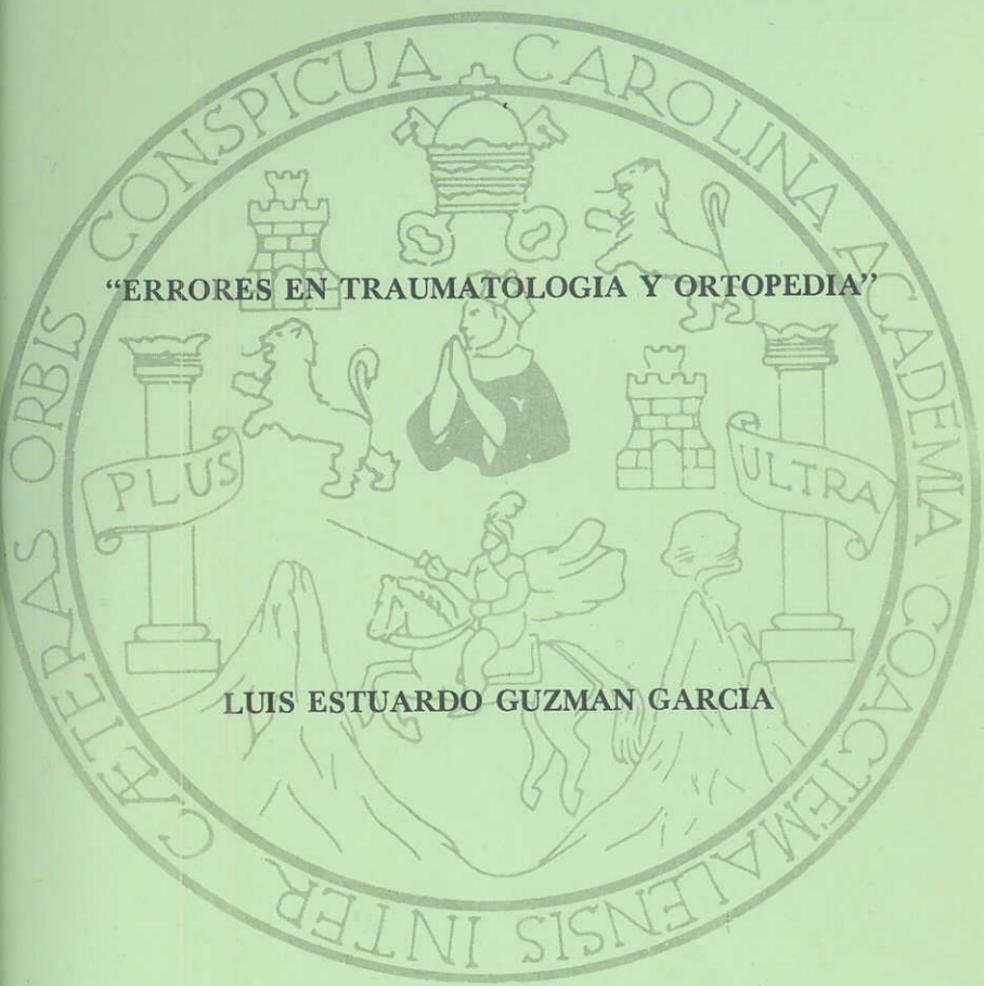


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in a dark robe with his hands clasped in prayer. Above him is a crown with a cross on top. To the left and right are lions and castles. Below the central figure is a knight on horseback holding a lance, and a figure in a long robe. The seal is surrounded by Latin text: "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA" at the top, "CETERAS ORBIS" on the left, "ACADEMIA COAGTEMALENSIS INTER" at the bottom, and "PLUS" and "ULTRA" on banners held by columns on either side.

“ERRORES EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA”

LUIS ESTUARDO GUZMAN GARCIA

GUATEMALA MAYO DE 1981

PLAN DE TESIS

- 1) INTRODUCCION
- 2) CONSIDERACIONES GENERALES
- 3) ANTECEDENTES
- 4) OBJETIVOS
- 5) MATERIAL Y METODO
- 6) RESULTADOS DEL TRABAJO
 - 6.1 Tabulación
 - 6.2 Gráficas
- 7) ANALISIS DE RESULTADOS
- 8) CONCLUSIONES
- 9) RECOMENDACIONES
- 10) BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Se ha pensado que los errores, origen unas veces de fracasos y otras de nuevas perspectivas, no son aprovechados más que por aquellos que lo sufren y tienen la clarividencia de descubrirlos, ya que no son pocas las ocasiones en que el causante sigue manteniendo su error por ignorancia de su mal hacer, o porque continúa ocultándolo. Estos errores habría que compartirlos con los aciertos, como un contrapunto que pusiese de manifiesto aquello que se puede lograr, dando una visión dinámica de cualquier actividad.

Como dice LA IN ENTRA LGO. "La evolución perspectiva del universo, sería pues, la resolución superadora y ascendente de una constante oscilación polar, de un continuo ritmo de movimientos entre sí contrapuestos, sería el principio de la polaridad en el que constantemente nos encontramos".

