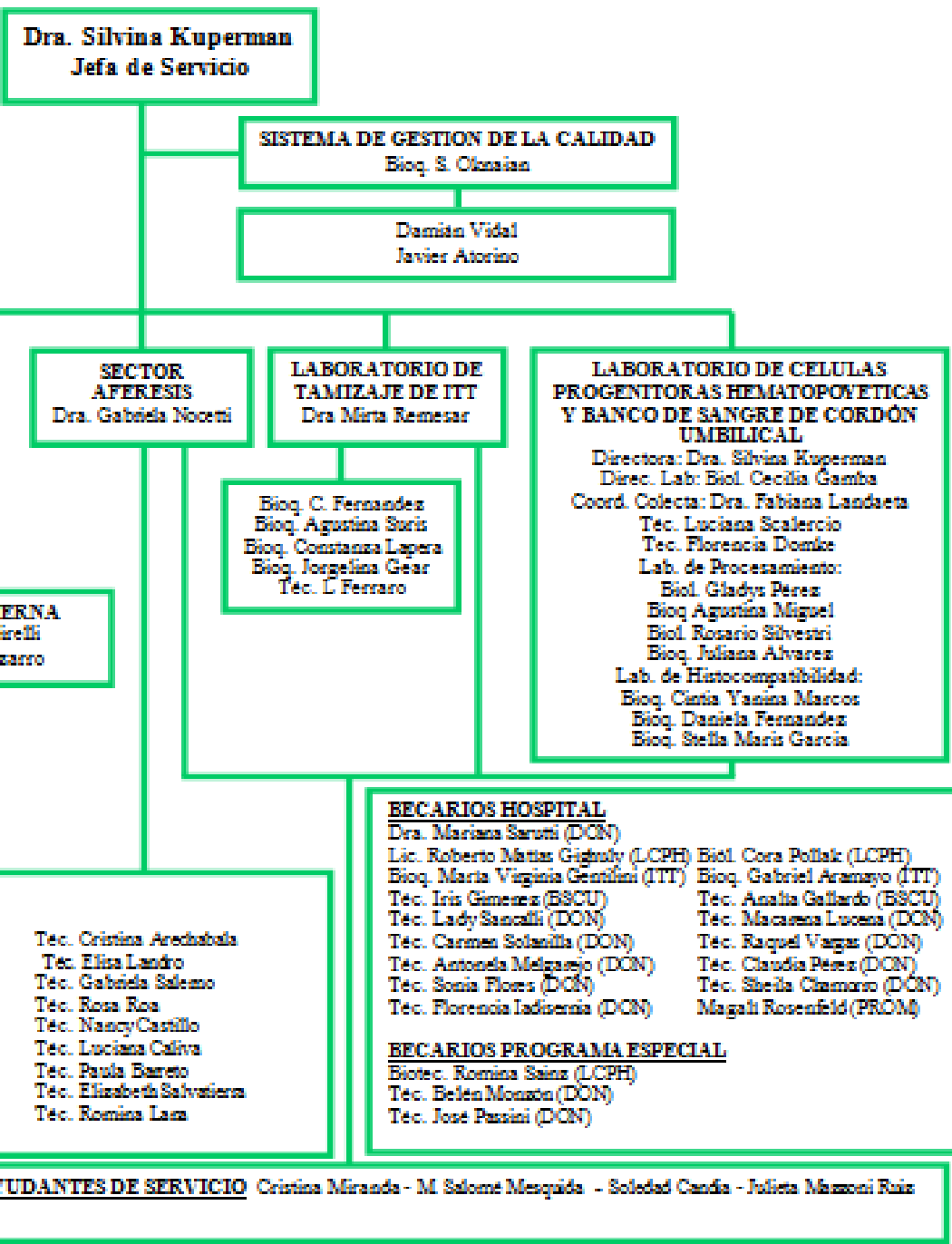
Seguridad e Higiene

Abastecimiento

Departamento de personal

Limpieza

 Centro Regional de Hemoterapia	Organigrama del Servicio de Hemoterapia Anexo N°1 POE-SGO-01.01	
<u>Aprobación</u>	<u>Versión</u> 05	<u>Implementación</u>



**TÉCNICOS EN HEMOTERAPIA**

Tec. Viviana Abatemarco	Tec. Alicia Montes	Tec. Cristina Arechabala
Tec. Patricia Giluzo	Tec. Laura Ferraro (ITT-DON)	Tec. Elisa Landro
Tec. Beatriz Maddisoni	Tec. Paola Miranda	Tec. Gabriela Salazar
Tec. Silvia Sanchez	Tec. Silvia Imquiere	Tec. Rosa Rosa
Tec. Dario Villaseal	Tec. Mariana Escobón	Tec. Nancy Castillo
Tec. Miriam Alazraki	Tec. Romina Alcazar	Tec. Luciana Caliva
Tec. Carolina Stamile	Tec. Alejandro Albaniz	Tec. Paula Barco
Tec. Silvana Salamanca	Tec. Dalma Alarcón	Tec. Elizabeth Salvatierra
Tec. Maria Laura Licheri	Tec. Ana Maria Rodriguez	Tec. Romina Lam

