

Article

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INCIDENTES CLÍNICOS REPORTADOS EN EL AÑO 2020 AL SISTEMA DE REPORTE VOLUNTARIO DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COSTA RICA

Description of the characteristics of the clinical incidents reported in 2020 to the voluntary reporting system of a pediatric hospital in Costa Rica

ROBINSON RODRÍGUEZ-HERRERA 

Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente-PICSP, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica; Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología San José, Costa Rica; Hospital Nacional de Niños de Costa Rica

ENRIQUE VÍCTOR-MORA ENRIQUE

Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente-PICSP, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica; Hospital Nacional de Niños de Costa Rica

OLGA ARGUEDAS ARGUEDAS

Hospital Nacional de Niños de Costa Rica; Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica

RITA BRENES SOLANO

Hospital Nacional de Niños de Costa Rica; Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica

Autor para correspondencia: Dr. Robinson Rodríguez-Herrera
drrobinsongerenciasalud@gmail.com -

Recibido: 30/07/2021
Aceptado: 03/09/2021

RESUMEN

El objetivo del presente manuscrito fue describir los incidentes clínicos que fueron enviados al sistema de reporte voluntario durante el año 2020, que funciona en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, perteneciente a la Caja Costarricense de Seguro Social. Se realizó un estudio observacional descriptivo de los datos consolidados que se enviaron durante los meses de enero a diciembre del año 2020. Durante el año 2020 el 1,6% de los pacientes atendidos en el hospital experimentó algún tipo de incidente clínico. El total de egresos disminuyó un 38,4% en comparación con los egresos del año 2019, sin embargo, los incidentes clínicos reportados

aumentaron en el año 2020 un 37,6%, especialmente a partir del mes de agosto. No se reportaron eventos centinela en este año. Los servicios que realizaron mayor cantidad de reportes fueron Cuidados Intensivos (14,3%), Cirugía General (12%), Neonatología (9,8%) e Infectología (9%). El día en el cual se reportaron más incidentes fue el miércoles (27,8%), en el primer turno hospitalario se reportaron la mayoría de los casos (48,1%) y estos incidentes ocurrieron predominantemente a individuos masculinos (66%). Respecto de la edad de los pacientes, la mayoría estuvo en el rango de edad de 1 año a menos de 5 años (36,1%), seguido por el rango de edad de mayores de 29 días a menores de 1 año (24,1%). La mayor parte de los casos estuvieron relacionados con el cuidado que se brindaba al paciente (63,9%). El 41,4% de los incidentes requirieron medidas clínicas pero las secuelas fueron transitorias. El 51,1% de los casos ameritó algún tipo de cuidado médico adicional a su esquema terapéutico al ingreso. El 96% de los incidentes clínicos fueron reportados por personal de enfermería. La mayoría de los incidentes clínicos (35,3 %) en este período fueron errores relacionados con notas en el expediente digital.

Palabras clave: Incidente clínico, evento adverso, sistema de reporte, seguridad del paciente, pediatría.

1. Introducción

Los incidentes clínicos o incidentes asociados a la atención de la salud de las personas son causa frecuente de mortalidad y morbilidad en los establecimientos de salud en el mundo (Barnes, *et al.*, 1991; Banquéd, *et al.*, 2018; Febré & Ortega, 2018), conforme aumenta la complejidad de los pacientes y de las atenciones brindadas es probable que sucedan más incidentes y que la severidad de algunos de esos resultados adversos sea mayor, afectando la calidad de vida de las personas (Febré & Ortega, 2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado que, de cada diez pacientes que se ingresan para ser atendidos en un hospital de un país desarrollado, uno de estos experimentará un incidente clínico, que en el 50% de los casos es un evento prevenible (OMS, 2020).

Un incidente clínico es un suceso que ocasionó daño o riesgo de un daño que no está asociado a la patología por la cual debía ser tratado el paciente (OMS, 2020; Clinical Safety Research Unit, 2020), y por tanto son objeto de estudio para la disciplina de la seguridad de los pacientes, que es la gestión sanitaria diseñada para disminuir o evitar el riesgo de daño innecesario asociado a la atención de salud (OMS, 2004; OMS, 2009). La seguridad del paciente ha sido tema de discusión desde los inicios del quehacer médico en los albores de las civilizaciones (Losardo & Rodríguez, 2018).