Desde ya se puede afirmar que los errores si se ven desde un punto de vista de cierta insensibilidad se puede asegurar que son necesarios aprovechando de ellos lo que se tiene de enseñanza ya sea desde la transformación de los sistemas de educación hasta descubrir nuevos conceptos que tengan menos tiempo de vigencia ante los avances de la ciencia. Ya lo dice el refranero popular "Errando, errando se va acertando".

Es necesario que tengamos una idea exacta de lo que es un error y más aún ver si puede tomar un sentido estricto, o bien, darle un cierto matiz para su uso en el trabajo que a continuación presentamos.

Tomando en cuenta que en Guatemala no hay actualmente un estudio sobre el presente tema de "Errores en Traumatología y Ortopedia", nos vimos motivados a desarrollar el presente trabajo de tesis, para lo cual se tomaron al azar cien casos de pacientes ingresados al departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital General San Juan de Dios, determinando una serie de datos como: Diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, edad, número de

historia clínica, tratamiento, complicaciones, días de hospitalización. Esperando que de este modo se contribuya al mejor manejo de pacientes, fichas clínicas, y diversos tipos de registros que se llevan en un departamento de medicina.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

ERROR

La definición que el diccionario nos da de error es la siguiente: "Concepto equivocado o juicio falso". Así como también se hace sinónimo de defecto o culpa. Siguiendo de la mano del diccionario error es "El falso o equivocado conocimiento que tengamos de una cosa".

En este sentido se diferencia de la ignorancia que implica el desconocimiento total, entonces podemos decir que el error es una ignorancia parcial, y que la ignorancia constituye un error desde el momento que viene a ser el móvil de un acto, de aquí que una y otra van a producir las mismas consecuencias.

En base a lo anteriormente descrito los errores los podemos clasificar de la siguiente manera para su mejor comprensión.

1) Error Sistemático.

Es el que puede preverse por un estudio conveniente de las causas que lo originan.

2) Error Fortuito

Es el que produce de una imperfección de nuestros sentidos o de causas perturbadoras que obran en sentido variable y sin ley conocida.

3) Error Absoluto

Aquel que corresponde al valor exacto del error.

4) Error Relativo

Que es el cociente del error absoluto por la cantidad en que

se comete.

5) Error Personal

Es el que es debido al estado de ánimo del observador, temperamento o condiciones especiales de la vida, y se obtiene comparando las observaciones del mismo con los medios de los obtenidos por distintos observadores.

Es así como podemos calificar el valor intrínseco de lo que llamamos un buen ortopeda, o un buen médico, o un buen profesional del tipo que sea.

En la vida cotidiana el profesional sea la especialidad que sea se encuentra involucrado en el juego de ser mejor que otro, o tener más fama, o mejores resultados, etc. ¿Podríamos decir que los considerados como mejores están libres de error?

Ni mucho menos, ya que los conceptos con que se elaboran no son sólo de distinta magnitud, sino de distinta calidad. Por ejm. Si un especialista elabora una teoría a la cual llega a través del estudio, la observación o la experiencia de esta teoría no tiene que ser inexcusablemente cierta, aunque si pueda significar un intento de avance en el campo en que se desarrolla, si como decimos, esta teoría, que puede haber sido cuidadosamente elaborada, no responde a una realidad, nos encontramos con un concepto equivocado, un juicio falso, lo que hemos definido como error. Pero si esto es así, tampoco es menos cierto que gracias a las nuevas teorías se va evolucionando y avanzando, y en ese sentido el error es parte integrante del progreso, que por otra parte y en general, suele llevarse a cabo por las personalidades más cualificadas.

En relación al tema podemos efectuar una clasificación práctica y que más o menos corresponde con los grandes capítulos de la patología.

1) Errores Semiológicos

Aquellos que derivan de una incorrecta o incompleta

exploración de los signos clínicos del enfermo.

2) Errores Diagnósticos

A los que se llega por una falsa interpretación clínica, insuficiencia de medios diagnósticos, o desconocimiento de entidades afines.

3) Errores Terapéuticos

Son los que una vez hecho el diagnóstico correcto se aplica un tratamiento no adecuado o que la experiencia ya lo ha rechazado. Dentro de estos podríamos incluir los errores técnicos, es decir, los que surgen de aplicación incorrecta de una técnica por desconocimiento de sus principios, empleo de instrumental no adecuado, etc. Y errores de indicación, los que se producen al aplicar una determinada terapéutica a una lesión para la cual no ha sido creada.

4) Errores Pronósticos

Son los juicios equivocados sobre la evolución de un enfermo, partiendo de unos elementos, verdaderos o falsos, obtenidos del mismo y comparados con otros iguales o similares, bien definidos por la ciencia médica.

¿Qué conclusiones podemos obtener a lo expuesto?

Fundamentalmente dos:

- 1) Que el error, con el perjuicio que al enfermo puede causar, puede ser aprovechado y ser tenido muy en cuenta como enseñanza, debiendo por lo tanto ser expuesto públicamente.
- 2) Que los errores a la hora de ser clasificados para su valoración, pueden ser superponibles incluso a errores matemáticos, por lo tanto admitiremos sistemáticos, fortuitos, absolutos y relativos, aunque la etiología de los mismos sea casi siempre la falta de

conocimiento de técnicas, utilización errónea de medios diagnósticos, y lo que es quizá más doloroso, desconocimiento total de los conceptos más elementales sobre los que se basa nuestra especialidad.