**BECARIOS HOSPITAL**  
Dra. Mariana Sarotti (DON)

Lic. Roberto Mattas Giguely (LCPH)	Biol. Cora Poljak (LCPH)
Bióq. Maria Virginia Gentilini (ITT)	Bióq. Gabriel Aramayo (ITT)
Tec. Iris Gimenez (BSCU)	Tec. Analía Gallardo (BSCU)
Tec. Lady Saccalli (DON)	Tec. Macarena Luena (DON)
Tec. Carmen Solanilla (DON)	Tec. Raquel Vargas (DON)
Tec. Antonela Melgarejo (DON)	Tec. Claudia Pérez (DON)
Tec. Sonia Flores (DON)	Tec. Sheila Chamorro (DON)
Tec. Florencia Ladueras (DON)	Magali Rosenfeld (PRON)

**BECARIOS PROGRAMA ESPECIAL**

Biotec. Romina Sainz (LCPH)
Tec. Belén Monzon (DON)
Tec. José Pazini (DON)

# **Recursos Humanos**

**En numero apropiado**  
**Descripción de la competencia y funciones para**  
**cada puesto**  
**Identificación del personal**  
**Entrenamiento**  
**Evaluación de la competencia**

**Jerarquizar a supervisores para el entrenamiento y**  
**evaluación**

**Diseñar un sistema práctico de evaluación con**  
**cumplimiento de los requerimientos de la FDA**

# **Equipamiento**

**Listado del equipamiento con identificación única**

**Calificación de instalación, operativa y de desempeño**

**Implementar un programa de mantenimiento preventivo y calibración periódico de todo su registros para conocer el estado de cada instrumento y en caso de obsolescencia fundamentar una eficiente y oportuna renovación.**

# **Equipamiento**

## **Establecer tareas**


**Involucrar al personal usuario o disponer de un bioingeniero o técnico**

**Uso de sistemas de alerta**

**Solicitar calificación de instalación y operativa a los proveedores**



# Equipamiento

<b>CENTRO REGIONAL DE HEMOTERAPIA</b> 	<b>Nombre del equipo</b>  <b>código interno</b>
--	---

**UBICACIÓN:** Sector

**DESCRIPCIÓN:** Modelo  
 Marca  
 NS

**Nº de PATRIMONIO:** HPS

**FECHA INGRESO:**

**FECHA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO:**

**GARANTÍA DE MANTENIMIENTO:**

**SERVICIO TÉCNICO:**

Tel.

Fax

**TÉCNICO RESPONSABLE CRH:**

**RESPONSABLE MANTENIMIENTO PREVENTIVO:**

**PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

PARÁMETRO O TAREA	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	FRECUENCIA	RESPONSABLE

**DATOS DE OBSOLESCENCIA:**

**Fecha**

**Motivo**

**Destino**

# Equipamiento

EQUIPAMIENTO (Componentes)	Frecuencia	AÑO:												PROXIMO
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
<b>Agitador de Plaquetas</b>														
Limpieza (U y AS)	Trimestral													
Chequeo de la agitación (U)	Trimestral													
Lubricación ( TM)	Anual													
<b>Agitador rotatorio</b>														
Diámetro (U)	Mensual													
Medición de frecuencia de rotación (U)	Mensual													
<b>Balanza Electrónica</b>														
Calibración (TM)	Anual													
<b>Conector estéril de tubuladuras</b>														
Limpieza panel, clamps y caja (U)	Mensual													
Limpieza del filtro de aire (U)	Semestral													
Limpieza interior ( TM)	Anual													
<b>Centrífuga Refrigerada</b>														
Lubricación de vasos (U)	Mensual													
Verificación de tiempo (U)	Semestral													
Verificación de Temperatura (U)	Semestral													
Verificación de RPM (TM)	Semestral													
Limpieza de Cámara (U)	Semestral													
Limpieza del Condensador (TM)	Anual													
Limpieza y verificación de contactos (TM)	Anual													
<b>Incubador de Agitador de Plaquetas</b>														
Limpieza general interior (AS)	Trimestral													
Limpieza exterior (AS y PL)	Trimestral													
Test de alarmas (U)	Trimestral													
Chequeo de la batería del registrador y cambio si es necesario (U)	Trimestral													
Chequeo de baterías (9 volts) de panel de control y cambio si es necesario (TM)	Trimestral													
Verificación de la sonda del monitor de temperatura (U)	Trimestral													
Verificación de la sonda del registrador de temperatura (U)	Trimestral													
Limpieza del condensador (T)	Trimestral													
Chequeo del nivel de líquido de inmersión del termómetro (U)	Semestral													
Limpieza de la botella de inmersión del termómetro (U)	Anual													
<b>Sellador Eléctrico de Tubuladuras</b>														
Limpieza de electrodos (U)	Mensual													

(T) Termomecánica (TM) Tecnología Médica (E) Electromecánica (U) Usuario (ST) Servicio Técnico (C) Calibración (V) Verificación (AS) Auxiliar de servicio (PL) Personal de limpieza (CAL) Calidad