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2006 publicó el documento “Clasificación Internacional de seguridad del Paciente” en la cual un grupo de expertos establecieron trece categorías de incidentes o eventos adversos que fueron la base para realizar estudios posteriores. Estas categorías eran las siguientes: 1) administración clínica; 2) proceso o procedimiento clínico; 3) documentación; 4) infección asociada a la atención de salud; 5) medicación o líquidos para administración endovenosa; 6) sangre o productos sanguíneos derivados; 7) nutrición; 8) oxígeno o gases y vapores; 9) dispositivos o equipos médicos; 10) comportamiento; 11) accidentes de los pacientes; 12) infraestructura o locales e instalaciones; 13) recursos o gestión de la organización (OMS, 2006). Sin embargo, esta clasificación se refiere a áreas o grupos de incidentes clínicos y no es fácil entonces el caracterizarlos y estudiarlos respecto a la dinámica de la atención nosocomial, por lo que en el sistema de reporte y gestión de incidentes clínicos del Hospital Nacional de Niños se utiliza la clasificación integral de Rodríguez y colaboradores (Herrera, *et al.*, 2019) que es la que sirve de base para el presente estudio.

El informe “To Err is Human” publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Corrigan, *et al.* 1999), se solicita a los sistemas, organizaciones y establecimientos de atención de la

salud, que procedan a elaborar sus propios sistemas de reporte voluntario de incidentes relacionados con la atención.

Los sistemas de reporte voluntario de incidentes clínicos se basan en construcciones sistemáticas producto del esfuerzo de los equipos de trabajo para identificar zonas o particularidades vulnerables del proceso integral de atención de la salud, además se caracterizan por la riqueza que presentan para lograr un buen aprendizaje al analizar cada caso particular o agrupar los datos según los puntos de vista particulares de los investigadores. (Bañeres, *et al.*, 2005; British Medical Journal Editor. 2000). Algunas publicaciones respecto de sistemas de reporte voluntario de incidentes clínicos se refieren a grupos específicos de profesionales de salud, y a periodos limitados de tiempo (Aronson, *et al.* 2001).

En el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica se implementó un plan para el reporte voluntario de incidentes clínicos. El formulario para el reporte se encuentra disponible en forma digital en la intranet, desde el año 2016. A los trabajadores se les explica la forma y la importancia de reportar los incidentes clínicos. Estos reportes no se utilizan para ningún proceso punitivo. Mensualmente se revisan los resultados en reuniones gerenciales del consejo de la dirección del hospital y en la coordinación de enfermería. Además, una buena parte de esos reportes han servido para el inicio de una investigación preliminar o integral del suceso, procurando abordar las causas raíz e implementar soluciones participativas y basadas en las evidencias.

2. Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo a partir de los datos contenidos en los informes oficiales de reporte de incidentes clínicos mensuales, consolidados a partir de los reportes de caso (que son los datos primarios), los que se enviaron a la Dirección General del hospital y a la Comisión de Expediente y Visita Clínica Hospitalaria durante los meses de enero a diciembre del año 2020. Estos datos se consolidaron y procesaron en una hoja de cálculo del programa Excel © con el propósito de evaluar su distribución, su frecuencia y su magnitud.

En el sistema de reporte y gestión de incidentes clínicos del Hospital Nacional de Niños se utiliza la clasificación integral de Rodríguez y colaboradores (Herrera, *et al.*, 2019), esta se compone de un esquema para el proceso del reporte del incidente en el que se anotan datos en un formulario oficializado por las autoridades del establecimiento de atención de la salud, y en el cual se encuentran diez variables de gestión de la calidad, que corresponden a datos tales como el servicio en el cual ocurrió el suceso, el día, el turno laboral. También se debe realizar una descripción de lo que aconteció e indicar quienes estuvieron presentes en el momento o acudieron a brindar apoyo, así como las medidas que se tomaron y el estado del paciente al momento del reporte. Estos reportes se envían a la comisión de Expediente y Visita Clínica Hospitalaria para su estudio y seguimiento respectivo. Cada mes, el Programa de Seguridad del Paciente elabora un informe consolidado que se envía a las autoridades del hospital. Respecto de información del paciente, en el informe consolidado mensual solamente se anotan el rango de edad y el sexo. Se incluye en el informe la subclasificación del incidente según las 7 categorías contempladas por el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) (Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009): 1) relacionado con cuidados, 2) relacionado con medicación, 3) infección nosocomial, 4) relacionado con procedimiento, 5) relacionado con el diagnóstico, 6) otros tipos de evento adverso, 7) Pendiente de clasificar. En el informe se incluye la distribución de los incidentes clínicos según el impacto que causaron al paciente, y según el impacto en la gestión y recursos del establecimiento de salud. Se evalúa la participación de los distintos grupos de trabajadores en la generación de los reportes de incidentes clínicos y, además se incluye el

agrupamiento del incidente dentro de una lista que describe lo acontecido. Lista que es producto de la experiencia de cinco años por parte del equipo evaluador del hospital en el sistema de reporte de incidentes, y que ha generado un aprendizaje importante, propio del uso sistemático de un sistema concertado de reporte de incidentes clínicos (Flaherty,2000).