III ANTECEDENTES

En nuestro medio actualmente no se cuenta con ningún estudio sobre Errores en Traumatología y Ortopedia, razón por la cual nos vimos motivados a efectuar el presente trabajo, unicamente se cuenta con:

- Errores en Traumatología y Ortopedia, por Dr. Celso de Miguel Rivero, Revista de Ortopedia y Traumatología. Vol. Edición Ibérica. Fascículo No. Octubre de 1975.
- Errores en Traumatología y Ortopedia. Dr. Celso de Miguel Rivero. Revista de Ortopedia y Traumatología. Volumen 20. Edición Ibérica, Fascículo No. 1. Enero de 1976.

IV. OBJETIVOS

A) GENERALES

- 1) Determinar los errores más diversos en los que se puede incurrir en Traumatología y Ortopedia, como por Ej. Diagnóstico, tratamiento, pronóstico.
- 2) Analizar los errores médicos que son involuntarios para encontrar la forma de evitarlos de la mejor manera.

B) ESPECIFICOS:

- 1) Determinar de qué forma los recursos diagnósticos son factores de error.
- 2) Determinar como los diversos tipos de error inciden en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente.
- 3) Clasificar los distintos tipos de error.

V. MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se consultó los libros de ingreso y egreso del departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital General San Juan de Dios, asimismo como fichas clínicas en el archivo del hospital.

Se tomó al azar 100 casos de pacientes reclusos en el departamento, se elaboró una hoja encuesta que contenía los datos siguientes: número de historia clínica, edad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, tratamiento, días de hospitalización, complicaciones.

De los libros de ingreso y egreso se obtuvieron los datos de número de historia clínica, edad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso y días de hospitalización, y en la revisión de las fichas clínicas se obtuvo el tratamiento y complicaciones.

Cabe hacer notar que de los 100 casos únicamente aparecieron 83 fichas clínicas en el archivo del hospital.

6.1 TABULACION DE DATOS

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. Ingreso	Dx. Egreso	Tx.	Días Hospitaliz.	Complicaciones
1) 15319-77	19	Lux. Coxo femoral der. Fx. Pestaña acetabulo D.	Idem	Tracción Tillaux	12	
2) 15713-77	19	Ruptura Menisco rodilla izq.	Ruptura ligamento int. rodilla izq.	cilindro de yeso	3	
3) 15610-77	42	Fx. Lujación cadera izq.	Lujación coxo femoral izq.	Tracción Tillaux	5	
4) 15380-77	45	Fx. Fémur tal Izq. Condileo	Fx. Subtro-dilea femur izq.	Reducción Yeso	5	
5) 15380-77	45	Fx. Fémur Derecho	Fx. Subtro-canérica derecha	Enclavijado Smith Petter son.	16	
6) 15023-77	30	Fx. Expuesta 3a. falange		Amputación		

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. Ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
		2o, 3o, 4o, de dos.	Idem	de falanges	25	
7) 15710-77	43	Politraumatizado.	Fx. Acetabulo y ceja izq.	?	13	
8) 16292-77	59	Amputación 3as. falanges anular y medio	Idem	Regularización muñones	26	
9) 6452-77	63	Fx. rótula der	Idem	Patelectomia der.	14	
10) 9201-77	59	Fx. Pélvis y fémur izq.	Fx. Región ascendente pelvis, Fx. transtocan-terica izq.	Enclavija-do Smith-Petter-son	30	
11) 1345-65	95	Fx. Subcapi-tal fémur der.	Idem	Enclavijado Smith-Petter son	5	
12) 15308-77	28	Fx. 1/3 Prox. Fémur Izq.	Fx. Próxi-mal fémur izq.	Clavo Kunst-cher	10	Infec. Heri-da op..
13) 16371-77	40	Fx. Pelvis	Fx. Expuesta Espina ilí-faca izq. Hernia 2a.	Inmoviliza-ción, hernio plastia	2	

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. Ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
14) 16572-77	68	Lumbago de esfuerzo	Idem	Largactil Trabit	7	
15) 16196-77	16	Rotura de menisco der.	Ruptura de menisco int. der.	Menisectomía. Cilindro de yeso	5	
16) 16054-77	14	Politraumatizado.	Fx. maxilar Inf.	Osteosintesis máx. inf.	17	
17) 16752-77	14	Fx. 2o. dedo sección tendinosa	Herida corto contundente 2o. dedo izq.	Tenorrafia	2	
18) 15921-77	61	Fx. Rótula izq.	Idem.	Patelectomia	13	
19) 15179-77	16	Fx. Intertro canterica	Fx. Intertro canterica izq.	Osteotomía fémur der.	1	
20) 15308-77	28	Fx de fémur	Fx. 1/3 Próx. fémur izq.	Clavo de Kunstcher	10	
21) 16661-77	22	?	Fx. Supracondilea Izq.	Aparato de yeso	12	
22) 16092-77	17	Fx. Tibia y peroné izq.	Fx. Tibia y peroné der. Fx. Maxilar Inf.	Enclavijado Steiman Tracción intermaxilar	9	