# **Proveedores-Insumos**

**Lista de insumos críticos**

**Evaluación de insumos**

**Evaluación de proveedores e insumos**

**Calificación de proveedores de servicios**

**Acuerdos**

**Cubrir todas las vinculaciones con otros sectores o instituciones documentandolas en acuerdos entre servicios**

**Definir criterios de aceptación de insumos y verificarlos**

## **Control del Proceso**

**Asegurar que los procedimientos son llevados a cabo bajo condiciones controladas , incluyendo la TRAZABILIDAD y son diseñados con el fin de prevenir la contaminación de los productos celulares, manteniendo su potencia, seguridad y pureza.**

# **Control del Proceso**

**Asegurar que solo se utilizan POEs aprobados**

**Que adhieren a las regulaciones**

**Que hay criterios de aceptación**

**Que se utilizan técnicas de medición de la capacidad de los procesos y de la calidad de los productos**

A Completar por el Responsable del sector

Descripción del Cambio:

Documentos que se ven afectados:

Personal:

Insumos:

Equipos:

Justificación del Cambio

Identificación de un evento

Sugerencia nueva

Cambio verificado contra los estándares correspondientes

Firma

Fecha

## EVALUANDO EL CAMBIO

A Completar por el Jefe del Servicio	
Fecha de Recepción	
Aprobación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Motivo de desaprobación	
Firma	Fecha
A Completar por el Coordinador de Calidad	
Fecha de Recepción:	Cambio #
Procedimientos que se ven afectados:	
Requiere validación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sector Responsable de la Validación:
Fecha de Implementación:	
Firma	Fecha
Requiere capacitación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sector Responsable de la capacitación:
Fecha de Capacitación:	
Firma	Fecha

**IMPLEMENTANDO EL CAMBIO**

A Completar por el Responsable del sector

Plan de Implementación:		
Pasos esenciales	Responsable	Fecha
Indicadores de efectividad del cambio:		
Dificultades observadas:		
A Completar por el Coordinador de Calidad		
Fecha de Recepción		
Aprobación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Comentarios		
A Completar por el Jefe del Servicio		
Fecha de Recepción		
Aprobación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Comentarios		





# **Documentos y Registros**

**Lista Maestra**

**Aprobación antes de su distribución**

**Formato Único**

**Distribución en las áreas operativas**

**Existencia de versiones vigentes y no obsoletas**

**Control de Cambios**

**Capacitaciones**

**Política de Archivo**

**Involucrar al personal operativo en el desarrollo  
de los POEs**

## SISTEMA DE CALIDAD

Título	Número	Versión	Efectivo a partir de	Obsoleto a partir de	Distribución
Política: Organización	Módulo I	02	18/03/2010		MDO-QPO
Proceso: Organización del servicio	PR-SGC-01.01	02	18/03/2010		MDO-QPO
Proceso: Gestión de Apoyo del Sistema de Calidad	PR-SGC-01.02	02	18/03/2010		MDO-QPO
POE: Resumen del Sistema de Calidad	POE-SGC- 01.01	03	17/12/2013		MDO-QPO
Anexo: Organigrama del Servicio de Hemoterapia	Anexo N°1 POE-SGC-01.01	05	16/08/2013		MDO-QPO -Pasillo-BSCU- Centro de Pedido
Anexo: Mapa del Centro Regional de Hemoterapia	Anexo N°2 POE-SGC-01.01	04	17/12/2013		MDO-QPO
POE: Resumen del Sistema de Calidad del BSCU	POE-SGC- 01.02	01	10/08/2009		MDO-QPO
Anexo: Organigrama del Banco de Sangre de Cordón Umbilical	Anexo N°1 POE-SGC-01.02	04	16/08/2013		MDO-Of 2308 -Lab 2338
Proceso: Gestión de excepciones	PR-SGC-01.03	02	18/03/2010		MDO-QPO
POE: Gestión de excepciones	POE-SGC-01.03	02	18/03/2010		MDO-QPO
Proceso: Plan de Contingencias.	PR-SGC-01.04	02	18/03/2010		MDO-QPO

Nombre	Código Servicio	Versión	Código Hospital	Lugar de stock	Fecha de implementación	Fecha de obsolescencia	Lugar de archivo (una vez completos)		Consumo anual estimado
							Inmediato	Definitivo	
Ficha de Aféresis.	<u>Form/AFR-01/01</u>	06	Hemo 34 – 1017F5F	Local 2306	Ene 08		N/A	Local 2306	+ de 3000
Tarjeta de turno de Aféresis.	<u>Form/AFR-01/02</u>	07	N/A	Local 2306	06/09/2012		N/A	N/A	180
Información para el donante de Aféresis.	Form/AFR-01/03	06	0673F62	Secretaría	Ene 08		N/A	N/A	200
Consentimiento informado de Aféresis.	Form/AFR-02/01	06	0987F62	Secretaría	Ene 08		Local 2306 (Carpeta de procedimientos de donantes de plaquetas)	Archivo	3000
Hoja de procedimiento de Aféresis.	Form/AFR-04/01	07	0996F62	Local 2306	Ene 08		Local 2306	Archivo	+ de 3000
Hoja de material utilizado.	<u>Form/AFR-04/02</u>	06	N/A	Local 2306	Ene 08		Local 2306	Archivo	12
Control de Calidad de productos de Aféresis.	<u>Form/AFR-08/01</u>	02	N/A	Local 2306 (Carpeta Control de Calidad)	Ene 11		Local 2306	Archivo	3
Control de calidad de productos plaquetarios.	<u>Form/AFR-08/02</u>	01	N/A	Soporte digital	Ene 11		Local 2306	Archivo	12
Interconsulta – Solicitud para aféresis terapéutica	<u>Form/AFR-12/01</u>	01	N/A	Soporte digital	12/06/2012		Local 2306	Archivo	50