3. Consideraciones éticas

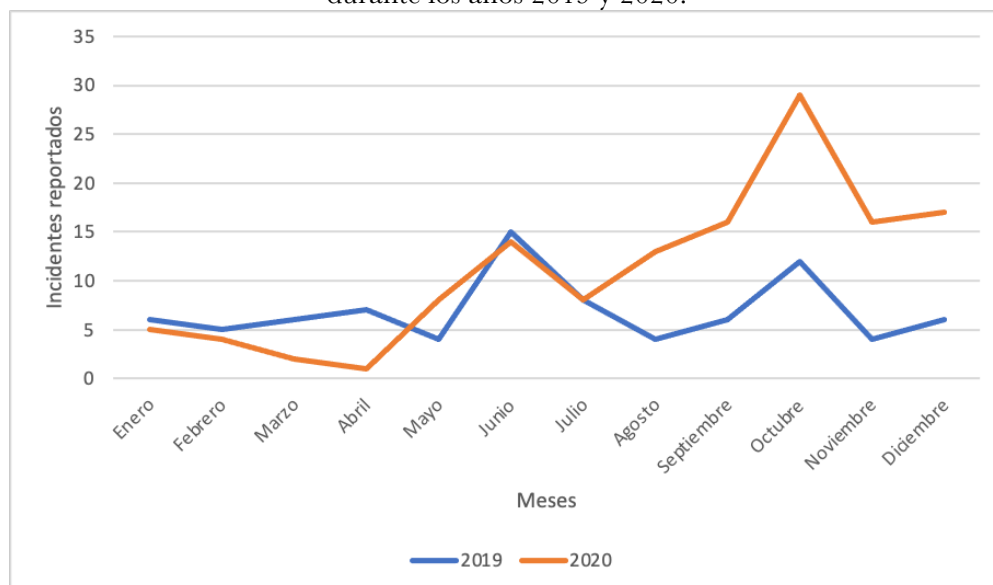
El presente estudio fue realizado a partir de datos administrativos que fueron filtrados desde las fuentes primarias, que son los reportes individuales de incidentes clínicos. A partir de los datos filtrados se construyen los reportes mensuales consolidados que se envían a las autoridades del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica. Por lo que trabajar con esos datos procurando consolidarlos para generar información de utilidad para el análisis y gestión administrativa del centro de salud no expone la confidencialidad de ningún paciente o de su familia. Por tanto, no existe conflicto con los principios bioéticos que rigen la investigación en salud pública.

4. Resultados

Durante el mes de marzo del año 2020 el país estuvo afectado por la epidemia de la Covid-19, en concordancia con la pandemia mundial por lo que muchas actividades sociales, y laborales se restringieron considerablemente (Rodríguez, *et al.*, 2021). Esta circunstancia y las medidas sanitarias que se tomaron en relación explica la disminución de los egresos hospitalarios durante ese año respecto de los registrados en años anteriores, en el 2019, por ejemplo. El total de egresos del año 2020 (n= 8574) disminuyó un 38,4% en comparación con los egresos del año 2019 (n= 13912), sin embargo, los incidentes clínicos reportados aumentaron en el año 2020 un 37,6%, especialmente a partir del mes de agosto. Esta circunstancia se ilustra en la figura 01.

Figura 1.

Comparación de la distribución por mes de los incidentes clínicos reportados durante los años 2019 y 2020.

