

Notificación de eventos adversos. Servicio de clínica médica. Hospital Nacional de Clínicas. Universidad Nacional de Córdoba.

¹De La Iglesia F, ¹Lazcano S, ¹Cazzola P, ¹Tobares A, ¹Cocciarini D, ¹Taborda D
¹Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba

Persona que presenta: De La Iglesia F, daniel.taborda@unc.edu.ar **Área:** Clínico / Quirúrgica **Disciplina:** Otra **Resumen:** La necesidad de generar acciones de mejora a los fines de minimizar errores médicos está en agenda de los principales organismos internacionales. Debido al escaso desarrollo en líneas de investigación en Seguridad, La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente elaboró un documento en relación a Investigación en Seguridad. Un aspecto relevante es la notificación de eventos adversos (daño no intencionado provocado por un acto médico) como punto de partida para entender las causas que lo generan y establecer acciones de mejora para prevenirlos. **Objetivo:** identificar y caracterizar los eventos adversos.

El estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo, transversal. Se utilizó como instrumento de notificación de eventos adversos, formulario de google. Se recogieron datos del 13/05/2024 al 30/07/2024. Las notificaciones fueron anónimas. Se recogieron los siguientes datos: Datos filiatorios del paciente. Lugar donde ocurrió (guardia o Salas), Fecha y hora. Descripción del evento. Registro en la Historia Clínica. Si se tomaron acciones inmediatas. Consecuencia: sin lesión, lesión reversible e irreversible.

Se notificaron 22 eventos. Turno: mañana 45,5%, tarde 22,7%, noche 31,8%. Ocurrieron: Ramón carrillo norte: 50%,; guardia central 13,6 %, Ramón carrillo sur: 36,4%. Las causas fueron: criterio de internación en mayor complejidad 9,1%, error de comunicación 31,8%,no identificación de paciente 4,5%, Falla de equipamiento 9,1%, caídas 4,5%, Incumplimiento normas de bioseguridad 13,6%, falta de competencias 9,1%, maltrato entre personales de salud 18,3%. No se dejó constancia en la Historia Clínica en 40,9% de los casos. Hubo un manejo inmediato 59,1%. Sin lesiones 59,1%, Lesiones reversibles 31,8% e irreversibles 9,1%.

La notificación de eventos adversos voluntaria, anónima y no punitiva es una potente herramienta para generar acciones de cambio. Se evaluó la características de los mismos siendo los errores de comunicación, incumplimiento de normas de bioseguridad y maltrato en el equipo de salud. Muchos de ellos no fueron registrados. Existieron casos con lesiones irreversibles. El servicio de clínica médica iniciará de manera sistemática la notificación a los fines de minimizarlos y generar acciones de mejora.

Palabras Clave: eventos adversos; seguridad; notificación.  [Versión para impresión](#) |  [PDF version](#)

Abstract #1791

Reporting of Adverse Events in the Internal Medicine Department of Hospital Nacional de Clínicas, Universidad Nacional de Córdoba.

¹De La Iglesia F, ¹Lazcano S, ¹Cazzola P, ¹Tobares A, ¹Cocciarini D, ¹Taborda D
¹Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba

Persona que presenta: De La Iglesia F, daniel.taborda@unc.edu.ar **Abstract:**

The global effort to reduce medical errors is a priority among leading international health organizations. Given the limited research in the field of patient safety, the World Alliance for Patient Safety has emphasized the importance of adverse event (AE) reporting as a critical starting point for understanding the underlying causes and implementing preventive measures. **Objective** To identify and characterize adverse events in the Internal Medicine Department.

This observational, descriptive, prospective, and cross-sectional study was conducted using an anonymous Google form for AE reporting. Data collection occurred from May 13, 2024, to July 30, 2024. Collected data included patient demographics, location and timing of the event, a detailed description of the event, documentation in the medical record, any immediate actions taken, and the consequences categorized as no injury, reversible injury, or irreversible injury.

A total of 22 adverse events were reported. The distribution across shifts was as follows: morning (45.5%), afternoon (22.7%), and night (31.8%). The events occurred in the Ramón Carrillo Norte unit (50%), Central Emergency Department (13.6%), and Ramón Carrillo Sur unit (36.4%). The primary causes identified were communication errors (31.8%), workplace mistreatment among healthcare personnel (18.3%), and non-compliance with biosafety standards (13.6%). Additional causes included: criteria for admission to higher complexity care (9.1%), lack of patient identification (4.5%), equipment failure (9.1%), falls (4.5%), and insufficient skills (9.1%). Notably, 40.9% of the events were not documented in the patient's medical record. Immediate corrective actions were taken in 59.1% of the cases. The outcomes were distributed as follows: no injury (59.1%), reversible injuries (31.8%), and irreversible injuries (9.1%).

Voluntary, anonymous, and non-punitive reporting of adverse events is an essential tool for driving systemic change and improving patient safety. This study highlights the frequent occurrence of communication errors, non-compliance with biosafety protocols, and workplace mistreatment within the healthcare team. The absence of documentation in a significant portion of cases and the presence of irreversible injuries underscore the urgent need for a systematic and comprehensive AE reporting system within the Internal Medicine Department to mitigate these events and enhance overall patient care.

Keywords: adverse events, Patient safety, reporting.