1. PRINCIPIO
2. MATERIALES
3. METODO
  - 3.1 Personal
  - 3.2 Desarrollo
4. POE y/o FORMULARIOS RELACIONADOS
5. ANEXOS
6. REGISTRO de DATOS

Si algún ítem no aplica, colocar:  
"N/A"

DATO	RESPONSABLE	SOPORTE	LUGAR

7. REFERENCIAS

	Responsable	Firma	Fecha
Preparación de la versión vigente y supervisión del su cumplimiento			
POE Antecesor			
Aprobación Área Calidad			
Aprobación Jefe de Servicio			
Revisión			
Revisión			
Revisión			



# **No Conformidades**

**Captura, investigación, corrección y medida correctiva**

**Eventos o Í casi eventosÎ**

**Formato Único**

**Comunicación (usuarios, autoridad regulatoria, si aplica)**


**Autorización para la liberación de productos no conformes**

**Reacciones Adversas**

# No Conformidades

**Sistema no punitivo**  
**Acceso a todo el personal**  
**Evaluar todos los eventos reportados**

Haga clic para agregar encabezado

	Comunicación de eventos como oportunidad de mejora		N°				
FECHA COMUNIC.							
<p>Descripción del evento: (qué, cuándo, cómo, dónde, quién, hechos solamente)</p>							
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="296 1154 835 1239">QUIÉN LO IDENTIFICÓ:</td> <td data-bbox="835 1154 1083 1239">FECHA IDENT.:</td> <td data-bbox="1083 1154 1608 1239">RESPONSABLE DEL SECTOR / ÁREA</td> <td data-bbox="1608 1154 1879 1239">FECHA RESP.:</td> </tr> </table>				QUIÉN LO IDENTIFICÓ:	FECHA IDENT.:	RESPONSABLE DEL SECTOR / ÁREA	FECHA RESP.:
QUIÉN LO IDENTIFICÓ:	FECHA IDENT.:	RESPONSABLE DEL SECTOR / ÁREA	FECHA RESP.:				

EMISOR

**INVOLUCRADOS - RECEPTOR**

Acción inmediata:

--

Análisis de la causa raíz del evento:

--

Realizado por:

Fecha:

TIPO DE EVENTO

Real <input type="checkbox"/>	Desviación <input type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Con impacto <input type="checkbox"/>
Potencial <input type="checkbox"/>	Error <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>	Incidente <input type="checkbox"/>
			Sin impacto <input type="checkbox"/>

Sub Proceso:

Acción correctiva / preventiva:

--


RESPONSABLE DE LA DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA:

RESPONSABLE QUE IMPLEMENTÓ LA ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA:

FECHA IMPL.



<b>SEGUIMIENTO</b>	Verificación de la acción correctiva / preventiva		Requerida? SI NO		
	FORMA DE VERIFICACIÓN:				
	RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN			FECHA PLANIF. VERIF.	
	Resultados:				
	¿Acción efectiva?	SI	NO		
	COMENTARIOS    Evento concluido, las acciones documentadas son suficientes <input type="checkbox"/> Se requieren más acciones correctivas/preventivas <input type="checkbox"/>				

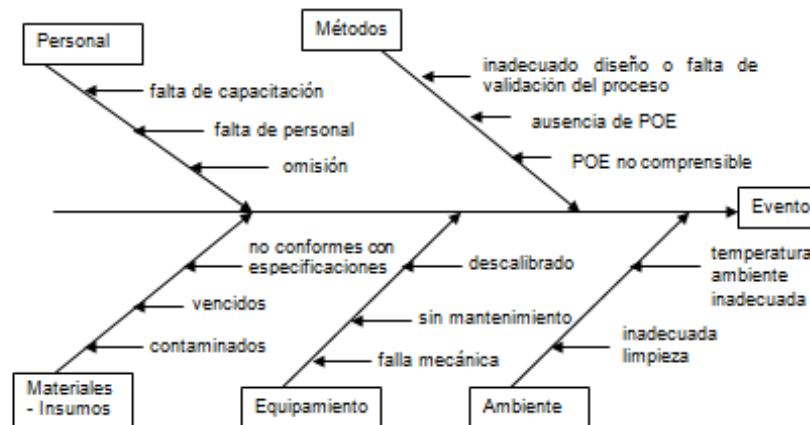
Servicio de Hemoterapia 	DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO (MODELO DE ESPINA DE PESCADO) EJEMPLO DE CAUSAS Anexo N1 POE-SGC-07.01	
<u>Aprobación</u> 25/03/2010	<u>Versión</u> 02	<u>Implementación</u> 25/3/2010

Fecha:

Descripción del Evento:

Evento N°:

Responsables del análisis:



Factores reiterados:

Categorización y prioridad de las causas

Causa	Categoría	Prioridad

Procesos o procedimientos afectados por el evento.