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. Ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
23) 15960-78	63	?	Extracción Smith Peterson	8		
24) 17469-77	16	Lujación codo Izq.	Fx. Epitroclea der.	Reducción Yeso	2	
25) 15122-77	24	Politraumatizado	Fx 1/3 medio fémur der.	Clavo de Kunstcher	9	
26) 17583-77	28	Fx. Pélvis	Fx. Pélvis y uretra post.	Cistostomía, reposo	22	
28) 15234-77	27	Úlcera Traumática	Úlcera Post-traumáticas Ms. Infs.	Curación	7	
29) 24197-60	42	Fx. Rodilla der	Fx. Multifragmentaria rotulæ der.	Artrocentesis. Yeso	2	
30) 7114-62	75	Conmoción cerebral	Fx. 1/3 Medio Femur der.	Lavado Ref. Igss	2	
31) 3066-77	16	Extracción clavo Kunst-	Idem	Idem	7	

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
		cher				
32) 1913-72	28	Lux. Hombro der.	Lux. Recidivante hombro der.	Operación Buitola	11	
33) 17734-77	34	Fx. Cráneo occipital	Fx. 1/3 medio peroné y distal tibia	?	4	
34) 17348-77	78	Fx. Intertrocantérica izq.	Fx. Intertrocantérica der.	Enclavado de Smith Pette-son	16	
35) 17736-77	21	Fx. Expuesta tibia y peroné izq.	Placa de Idem	Eghers	11	
36) 18238-77	20	Fx. Cóndilo Izq. Int.	Fx. Cóndilo Ext. Izq.	Reducción fijación con tornillos	3	
37) 17733-77	24	Fx. 1/3 Medio fémur der.	Fx. 1/3 medio Prox. fémur der.	Clavo Kunstcher	12	
38) 17853-77	70	70 Fx. Fémur izq.	Fx. Intertrocantérica der.	?	10	

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
39) 17618-77	21	Fx. M. Sup.	Fx. 1/3 medio antebrazo der.	Reducción Ap. Yeso	2	
40) 17860-77	17	Fx. Tibia y peroné	Fx. Expuesta tibia y peroné izq.	?	11	
41) 18045-77	60	Fx. tibia y peroné	Fx. Expuesta 1/3 medio distal tibia y peroné	Clavo de Steiman	7	
42) 18455-77	65	Fx. Expuesta mano der.	Fx. 2o. metacarpiano con sección tendinosa	Tenorrafia	4	
43) 18248-77	36	Fx. Maxilar Inf.	Idem	Osteosintesis	10	
44) 18516-77	15	Lux. Extremoclavicular	Fx. Articulación externo-clav.	Cabestrillo	3	
45) 18526-77	65	Politraumatizado	Fx. 1/3 distal de húmero	Ap. yeso	17	

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
46) 18518-77	14	Deslizamiento fémur izq.	Epifisiolisis cabeza fémur izq.	Tracción Tillaux yeso espica	17	
47) 18418-77	17	Politraumatizado	Fx. 1/3 Prox. Fémur der.	Clavo de Kishner	28	
48) 1049-78	14	Hemartrosis	Idem	Artrocentesis	5	
49) 335-78	16	Fx. 1/3 fémur izq.	Fx. 1/3 medio fémur derecho	Clavo de Kunstcher	10	
50) 16054-77	14	Fx. Maxilar	Fx. Maxilar inferior Fx. Tibia y peroné bilat.	Osteosíntesis Max. inf. Clavos de Steiman	14	
51) 676-78	16	Fx Pélvis	Lux. Sacro ilíaca	Tracción Tillaux	11	
52) 694-78	21	Fx Fémur izq.	Fx. 1/3 medio Fémur izq.	Clavo de Kunstcher	9	
53) 11452-64	66	Fx. de fémur izq.	Fx. Intertrocantérica izq.	Enclavado Smith Peterson	20	

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. Ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
54) 932-78	25	Lux. Fémur izq.	Idem	Reducción cerrada	13	
55) 919-78	87	Fx sub capital izq.	Idem	Prótesis Austin Moore	21	
56) 2861-74	55	Fx Pélvis	Fx Malgagni	Bota de yeso	6	
57) 1901-78	18	Fx Antebrazo izq.	Fx. 1/3 dist. radio izq.	Ap. Yeso	5	
58) 1074-78	?	?	Fx. 1/3 medio fémur izq.	clavo de Smith Peterson	18	
59) 2023-78	30	Fx. Parcial 5o. dedo pie izq.	Fx. Parcial 5o. dedo	Ciración Yeso	1	
60) 1440-73	57	Fxs. Múltiples	Fx. Múltiple isquió pública izq.	?	7	
61) 166-77	14	Fx 1/3 medio cúbito y radio izq.	Idem	Reducción cerrada, yeso	4	
62) 18717-77	54	Fx Cúbito brazo izq.	Fx. 1/3 prox. cúbito izq.	Legrado óseo yeso Lincomicina	50	Osteomielitis