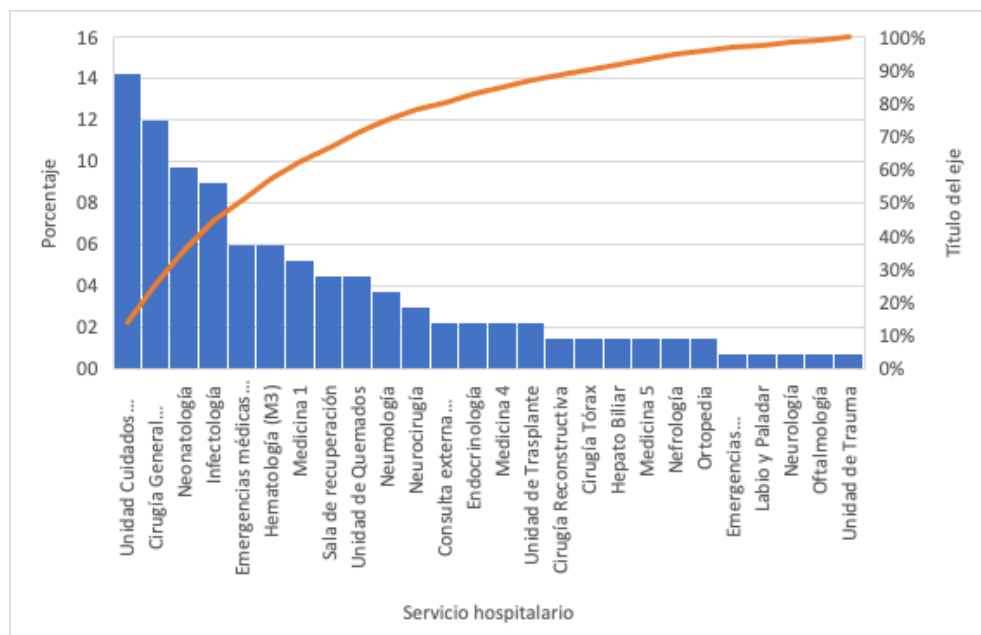


Fuente: elaboración propia.

Respecto de la cantidad de reportes recibidos, durante el año 2020, los servicios que reportaron más incidentes fueron: Cuidados Intensivos (14,3%), Cirugía General (12 %) y Neonatología (9,8 %). Esta circunstancia se ilustra en la figura 02.

Figura 2.

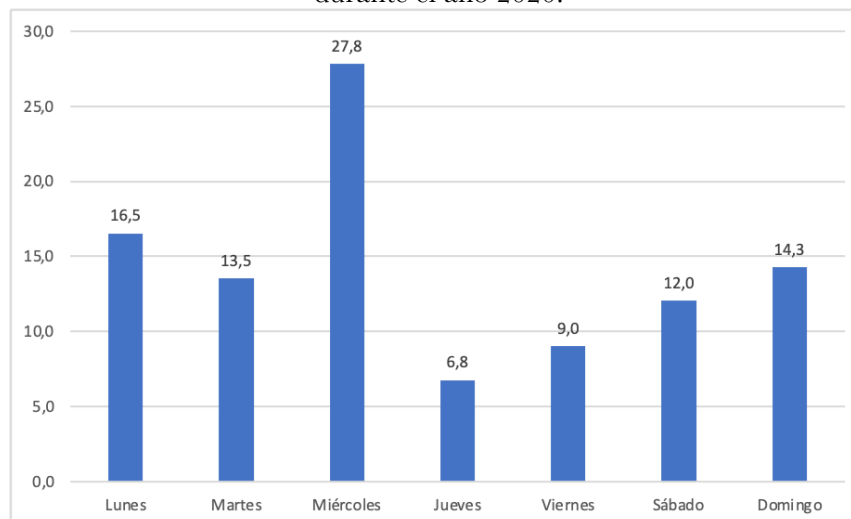
Distribución según servicio de los incidentes clínicos reportados durante el año 2020.



Al estudiar la cantidad de reportes respecto de los días de la semana, resultó que los incidentes clínicos reportados durante este año ocurrieron en mayor proporción durante los miércoles (27,8 %) y los lunes (16,55). Esta circunstancia se ilustra en la figura 3.

Figura 3.

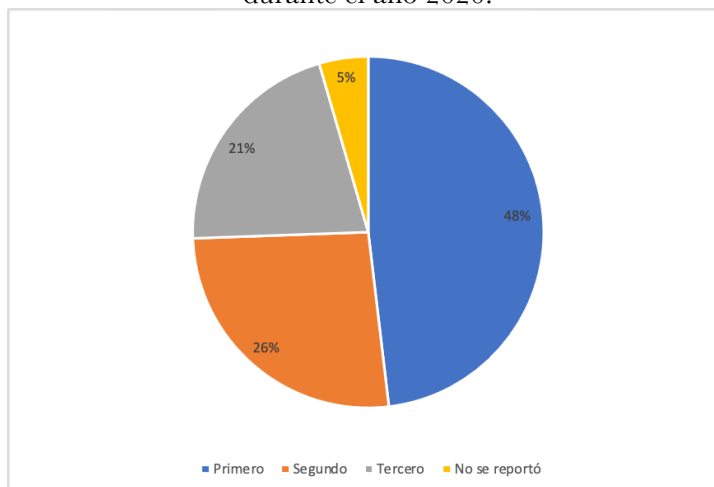
Distribución según día de la semana, en que ocurrieron los incidentes clínicos reportados durante el año 2020.