# **Auditorias**

## **Plan de auditorias**

### **Auditorías Internas**

**(capacitar a personal de otros sectores para realizarlas)**

### **Auditorías Externas**

**(solicitar a cada responsable la realización de la autoevaluación previa)**

### **Evaluación externa del desempeño**

**(si no se dispone, preparar muestras y entregar en el sector)**

# Auditorias

Revisión de resultados

Necesidad de acciones correctivas/preventivas

Medición de la efectividad de las acciones

Comunicación del resultado al personal y al director responsable

(permite el feedback y el personal siente que es parte del programa)

# **Bioseguridad**

**Elaboración de procedimiento con el fin de  
minimizar el riesgo ambiental (espacio-  
características del ambiente-equipos  
Monitoreo de la seguridad biológica, química,  
radiaciones**

**Identificación de reactivos/insumos**

**Descripción para su manipulación**

**Planificación de limpieza**

**Capacitación del personal  
(realizar permanentemente capacitaciones en  
este tema)**

# **Mejora de Procesos**

**Acciones correctivas/preventivas**

**Investigación de la causa raíz**

**Implementación del cambio**

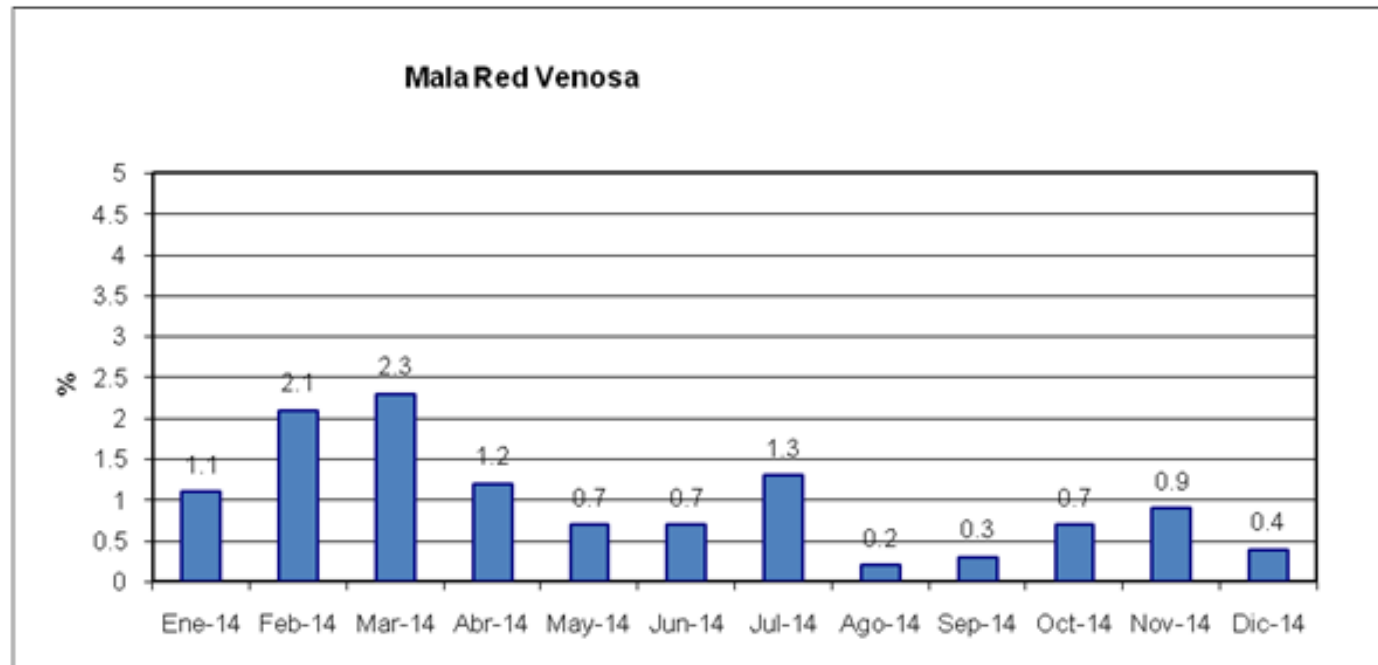
**Medición de la Efectividad**

**Revisión por la dirección**



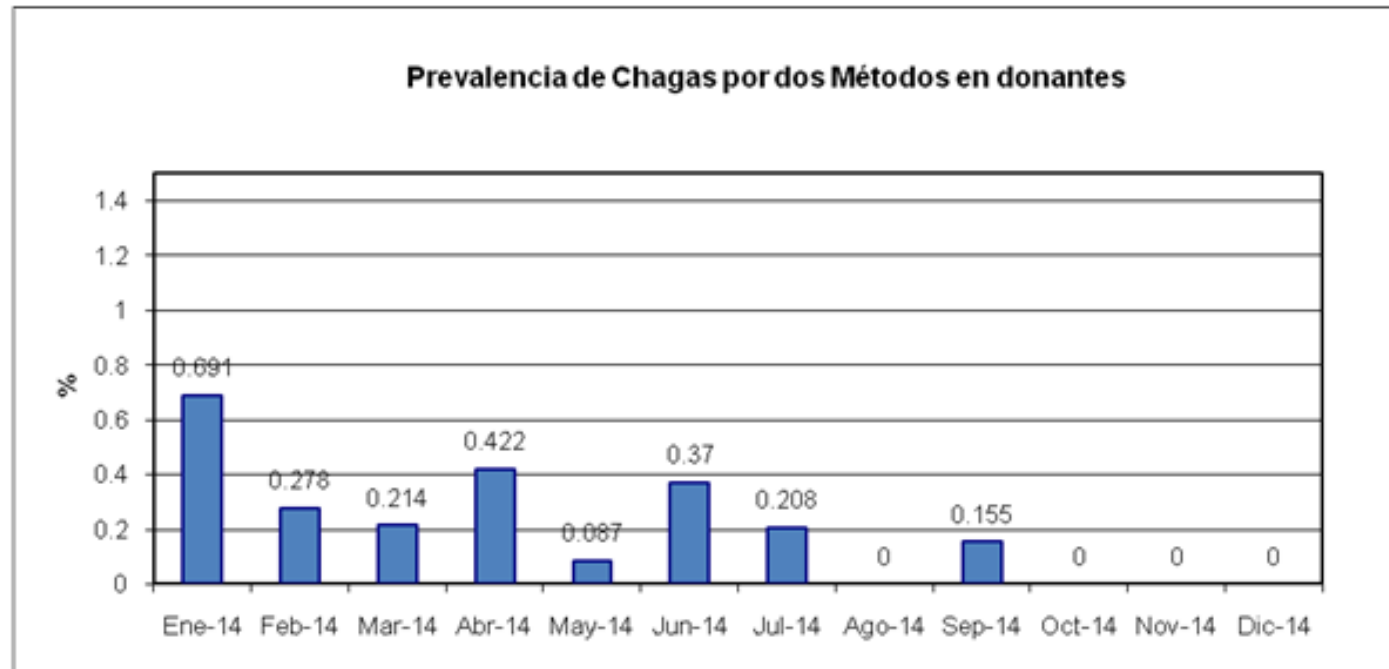
# Seguimiento de Indicadores

I  
 Proceso: Atención del Donante  
 Mala Red Venosas  
 Límite de aceptación:  $\leq$  a 2,50%  
 Frecuencia de monitoreo: Mensual  
 Valor promedio anual: 0,992%  
 Valor promedio año anterior: 2,158%



# Seguimiento de Indicadores

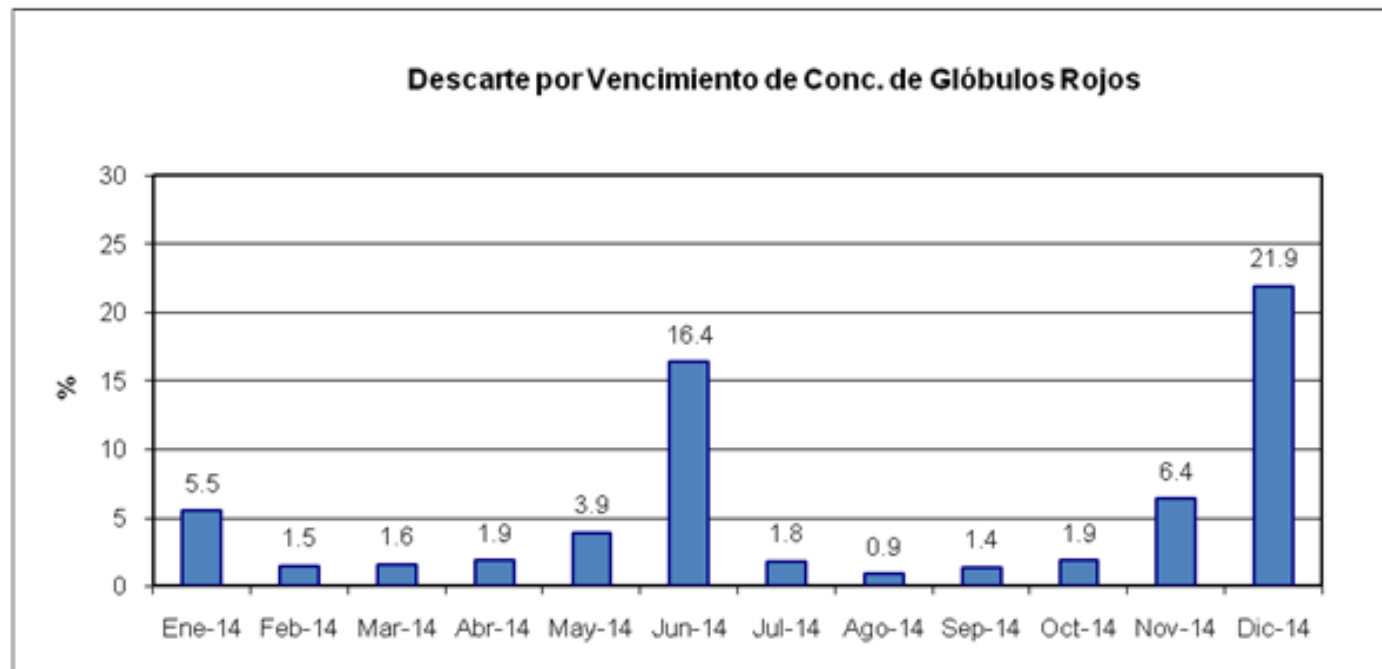
Proceso: Atención del Donante  
 Prevalencia de Chagas por dos Métodos en donantes  
 Límite de aceptación: < a 1,185%  
 Frecuencia de monitoreo: Mensual  
 Valor promedio anual: 0,202%  
 Valor promedio año anterior: 0,534%





# Seguimiento de Indicadores

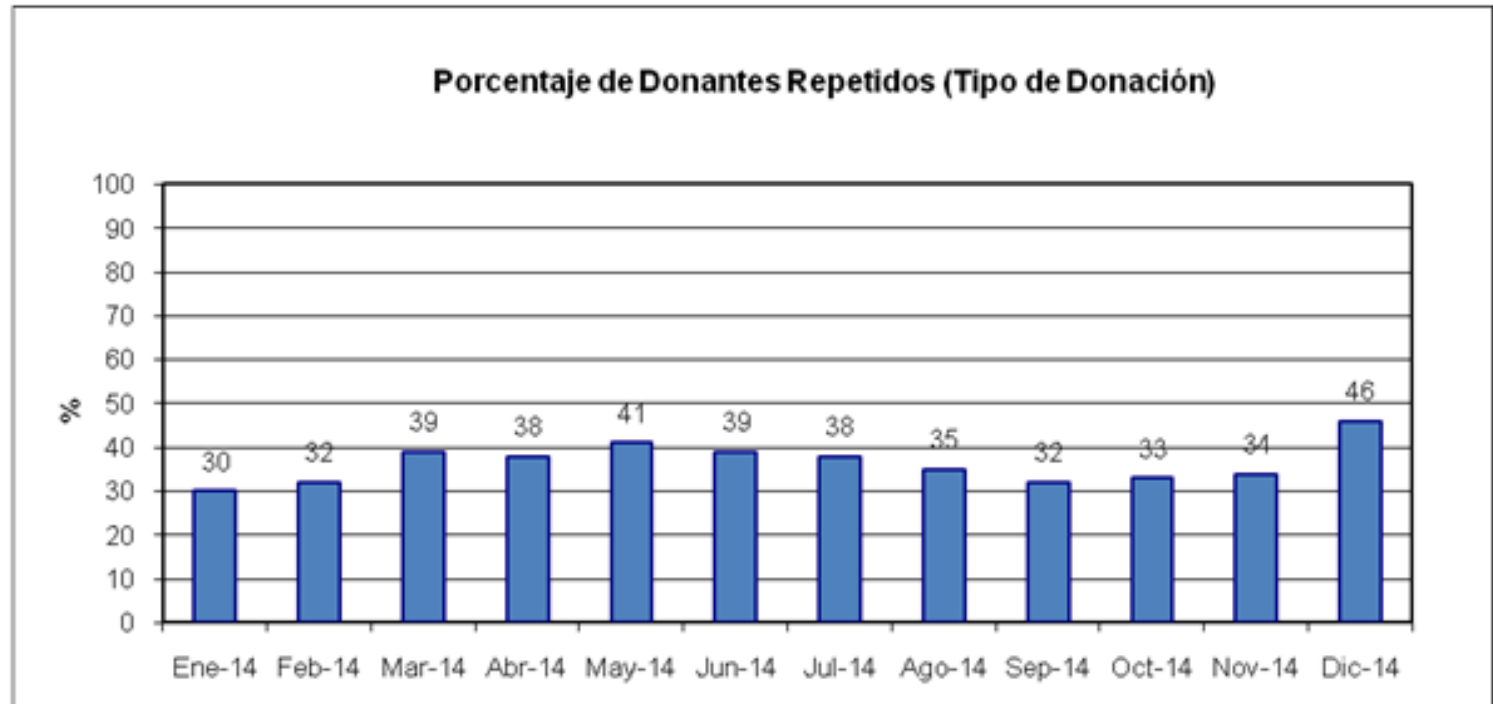
Proceso: Producción de Componentes  
 Descarte por Vencimiento de Conc. de Glóbulos Rojos  
 Límite de aceptación:  $\leq$  a 5,0%  
 Frecuencia de monitoreo: Mensual  
 Valor promedio anual: 5,4%  
 Valor promedio año anterior: 12,8%



Observaciones: Se observa una disminución sustancial del porcentaje promedio con respecto al año anterior.

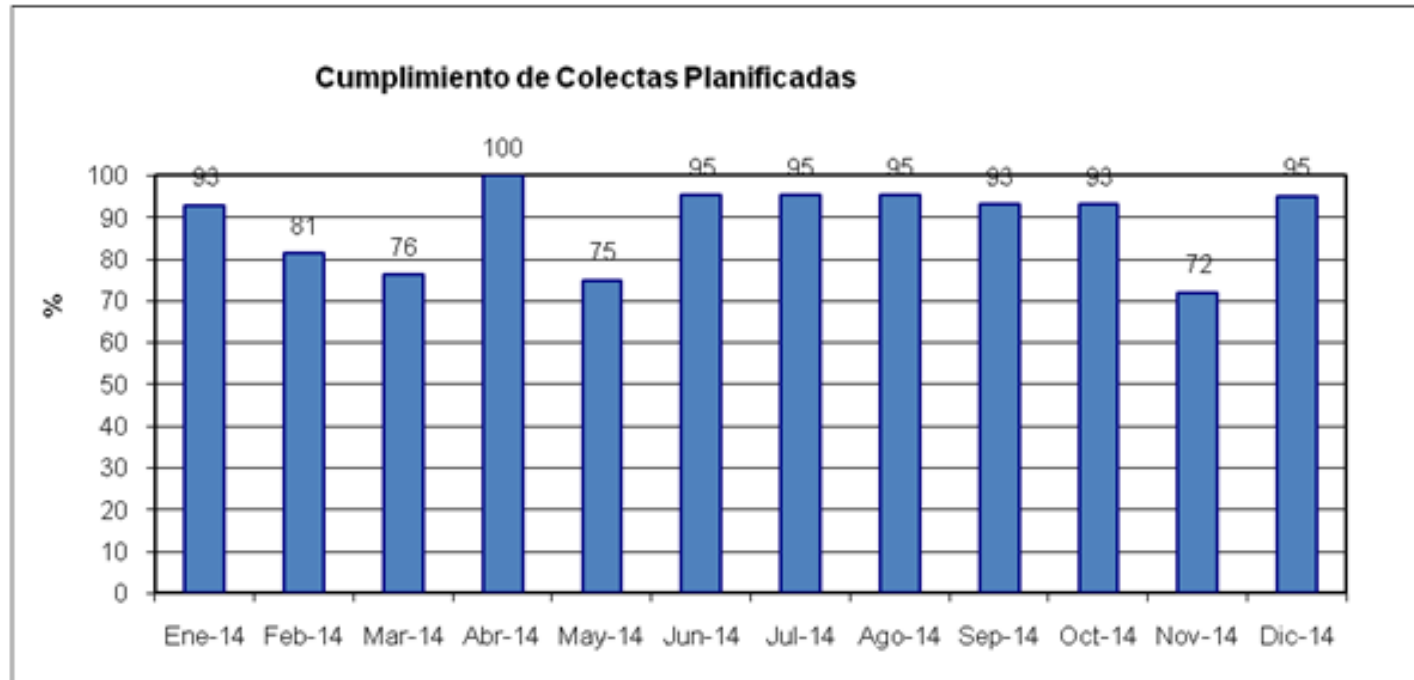
# Seguimiento de Indicadores

Proceso: Promoción de la Donación  
 Porcentaje de Donantes Repetidos (Tipo de Donación)  
 Límite de aceptación: > a 30%  
 Frecuencia de monitoreo: Mensual  
 Valor promedio anual: 36% (igual al valor del año anterior)  
 Valor promedio año anterior: 36%




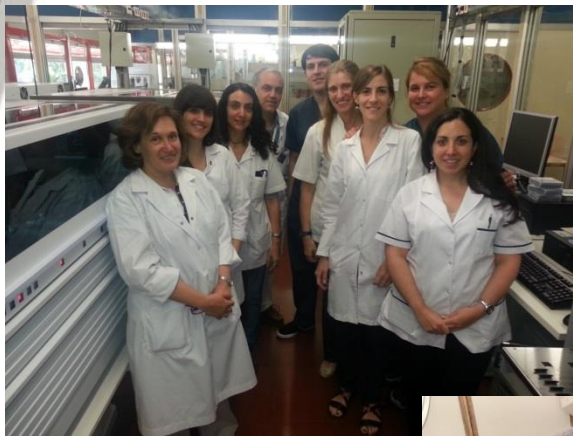
# Seguimiento de Indicadores

Proceso: Promoción de la Donación - Colecta Externa  
 Cumplimiento de Colectas Planificadas  
 Límite de aceptación:  $\geq$  a 95%  
 Frecuencia de monitoreo: Mensual  
 Valor promedio anual: 89 %  
 Valor promedio año anterior: 91 %



## **Entre nosotros...**

- 1. Obligatoriedad del cumplimiento**
  - 2. A quienes servimos?**
  - 3. Brindar confianza al equipo**
  - 4. Involucramiento de todos**
  - 5. Concepto visión dual (particular y sistémica)**
  - 6. Enseñanza Aprendizaje**
  - 7. Caminar-mirar-decir**
  - 8. Gestión por proyectos**
  - 9. Cumplir promesas**
  - 10. Concordancia con avances científicos y tecnológicos**
- 
- A large, semi-transparent globe is positioned in the background on the right side of the slide, showing the Americas.



**1er. Congreso Interamericano para la acreditación de Laboratorios Clínicos, Bancos de Sangre y células Progenitoras Hematopoyéticas**

**Muchas Gracias**