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. Ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
63) 1515-78	47	Fx. Tibia y peroné	Fx. 1/3 próx. tibia y peroné izq.	Clavos de Stiemman Ap. Yeso	15	
64) 1746-78	18	Fx. Fémur izq.	Fx. 1/3 medio Fémur der.	Clavo de Kunstcher	12	
65) 2182-78	26	Fx radio izq. quierdo.	Fx. de 1/3 dist. radio	Reducción yeso	10	
66) 2626-78	25	Lavado y de brindamiento	Herida Corto contundente M. Sup Izq.	Lavado	2	
67) 2519-78	32	Fx. Clavícula izq.	Fx. Comminuta clavícula izq.	Bendaje 8	2	
68) 2757-78	18	Fx. Húmero	Fx. Multi-frag. 1/3 dist. húmero derecho	Reducción yeso	1	
69) 16311-78	16	Fx. 1/3 dist. Fémur Der.	Idem	férula Thomas, espica de yeso	6	
70) 10914-62	80	Fx. Intertrocanterea der.	Idem	Sin Tx. Pidio salida	2	

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. Ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
71) 16360-64	14	14 Fx. Supracondilea húmero der.	Fx. Supracondilea brazo derecho	Ap. de yeso.	1	
72) 3427-78	27	Fx. Maleolo int. izq.	Fx. Maleolo int.	?	2	
73) 16438-74	38	Fx. 1/3 medio húmero izq.	Fx. 1/3 medio fémur izq.	Clavo de Kuntscher	12	
74) 16245-77	27	Fx. Fémur de recho	Fx. 1/3 medio fémur D.	Bota de yeso	2	
75) 3145-78	70	Fx. Expuesta M. Inf.	Fx. Multi-fragmentaria 1/3 prox. tibia y peroné izq.	Clavo de Steiman yeso	11	
76) 2448-78	20	Fx de tibia y peroné	Fx. Tibia y peroné der.	Aparato de yeso	16	
77) 2980-78	21	Fx Montegia	Idem	Clavo de Rush	10	
78) 4618-78	32	Lux. Hombro izq.	Idem	Fisioterapia por estar con solidada	1	

No. Hist. Clínica	Edad	Dx. Ingreso	Dx. Egreso	Tx	Días de Hospitaliz.	Complicaciones
79) 3234-78	60	Politraumatizado.	Fx. Expuesta 1/3 medio pierna, herida de mentón	clavo de Steiman sutura injerto óseo Placa Egher Peni-Genta	27	Osteomielitis
80) 17228-64	85	Fx Pélvis	Fx intertrocanterica izq.	Esposa de yeso	10	
81) 3907-77	36	Fx. 1/3 medio tibia y peroné	Fx. 1/3 medio tibia y peroné izq.	Placa de Steiman	6	
82) 9447-75	13	Fx tibia y peroné izq.	Idem	Clavo Steiman	8	
83) 4255-78	25	Fx. Femur izq.	Fx. 1/3 medio femur der.	Clavo de Kunstcher	15	

Edad	Frec.	o/o
10 - 20	28	33.4
21 - 30	19	22
31 - 40	10	13
41 - 50	2	2.4
51 - 60	8	8.5
61 - 70	10	13.4
71 y +	6	7
	83	100

Diagnóstico de ingreso = Diagnóstico de egreso 18 casos = 21.6o/o

Diagnóstico de ingreso = Diagnóstico de egreso 62 casos = 75.8o/o

No se halló diagnóstico de ingreso en 2 casos = 2.6o/o

En 6 casos no se halló tratamiento específico.

Se hallaron 10 errores de diagnóstico de ingreso

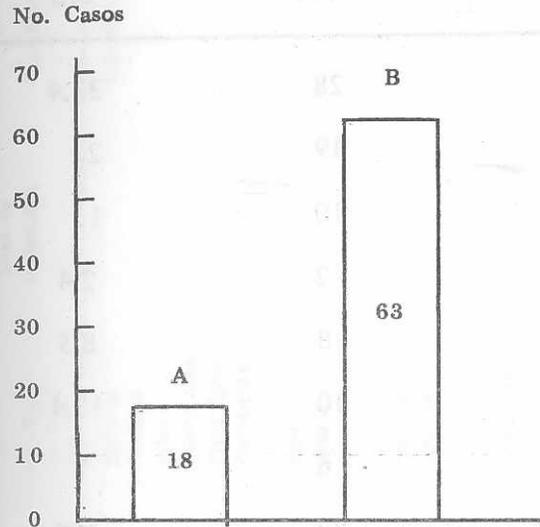
Se encontró únicamente 3 complicaciones del total de casos = 3.3o/o

En 80 casos no hubo complicaciones = 96.7o/o

El promedio de días de hospitalización fue de 16 días.