Según los reportes recibidos, los incidentes clínicos sucedieron o fueron detectados con mayor frecuencia durante el primer turno (48%). En un 4,5% de los reportes no se anotó en turno en que ocurrieron o fueron detectados. Esta circunstancia se ilustra en la figura 4.

Figura 4:

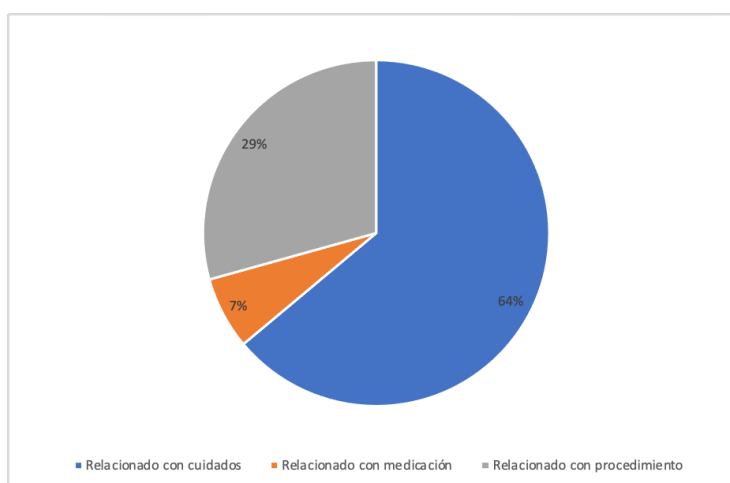
Distribución según turno hospitalario, respecto de los incidentes clínicos reportados durante el año 2020.



Durante este año, los incidentes clínicos ocurrieron más en individuos masculinos (66 %) respecto de los femeninos. Ocurrieron principalmente a pacientes en el rango de edad de 1 año a menos de 5 años (36,1 %) y en el rango de mayores de 29 días y menores de 01 años (24,1%). Según la clasificación propuesta por el estudio IBEAS, la mayoría de los incidentes clínicos reportados (64 %) estuvieron relacionados con los cuidados que se brindaron al paciente, esto es importante pues se relacionan con una mayor posibilidad de prevención (evitabilidad), y se ilustra en la figura 5.

Figura 5:

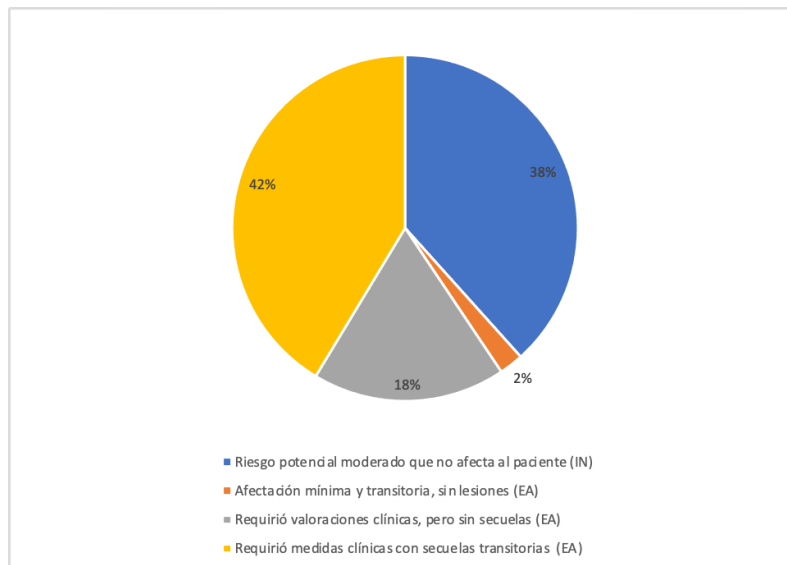
Distribución según tipo de incidente clínico, respecto de los incidentes reportados durante el año 2020.



Respecto del impacto que causaron en los pacientes los incidentes clínicos reportados en el 2020, el 42 % ameritaron medidas clínicas pero las secuelas fueron transitorias y el 38% presentó una situación de riesgo moderado, pero no llegó a afectar al paciente, lo cual se ilustra en la figura 6.