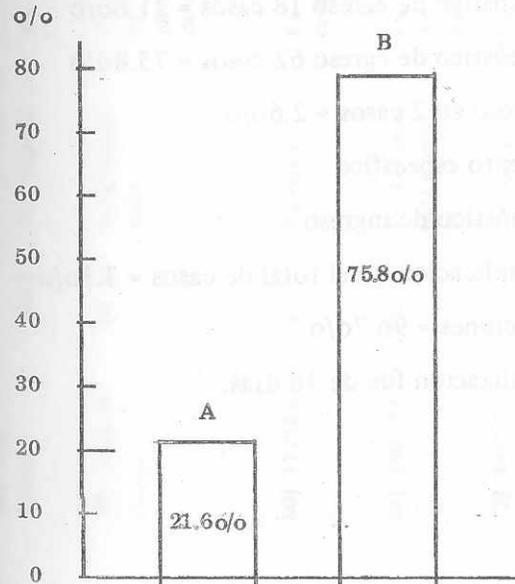
6.2 GRAFICAS

GRAFICA 1



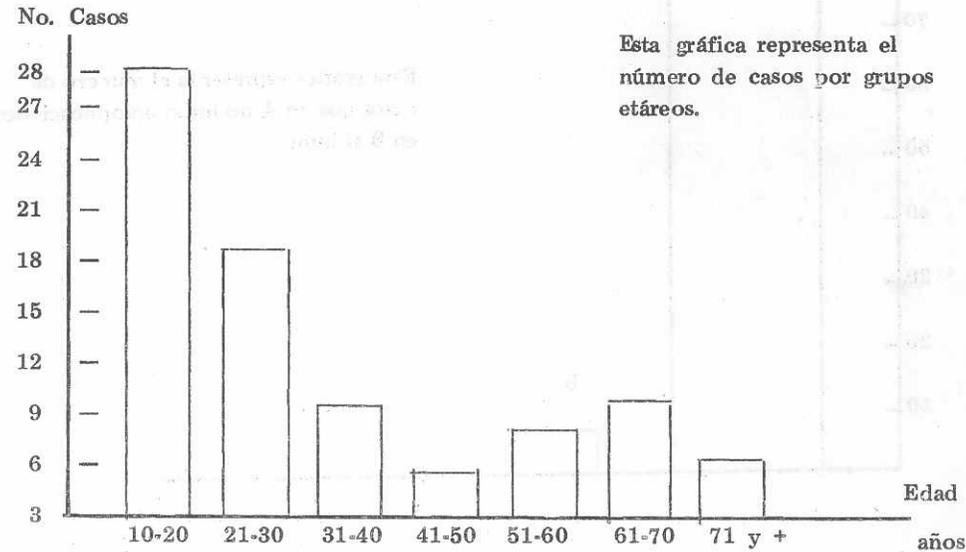
Esta gráfica demuestra que solamente 18 casos el diagnóstico fue igual el de ingreso que el de egreso y en 63 casos hubo variabilidad.

GRAFICA 2



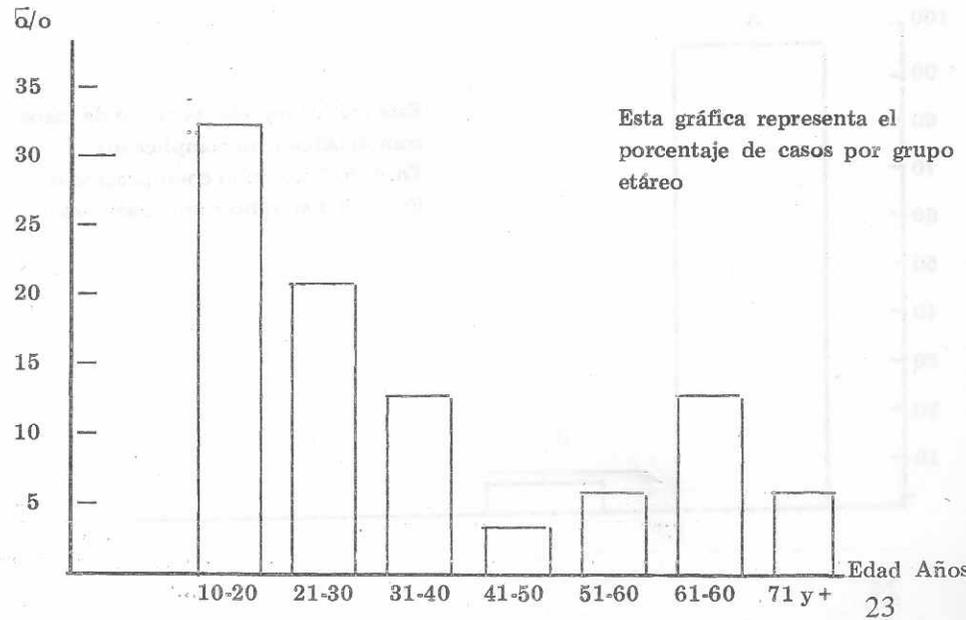
Esta gráfica representa el o/o de casos, en A 21.6 o/o fue igual el diagnóstico de ingreso que el de egreso. En B el 75.8 hubo variabilidad.