Figura 6:

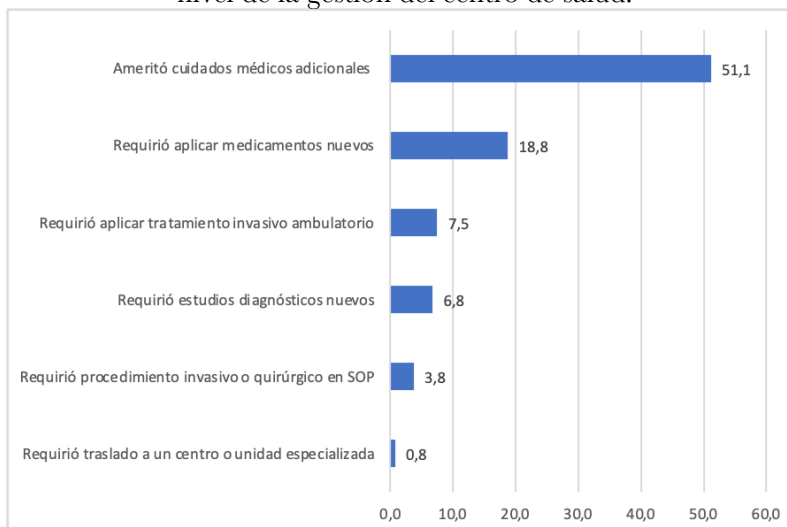
Distribución según nivel de impacto en el paciente, respecto de los incidentes clínicos reportados durante el año 2020.



Respecto del impacto en la gestión del establecimiento de salud, durante el año 2020, el 51,1 % de los incidentes clínicos reportados requirió cuidados médicos adicionales. Un 18,8 % ameritó aplicar medicamentos nuevos y un 7,5 % requirió procedimientos en sala ambulatoria. Esto ilustra sobre costos adicionales evitables mediante la gestión permanente de los incidentes clínicos que se reportan, y se ilustra en la figura 7.

Figura 7.

Distribución de los incidentes clínicos reportados durante el año 2020, respecto de su impacto a nivel de la gestión del centro de salud.

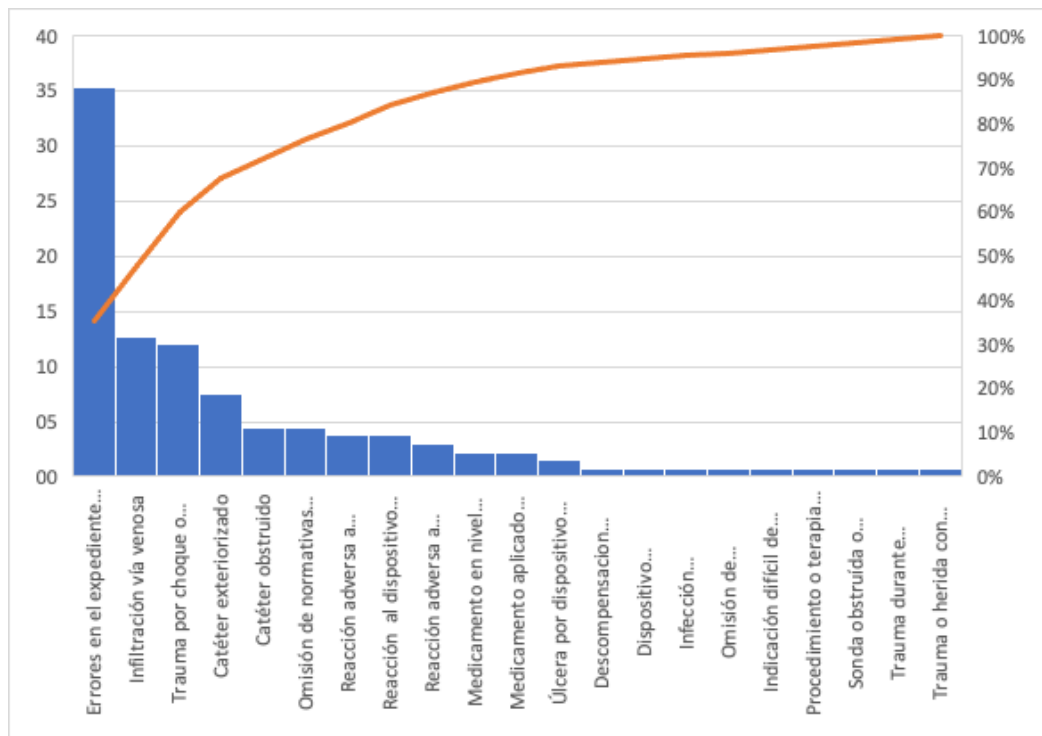


Respecto de que grupo de trabajadores realizan los reportes de incidentes, resultó que el 96 % de los reportes fueron realizados por personal de enfermería, en tanto médicos y funcionarios de registros médicos reportaron el 4% de los casos, que viene a ser un 2% respectivamente.

La mayoría de los incidentes clínicos en este período fueron errores relacionados con notas en el expediente digital de salud (35,3 %). Las infiltraciones de la vía venosa también representaron una cantidad importante de incidentes clínicos (12,8%). El 80% de los incidentes clínicos reportados durante el año 2020 se ubican dentro de un conglomerado que comprende lo siguiente: errores en el expediente de salud (35,5%), infiltraciones de las vías venosas (12,8%), traumas por caídas (12%) y catéteres obstruidos o exteriorizados (7,5%), áreas de mejora en las cuales con un plan de abordaje dirigido se puede obtener un mayor impacto en la disminución general de los incidentes. Esta distribución se ilustra en la figura 8.

Figura 8.

Distribución y proporción de los incidentes clínicos reportados durante el año 2020, respecto de la particularidad o característica de estos.



5. Discusión

El sistema voluntario de reporte de incidentes clínicos tiene ventajas importantes, entre las cuales podemos citar las siguientes: no es costoso, es fácil de administrar, es aceptado por los trabajadores, contribuye a una cultura de mejoramiento continuo, permite un mejor análisis y abordaje de los casos, aporta una estadística necesaria para la gestión de los riesgos, y facilita la elaboración de planes participativos en los cuales el personal involucrado se puede integrar fácilmente al equipo de trabajo.

En el estudio IBEAS la prevalencia de incidentes clínicos para los hospitales de la Seguridad Social de Costa Rica fue de 8,5%. Para el año 2020, la prevalencia en el de estos en el Hospital Nacional de Niños fue de 1,6%.

Aunque en el año 2020 la cantidad de ingresos hospitalarios disminuyó, los incidentes clínicos aumentaron en comparación a los reportados en el año 2019. Esto demuestra la consolidación de la cultura de reporte en los trabajadores, especialmente en condiciones de mayor estrés laboral, como las que se vivieron durante ese primer año de la pandemia por Covid-19, tanto en nuestro hospital como en los demás establecimientos de salud.

La Unidad de Cuidados Intensivos reportó la mayor cantidad de incidentes clínicos, lo cual es comprensible debido a que ahí se atienden exclusivamente pacientes agudos y con padecimientos de alta complejidad. Estudios como el de Aronson, *et al.* 2001, concuerdan con esta afirmación. Estos autores también afirman que en su estudio no encontraron ninguna particularidad en el reporte de incidentes clínicos según el día de la semana o turno. Nuestro estudio, que abarcó todo un año, si documentó una mayor incidencia los miércoles. Pese a consultar al personal que reporta si habían ocurrido circunstancias particulares, tales como aumento en los ingresos, en los procedimientos o en las rotaciones de personal, no se encontraron factores que pudiesen explicar esta particularidad. Lo mismo al indagar el predominio de incidentes en pacientes de sexo masculino.

El rango de edad para el que se reportaron la mayor cantidad de incidentes fue de 1 año a menos de 5 años. La explicación que dieron algunos profesionales entrevistados fue que ese es un rango de edad en el que existe mayor autonomía y actividad por parte de los pacientes. La mayor parte de los incidentes documentados ameritaron alguna medida clínica por parte del equipo de médicos y enfermeras, pero las secuelas que causaron se superaron sin daños permanentes para el paciente.

Otro aspecto importante es establecer el nivel general de impacto que los incidentes clínicos representan para la gestión de un establecimiento o servicio. En este estudio se determinó que más del 50% de los incidentes generaron costos adicionales, pues ameritaron cuidados médicos, procedimientos y medicamentos adicionales a los que el padecimiento de ingreso requería.

Cuando se analiza el tipo de incidente clínico se encontró que la mayoría, fueron riesgos potenciales o incidentes leves, por ejemplo, anotaciones equivocadas en el expediente de salud o infiltraciones de las vías venosas detectadas oportunamente. Un aprendizaje digno de mencionar es el caso de los incidentes asociados a los catéteres, que en años anteriores se documentó alto, y por virtud de este sistema de reporte se logró crear una comisión especial que implementó planes específicos para disminuir la incidencia y la severidad de los casos.

En los establecimientos de atención de la salud, un sistema de reporte y gestión de incidentes clínicos va a permitir el identificar y abordar de forma oportuna e integral tanto las situaciones de riesgo reales como las potenciales. También permite identificar los factores contributivos. Todo esto favorece tanto la mejora continua de la calidad de la atención como la seguridad de los pacientes.

6. Financiamiento:

Ninguno.

7. Conflictos de interés:

No hay conflicto de intereses.

Referencias

- Aronson, Mark., Lawrence D. Callanan., Ship, Amy N., Weingart, Saul N. A physician-based voluntary reporting system for adverse events and medical errors. *J.Gen Intern Med* 2001; 16:809-814.
- Barnes, BA., Brennan, TA., Laird, N., Lawthers, AG., Leape, LL., Localio, AR., *et al.* (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991; 324(6): 377-84.
- Banquéd, Marta., Bañeres, Joaquim., Casasc, Lidia., Navarro, Laura., Orrego, Carola., Suñola, Rosa. Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Catalunya: un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente. *El Servier, Medicina Clínica.* <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-epidemiologia-eventos-adversos-hospitalarios-catalunya-S0025775314005508>.
- Bañeres, Joaquim., Orrego, Carola., Suñola, Rosa., Ureña, Victoria. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Revista de Calidad Asistencial*, 2005. Vol. 20. Núm. 4. Páginas 216-222. En: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos-13075840>.
- British Medical Journal Editor. Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors. *BMJ.* 2000;320:728-9. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7237/278>.
- Clinical Safety Research Unit, Imperial College London. Systems Analysis of Clinical Incidents: The London Protocol. (2020) London, United Kingdom.
- Corringan, J.M., Donaldson, M.S., Kahn, L.T. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 199.
- Estudio IBEAS: prevalencia de Efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf (https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf)
- Febré, Naldy. Ortega-Lobos, Loreto. Prevalencia de los eventos adversos en centros de hemodiálisis. (2018). *Cienc. enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2021 Feb 04]; 24:7. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100207&lng=es. Epub 15-Nov-2018. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100207>.
- Flaherty, Panel. Reporting Issues and Learning Approaches. Written Statement. National Summit on Medical Errors and Patient Safety Research. Septiembre 2000. Disponible en: <http://www.quic.gov/summit/wflaherty.htm>
- Herrera-Castro, Karen V., Gómez-Alpízar, Lorena., Placencia, Francini., Losardo, Ricardo J., Rizzo-Amézquita, José Noé., Rodríguez-Herrera, Robinson., Víctor Mora, Enrique., Yamaguchi-Díaz, Lady Patricia. Incidentes y eventos adversos relacionados con la Seguridad del Paciente. Una propuesta de clasificación. (2019) *Boletín CONAMED, México.* Volumen 4, No. 22 – 2019.
- Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Aspectos sobre la seguridad de los pacientes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 oct. 68 p. En: <http://www.who.int/patientsafety/es>

Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. 160 p. En: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), OMS/OPS, 2006. En: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

Rodríguez-Herrera, R.; Losardo, R.J.: Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Revista de la Asociación Médica Argentina; 2018, 131 (4): 25-30.

Rodríguez-Herrera, R., Víctor-Mora, E., Valverde-Gallegos, R. Descripción de la primera curva epidémica por la Covid-19 en Costa Rica. Rev. Ter. 2021;15(1): 96-106

SUMMARY

The objective of this manuscript was to describe the clinical incidents that were sent to the voluntary reporting system during 2020 at the National Children's Hospital of Costa Rica, belonging to the Costa Rican Social Security Fund.

A descriptive observational study of the consolidated data that was sent during the months of January to December of the year 2020 was carried out.

During 2020, 1.6% of the patients treated in the hospital experienced some type of clinical incident. The total discharges decreased by 38.4% compared to the discharges of the year 2019, however, the reported clinical incidents increased in the year 2020 by 37.6%, especially from the month of August. Sentinel events were not reported this year. The services that made the highest number of reports were Intensive Care (14.3%), General Surgery (12%), Neonatology (9.8%) and Infectiology (9%). The day on which the most incidents were reported was Wednesday (27.8%), in the first hospital shift most of the cases were reported (48.1%) and these incidents occurred predominantly to male individuals (66%). Regarding the age of the patients, the majority were in the age range from 1 year to less than 5 years (36.1%), followed by the age range from over 29 days to under 1 year (24, 1%). Most of the cases were related to the care provided to the patient (63.9%). 41.4% of the incidents required clinical measures but the sequelae were transitory. 51.1% of the cases merited some type of additional medical care to their therapeutic scheme upon admission. 96% of clinical incidents were reported by nursing staff. Most of the clinical incidents (35.3%) in this period were errors related to notes in the digital file.

Keywords: Clinical incident, adverse event, reporting system, patient safety, pediatrics.