GRAFICA 3



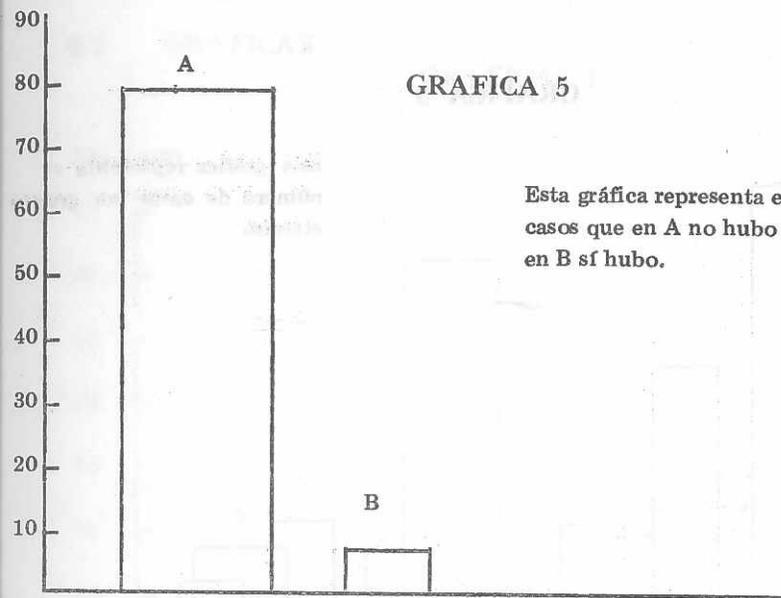
Esta gráfica representa el número de casos por grupos etáreos.

GRAFICA 4



Esta gráfica representa el porcentaje de casos por grupo etáreo

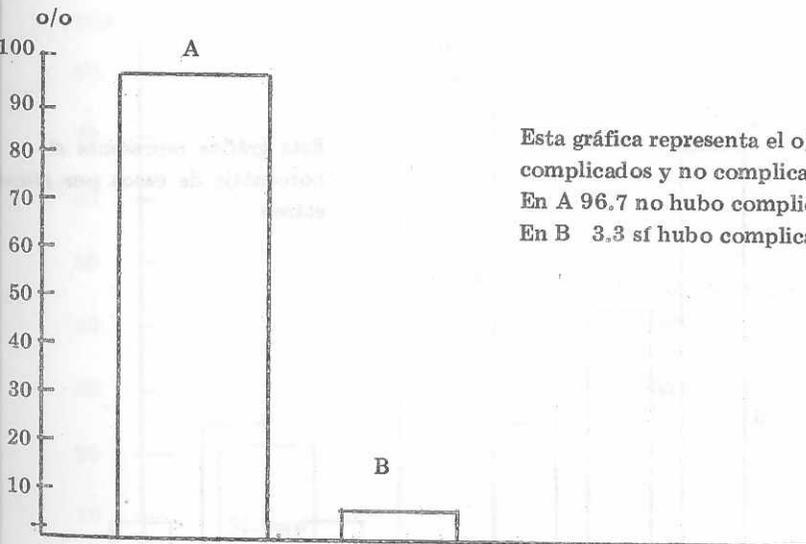
No. casos



GRAFICA 5

Esta gráfica representa el número de casos que en A no hubo complicaciones en B sí hubo.

GRAFICA 6



Esta gráfica representa el o/o de casos complicados y no complicados. En A 96.7 no hubo complicaciones. En B 3.3 sí hubo complicaciones.

VII. ANALISIS DE RESULTADOS

Al analizar los resultados de este trabajo encontramos que de las 100 fichas clínicas a revisar aparecieron únicamente 83 en el archivo.

De estos pacientes el más joven (menor edad) fue de 14 años y el de mayor edad de 95 años. El grupo etéreo más frecuente corresponde entre los 10 - 20 años con 27 casos que equivale a un 32o/o.

De los 83 casos revisados solo 18 diagnósticos coincidieron igual en cuanto a Diagnóstico de ingreso y Dx. de egreso, esto equivale a un 21.6o/o; en el 78.4o/o por lo tanto hubo variación de diagnóstico.

Encontramos únicamente tres complicaciones del total de casos, que equivale a 3.6o/o, por lo tanto en el 96.4o/o no hubo ninguna complicación.

De los 83 casos hubo 10 errores de diagnóstico de ingreso según libro de sala.

En dos del total de casos no se halló Diagnóstico de ingreso y en 6 de los casos no se encontró un tratamiento específico.

Los días de hospitalización fueron el de menor de 1 día y el de mayor de 50 días, encontrando un promedio de 16 días de hospitalización.

En el 10o/o de los casos se encontró un tratamiento adecuado al diagnóstico de egreso.

VIII. CONCLUSIONES

- 1) Hubo una gran variabilidad en cuanto a Dx de ingreso y Dx. de egreso.
- 2) El libro de ingresos de la sala es manejado por personal de enfermería lo cual puede explicar la variabilidad de Dxs que se halló y ser factor de error.
- 3) El libro de egresos de la sala es manejado por estudiantes de 4o. año y se observa más detalle y terminología médica algunas veces muchas de ellas mal empleadas para describir los procesos patológicos, pero aún así se encontró error a pesar de la metodología clínica impartida por la Facultad de Ciencias Médicas la cual es bastante aceptable.
- 4) Se encontró un 100o/o de tratamientos adecuados al diagnóstico de egreso, por lo cual se asume que no hubo error de tratamiento.
- 5) El número de complicaciones fue bajo si se toma en cuenta la precaria situación del medio de trabajo del hospital como por ejemplo las condiciones de asepsia y antisepsia de sala de operaciones, así como las condiciones higiénicas de la sala en sí.
- 6) Son personas jóvenes en más del 50o/o los casos que fueron vistos.
- 7) El tiempo de hospitalización es alto, como asimismo la preparación de las operaciones toma un tiempo mayor del que debería tomar, teniendo esto diversas causas tal es sala de operaciones inadecuada, falta de personal tecnificado, material quirúrgico, lo cual en muchas ocasiones convierte una operación simple en algo mucho más complicado como por ej. en el caso de fracturas, se observa la formación de callo óseo, lo cual hace que el cirujano invierta más tiempo y esfuerzo

del requerido, esto a la vez conlleva a una demora en sala de operación, una demora en el tratamiento y en la recuperación del paciente.

Se encuentra un mal manejo de papeletas a nivel del archivo del hospital, ya que inicialmente se habían seleccionado 100 casos, cuyos números de historia clínica fueron comprobados en los libros de ingreso y egreso de la sala, a pesar de ello se encontraron únicamente 83 fichas, las 17 restantes o no aparecieron o los nombres de los pacientes correspondían a otros servicios.

El archivo del Hospital General San Juan de Dios no es adecuado para la elaboración de trabajos de investigación en forma concreta.

IX. RECOMENDACIONES

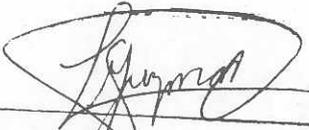
- 1) Concientizar al estudiante de medicina en la importancia que trae el aprovechamiento de la metodología clínica impartida por la Facultad de Ciencias Médicas para que al elaborar un diagnóstico sea lo más acertado.
- 2) Hacer un énfasis en los estudiantes y post-graduados de la importancia de la semiología y clínica propedeútica, así como también de los demás recursos que se tienen para llegar a un diagnóstico adecuado en beneficio del paciente y disminuir de esta forma el índice de error.
- 3) Concientizar al estudiante de medicina en cuanto a sus deberes y obligaciones en una sala de hospital, ya que en algunas ocasiones se abandona la sala a horas indebidas.
- 4) El hospital estatal debe de tener un sitio adecuado para operar lo mismo que un cuarto de recuperación estéril, a fin de brindarle al paciente la menor posibilidad de infectarse, ya que en Traumatología y Ortopedia se realizan operaciones complicadas en las cuales se utilizan implantes, y que hacen al paciente susceptible al rechazo del material y además de una posible infección.
- 5) El hospital estatal debe contar con ciertos elementos imprescindibles como una buena mesa de operación, aparato de rayos X portátil que son necesarios para el control de ciertos procedimientos que se efectúan en Traumatología y Ortopedia.
- 6) El hospital estatal deberá brindar el equipo necesario para los procedimientos que se usan en sala, como férulas, aparatos de tracción, y sus complementos que no tienen un adecuado mantenimiento.
- 7) Es tiempo que las autoridades de los hospitales se preocupen

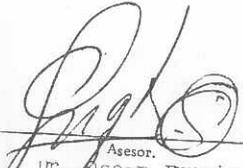
por una adecuada organización de los diferentes departamentos, como por ej. archivo, estadística, etc.

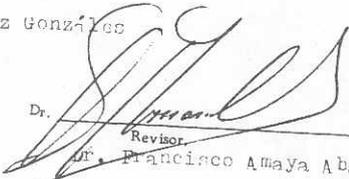
- 8) Sabiendo que el mayor porcentaje de pacientes vistos en el Depto. de Traumatología y Ortopedia del Hosp. General San Juan de Dios son en su mayoría jóvenes, su buen pronóstico depende de su tratamiento adecuado, asimismo como de las buenas condiciones ambientales e higiénicas, lo cual debe llamar la atención de las autoridades para mantener óptimas condiciones.
- 9) Orientar al personal médico y para-médico en el mejor manejo de los diferentes libros que en el servicio se lleva: libro de ingresos, libro de egresos, libros de procedimientos, y además de ello que el hospital los provea cuando se necesiten.
- 10) Hacer lo posible porque las recomendaciones que en las tesis se incluyen, de alguna forma sean conocidos por las autoridades correspondientes.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1) Rivero, Celso de Miguel. Errores en Traumatología y Ortopedia
Revista de Ortopedia y Traumatología.
Vol. 2. Edición Ibérica.
Fascículo 3. Oct. 1975.
- 2) Rivero, Celso de Miguel, "Errores en Traumatología y Ortopedia".
Revista de Ortopedia y Traumatología.
Volumen 20 Edición Ibérica.
Fascículo 1, Enero de 1976.
- 3) Muller, M. E. "Chirurgie Osseuse Reparatrice" Anexe "AO"
Technique. Bulletin "AO" Traduit par A. Boitzy. Berna
1969.

Br. 
Luis Estuardo Guzmán García

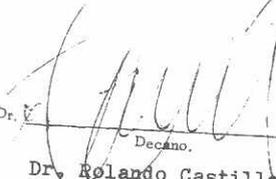
Dr. 
Asesor.
Dr. Oscar Enrique Hernández González

Dr. 
Revisor.
Dr. Francisco Awaya Abad

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim.

Dr. 
Secretario
Dr. Raúl A. Castillo Rodas.

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo.