



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE ARAGUA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

**ÍNDICE DE MANNHEIM EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO
QUIRÚRGICO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.
ENERO-JUNIO 2015.**

Autor: Ganoza.P., Maria J.

Maracay, Octubre 2015



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE ARAGUA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

**ÍNDICE DE MANNHEIM EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO
QUIRÚRGICO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.
ENERO-JUNIO 2015.**

Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al título de
Especialista en Cirugía.

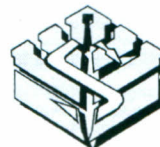
Tutor Clínico: Prieto.H. María B

Tutor Metodológico: Aponte, Yumak

:

Autor: Ganoza.P., María J.

Maracay, Octubre 2015



ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

***"INDICE DE MANNHEIM EN PACIENTES CON ABDOMEN QUIRURGICO.
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO - JUNIO 2015."***

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL** por el aspirante:

GANOZA PONCE DE LEON MARIA JOSE

C.I. 22.944.022

Tutor del Trabajo de Grado: MARIA PRIETO C.I.: 16.551.846

Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

APROBADO

En Maracay, a los nueve días del mes de diciembre del año dos mil quince.

Prof. JAVIER MOYA
C.I.: 5.883.865

Prof. WLADIMIR SHIMKEVICH
C.I.: 4.230.372

Profa. DAMELYS ALMEIDA
C.I.: 10.943.044



**ÍNDICE DE MANNHEIM EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO.
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. ENERO-JUNIO 2015.**

Autor: Ganoza, María J. Universidad de Carabobo - Hospital Central de Maracay.
mariajosegpl@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar el índice de Mannheim en pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay durante el periodo Enero - Junio 2015.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal; basado en una investigación de campo. La población estuvo representada por 211 pacientes abdomen agudo quirúrgico complicados con peritonitis, ingresados en el Hospital Central de Maracay durante el período Enero – Junio 2015. Se aplicó como instrumento el cuestionario y registro de observación directa.

Resultados: Los resultados obtenidos fueron: edades más comunes de 13 años y 20 años (29%), el género masculino (60%), la causa apendicular como más frecuente (46%), la causa más común fue la obstrucción intestinal para puntaje mayor a 26pts (43%), y 13 personas fallecieron con un puntaje mayor de 26, se demostró también que a mayor puntaje, mayor días de hospitalización en los pacientes.

Conclusión: Se concluyó que la causa más común de hospitalización fue por peritonitis apendicular, además de la frecuencia estar relacionada con el género masculino, otro dato importante fue que los pacientes que presentaban mayor tasa de mortalidad estaban asociados a mayor puntuación y coincidieron con casos de obstrucciones intestinales. Se recomienda tomar en cuenta el índice de Mannheim y tomar medidas preventivas en pacientes con peritonitis ya que se demuestra su sensibilidad y eficacia en esta institución.

Palabras claves: Índice, Mannheim, Peritonitis, Morbilidad, Mortalidad

**MANNHEIM INDEX IN PATIENTS WITH ACUTE ABDOMEN SURGERY. MARACAY
CENTRAL HOSPITAL. JANUARY-JUNE 2015.**

Author: Ganoza, Maria J. University of Carabobo - Central Hospital of Maracay.
mariajosegpl@hotmail.com

SUMMARY

Objective: To determine the rate of Mannheim in surgical patients with acute abdomen in Maracay Central Hospital during the period January - June 2015.

Methods: A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted; based on field research. The population was represented by 211 patients with complicated acute abdomen peritonitis admitted to the Central Hospital of Maracay during the period from January to June 2015. The registration questionnaire and direct observation was applied as an instrument.

Results: The results were most common ages of 13 and 20 years (29%), males (60%), the cause appendicular most frequent (46%), the most common cause was intestinal obstruction to score more than 26pts (43%), and 13 people died with a higher score of 26, also showed that the higher the score, the more days of hospitalization in patients.

Conclusion: It was concluded that the most common cause of hospitalization was for appendicular peritonitis, along with the frequency to be related to the male gender, another important finding was that patients who had higher mortality rates were associated with higher scores and matched cases intestinal obstructions. We recommend taking into account the rate of Mannheim and take preventive measures in patients with peritonitis as its sensitivity and effectiveness demonstrated in this institution

Keywords: Mannheim, peritonitis , Morbidity, Mortality

INTRODUCCIÓN

Más de 1000 años han pasado desde que se describió por primera vez, la sintomatología del proceso denominado en la actualidad como “peritonitis”. En los años 20 cuando los principios de la terapia operatoria fueron comúnmente aceptados, la mortalidad disminuyó por debajo de un 50%. En décadas posteriores el pronóstico no fue significativamente afectado por los antibióticos, y la mortalidad de la peritonitis reportada fue de 0-70%⁽¹⁾.

La peritonitis generalizada constituye una causa frecuente de muerte en un gran número de enfermos, a pesar de la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, potentes agentes antimicrobianos y del desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos ⁽²⁾, por lo que la habilidad de estimar objetivamente el riesgo de muerte u otros resultados para los pacientes es una nueva tarea para la investigación científica ⁽¹⁾.

Se han propuesto métodos para evaluar uniformemente los grupos de pacientes como diversas clasificaciones y publicación de sistemas clínicos que evalúan la severidad de la enfermedad, lo que ha permitido un análisis apropiado de los resultados⁽¹⁾, así como también diferentes índices y sistemas de puntuación con significado pronóstico de mortalidad. Todo esto se ha establecido principalmente en pacientes de estado clínico crítico⁽³⁾, por lo que esta problemática no puede modificarse sin el conocimiento de los factores que inciden en el pronóstico y su evaluación oportuna es realmente deseable para reducir cifras de mortalidad, programar un plan terapéutico correcto, seleccionar a los pacientes de más alto riesgo para procedimientos más agresivos, y utilizar índices para definir la gravedad de la enfermedad. ⁽²⁾

De manera sencilla, se ha definido el abdomen agudo como “todo dolor abdominal que obliga al paciente a consultar de manera urgente”⁽⁴⁾. Situación

clínica que se presenta como una molestia abdominal aguda, cuyo síntoma principal es el dolor, que sugiere una enfermedad que pone en peligro la vida del enfermo⁽⁵⁾.

El dolor abdominal agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal, uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma, presenta dolor abdominal agudo, por lo que éste es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, que puede convertirse en un asunto complejo y plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas. En general, 10% a 25% de los pacientes con dolor abdominal presentan un cuadro que requiere tratamiento quirúrgico ⁽⁴⁾.

Una de las características que presenta el abdomen agudo quirúrgico se refleja como peritonitis. La peritonitis es definida como un proceso inflamatorio del peritoneo causado por cualquier agente o irritante. La infección intraabdominal es definida como la manifestación local que ocurre como consecuencia de la peritonitis y trae consigo una manifestación sistémica de una inflamación peritoneal severa⁽⁶⁾, constituyendo aun en nuestra época una causa importante de muerte por lo que una intervención temprana podría ayudar a reducir la mortalidad. La peritonitis puede clasificarse como peritonitis primaria cuando proviene de una infección de la cavidad peritoneal que no está directamente relacionada con otra anomalía intraabdominal y que en la mayoría de casos hay presencia de infección bacteriana. La peritonitis secundaria incluye a todas las peritonitis que tienen un foco primario conocido. La peritonitis terciaria es la infección

recurrente de la cavidad peritoneal que sigue a un episodio de peritonitis primaria o secundaria (7).

La peritonitis generalizada constituye una causa frecuente de muerte en un gran número de enfermos, a pesar de la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, potentes agentes antimicrobianos y el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos. En la actualidad, la mortalidad por esta causa oscila entre 35 y 80% y su evaluación oportuna es realmente deseable para reducir estas cifras, programar un plan terapéutico correcto, seleccionar a los pacientes de más alto riesgo para procedimientos más agresivos, y utilizar índices para definir la gravedad de la enfermedad.(2)

El índice pronóstico de Mannheim, específico para la enfermedad, es se basa en la valoración de parámetros clínicos y humorales(2), y hallazgos intraoperatorios(8) es de fácil manejo, buena correlación con la mortalidad(1); y de rápida aplicación con el cual podemos estimar la severidad de la enfermedad y realizar una intervención terapéutica apropiada y precoz haciendo así que su sencillez lo haga fácilmente aplicable en nuestro medio(9). Este índice se basó en los resultados de 1253 pacientes con peritonitis tratados entre 1963 y 1979 en Alemania, y fue desarrollado por análisis discriminativo de 17 factores de riesgos posibles, de los cuales resultaron significativos ocho para valor pronostico, obteniéndose la información durante la primera laparotomía, permitiendo una clasificación inmediata y fácil de aplicar. Los factores que se incluyeron fueron: edad, sexo, falla orgánica, presencia de malignidad, origen, extensión de la peritonitis y características del fluido peritoneal, asignándole distintos valores según fueron resultados favorables o adversos(8). En el caso particular de las peritonitis, varios factores pronósticos de muerte han sido señalados, además de varios índices pronósticos, y dentro de estos el índice de

peritonitis de Mannheim (IPM) basado en parámetros clínicos de fácil manejo y buena correlación con la mortalidad (6).

TABLA 1. Índice de Mannheim (1,3,5)

FACTORES	ADVERSOS	Puntos	Favorables	Puntos
Edad	>50	5	<50	0
Sexo	Femenino	4	Masculino	0
Falla orgánica	Presente	7	Ausente	0
Cáncer	Presente	4	Ausente	0
Tiempo de evolución	.24 h	4	<24 h	0
Origen	No colónico	4	Colónico	0
Extensión de peritonitis	Generalizada	6	Localizada	0
Características del fluido peritoneal	Fecaloideo	12	Claro	0
	Purulento	6		

En un estudio realizado en Lima Perú por Barrera E & Col. en el año 2010, cuyo título es *Valor predictivo de mortalidad del índice de peritonitis de Mannheim* y cuyo objetivo general se basa en determinar el valor predictivo del índice de peritonitis de Mannheim en pacientes con peritonitis en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se caracterizó por ser un estudio prospectivo, de 103 pacientes, mayores de 14 años, con diagnóstico de peritonitis, entre Noviembre 2004 - Abril 2005. Para su análisis se utilizó la prueba de chi cuadrado con coeficiente de Pearson, y la prueba de T de student. Para el análisis de los datos se utilizaron dos modalidades, primero los pacientes fueron divididos en 3 grupos, según el valor del índice de Mannheim, <21, de 21 a 29, y >29, y en 2 grupos, ≤26 y >26 puntos. Se realizó el estimado de sobrevivencia de Kaplan Meier, utilizando el programa estadístico STATA 8.0 En los resultados se obtuvo una mortalidad del 50% en pacientes con índice mayor de 26 puntos. Se encontró una sensibilidad 95,9%, una especificidad del 80%, con un valor predictivo positivo 98,9% y

un valor predictivo negativo del 50%. Al considerar 3 grupos, <21, 21-29 y >29 puntos, se encontró una mortalidad del 60% en pacientes con índice mayor de 29. Se realizó una curva de sobrevida obteniéndose una diferencia significativa con un $p=0,0098$. En conclusión: La clasificación en 3 grupos presenta diferencia estadísticamente significativa, por lo que se recomienda su uso para la evaluación e inicio de medidas agresivas⁽⁴⁾.

Por su parte Ajaz Ahmad MALIK & col en el año 2010 realizan un estudio titulado *Mannheim Peritonitis Index and APACHE II - Prediction of outcome in patients with peritonitis* (Mannheim Índice peritonitis y APACHE II - Predicción los resultados en pacientes con peritonitis). La predicción de resultados en pacientes con peritonitis. Cuyo objetivo general fue intentar evaluar el uso de los sistemas de puntuación como aguda fisiológica y Evaluación de Salud Crónica (APACHE II) y Mannheim Índice peritonitis (MPI) en pacientes con peritonitis. El estudio prospectivo se realizó utilizando 101 pacientes consecutivos (69 varones, 32 mujeres) de haber peritonitis generalizada durante un período de dos años. Se aplicaron dos sistemas de puntuación a los pacientes antes de la laparotomía. En base a las puntuaciones, los pacientes fueron dispuestos en tres grupos. La evolución de los pacientes se observó y se evaluó la exactitud de los dos sistemas. En el sistema de MPI, la mortalidad fue 0 en el grupo de pacientes con una puntuación de menos de 15, mientras que fue del 4% en los pacientes anotando 16 a 25 y el 82,3 % en los que tenían puntuaciones de más de 25. Del mismo modo, en el sistema APACHE II, sin mortalidad se observó en los pacientes con una puntuación inferior a 10. La mortalidad fue 35,29 % y 91,7 % en los grupos de 10-20 y anotando más de 20, respectivamente. CONCLUSIÓN Ambos sistemas de puntuación son precisos en la predicción de la mortalidad; sin embargo, el APACHE II tiene ventajas definitivas y es por lo tanto, más útil⁽¹⁰⁾.

Para el año 2009 en Guayaquil Ecuador se publica un estudio que valora el índice de mortalidad en pacientes con peritonitis según índice de Mannheim. Cuyos autores Freddy Lining Aveiga Ligua, María José Montesinos Sánchez tienen como objetivo principal Evaluar la eficacia del Índice de Mannheim (IMP) como pronóstico de la peritonitis. Materiales y métodos: Se obtuvo la información de 159 pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital Luis Ernaza de la junta de Beneficencia de Guayaquil entre el periodo 2006-2008. Se obtuvo la información mediante la revisión de las historias clínicas del departamento de estadística previo a la realización de una hoja recolectora de datos con los parámetros del IPM. Resultados: Se cogió una muestra de 159 pacientes que correspondieron a 109 hombres y 50 mujeres. El diagnóstico más frecuente como causa secundaria fue apendicitis aguda con un 45,3 %. Se determinó el grado de sensibilidad (84,61%) y especificidad (68,46%) mediante el número de pacientes fallecidos demostrando que todo paciente con un puntaje del IPM > a 26 tiene mayor probabilidad de muerte comprobando su eficacia. Conclusión: El IPM es una escala con alto grado de sensibilidad y especificidad para el pronóstico de pacientes con peritonitis. Es útil para el médico cirujano, ya que de acuerdo a las variables de esta escala, un puntaje de IPM mayor a 26 nos indica un mal pronóstico de vida con mayor probabilidad de muerte ⁽¹¹⁾.

La sencillez del índice de peritonitis de Mannheim lo hace fácilmente aplicable en nuestro medio, por lo que el objetivo de este estudio se basó en determinar el índice de Mannheim en pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay durante el periodo Enero - Junio 2015. Así mismo se busca clasificar la muestra obtenida por edad y sexo, distribuir a los pacientes con abdomen agudo quirúrgico según sus causas, identificar el valor pronóstico del índice de Mannheim en pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el postoperatorio, relacionar el valor pronóstico

del índice de Mannheim con respecto a las causas de los pacientes con abdomen agudo y determinar el posible pronóstico del modo de egreso de la muestra.

En este orden de ideas se ha establecido que los abdomen agudo quirúrgico complicados con peritonitis se caracterizan por ser una de las primeras causas de hospitalización en la institución, por lo que una intervención temprana ayuda a disminuir las posibles complicaciones que puede tener el paciente; y que la predicción de la morbimortalidad en estos pacientes al identificarse por medio de diferentes valoraciones o índices pronósticos, nos dé un sistema que pueda proporcionar una estimación objetiva del riesgo individual de mortalidad postquirúrgica, ayudando a una correcta planificación de la estrategia terapéutica y para la gestión de recursos sanitarios, permitiendo al cirujano a evaluar, monitorizar y además decidir oportuna y adecuadamente la intervención terapéutica y el manejo postoperatorio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una investigación con diseño descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Se realizó en el Servicio Autónomo del Hospital Central de Maracay, Hospital tipo IV, ubicado en la ciudad de Maracay/ Estado Aragua, en las áreas de hospitalización, recuperación y terapia intensiva, durante el período Enero a Junio 2015.

La población fueron 211 pacientes ingresados con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico complicados con peritonitis, que cumplan con los criterios de inclusión: la patología de abdomen agudo quirúrgico complicado con peritonitis, peritonitis secundarias o terciarias, pacientes mayores de 13 años,

pacientes operados en la institución, pacientes sin enfermedad renal en diálisis peritoneal, pacientes sin antecedentes de laparotomías recientes, mujeres no embarazadas.

La muestra es de tipo probabilística, cuyo principal objetivo es reducir al mínimo el valor estándar, son esenciales en los diseños de investigación por encuestas en las que se pretende hacer estimaciones de variables de la población ⁽¹⁴⁾.

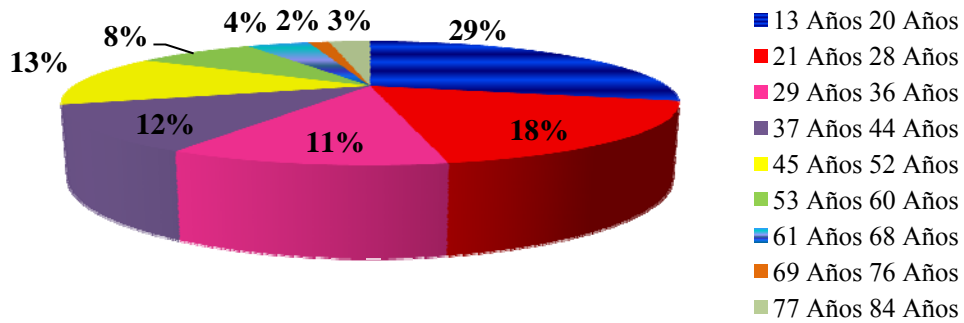
En esta investigación se emplea como método muestral el tipo mixto, es decir se utiliza el muestreo intencional que consiste en seleccionar una muestra en base a una o varias características ⁽¹⁵⁾.

La técnica utilizada fue la encuesta, se parece a la técnica de entrevista en la que la información debe ser obtenida a través de preguntas a otras personas. Otra técnica a utilizar será la observación no participativa que se define como aquella observación en la que no se interactúa con los sujetos observados ⁽¹⁶⁾. Por consiguiente se utilizará como instrumento el cuestionario, un método para obtener información de manera clara y precisa, donde existe un formato estandarizado de pregunta y donde el informe reporta sus repuestas” ⁽¹⁵⁾ y para el análisis de los datos se utilizó el SPSS versión 20 para Windows y Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

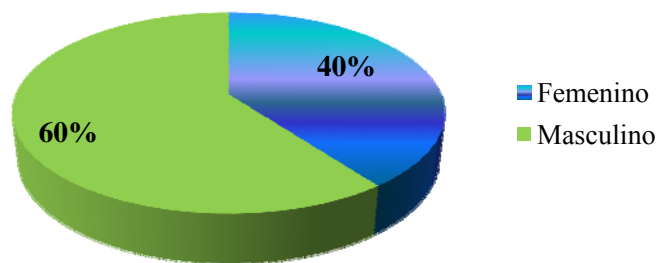
De un total de 211 pacientes ingresados por peritonitis en el Hospital Central de Maracay el intervalo de 13 a 20 años fue el más frecuente con 29%.

Gráfico N°1. . Distribución de frecuencia de edad de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay Enero - Junio 2015.



Fuente: Ficha recolectora, Ganoza 2015.

Gráfico N°2. Distribución de frecuencia del sexo de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay Enero - Junio 2015.

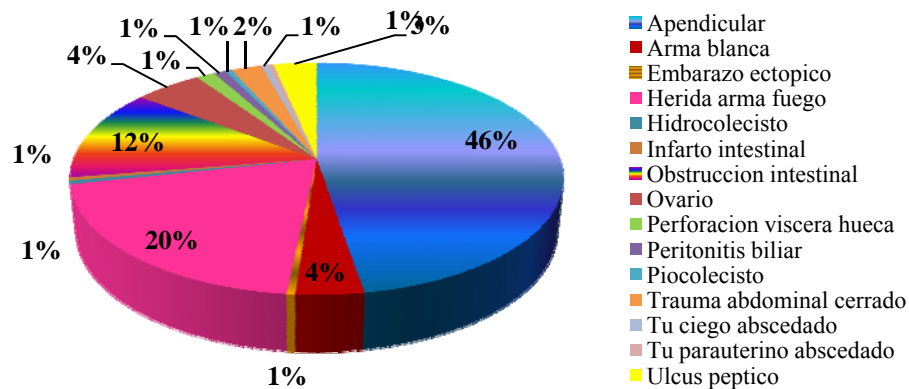


Fuente: Ficha recolectora, Ganoza 2015.

En el Grafico N2 se observó que el sexo masculino fue el más frecuente de hospitalización con un 60% mientras que el femenino en un 40%.

La causa más frecuente en un 46% de abdomen agudo quirúrgico fue por peritonitis apendicular seguido por un 20% de heridas por arma de fuego, como se observa en el Gráfico N°3.

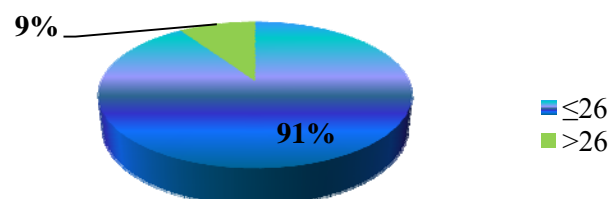
Gráfico N°3. Distribución de frecuencia de las causas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay Enero - Junio 2015.



Fuente: Ficha recolectora, Ganoza 2015.

Al aplicar el índice de Mannheim el 91%(193 pacientes) obtuvieron puntuaciones por debajo de 26 puntos. (Gráfico N°4)

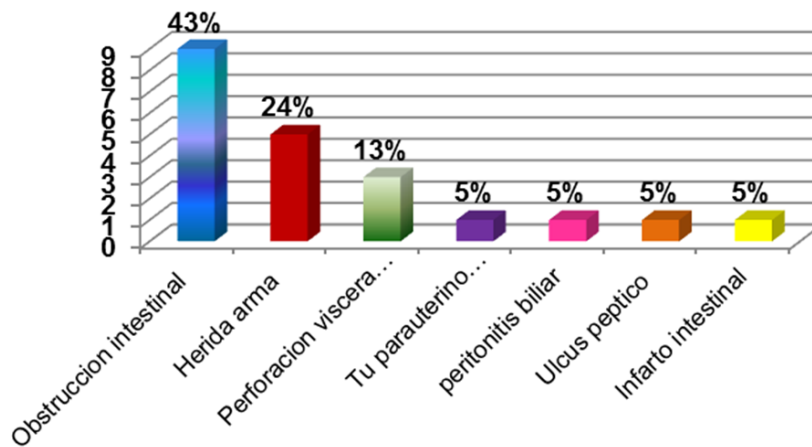
Gráfico N°4 Distribución de frecuencia del índice de Mannheim de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay Enero - Junio 2015.



Fuente:Ficha recolectora, Ganoza 2015.

Se asocia con mayor morbi mortalidad los pacientes que obtienen puntuaciones mayores de 26 puntos en el índice de Manheim, siendo la causa más frecuente encontrada la obstrucción intestinal con 20 pacientes representando 43% de la muestra, como se demuestra en el grafico N°5.

Gráfico N°5 Distribución de frecuencia de las causas con un índice de Manheim >26 puntos de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay Enero - Junio 2015.



Fuente: Ficha recolectora, Ganoza 2015

CUADRO 1. ÍNDICE DE DE MANHEIM Y LAS CAUSAS
Pruebas de chi-cuadrado

				Sig. de Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 95%	
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de	978,934 ^a	434	,000	,000 ^b	,000	,001
Pearson						
Razón de verosimilitudes	353,712	434	,998	,000 ^b	,000	,000
Estadístico exacto de Fisher	936,009			,000 ^b	,000	,000
N de casos válidos	211					

a. 473 casillas (98,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.

b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2000000.

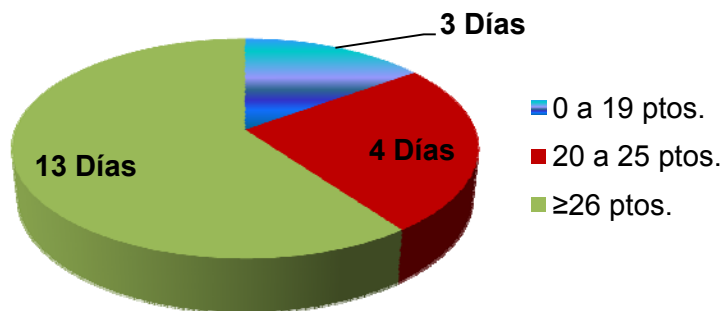
Nota: Se parte de la hipótesis de que las variables del índice de Manheim y las causas son independientes; que no existe ninguna relación entre ellas y por lo tanto ninguna ejerce influencia sobre la otra. El objetivo de esta prueba es comprobar la hipótesis mediante el nivel de significación, por lo que si el valor de la significación es mayor o igual que el *Alfa* (0.05), se acepta la hipótesis, pero si es menor se rechaza.

Interpretación: El valor de significación es de **0,000** por lo que es menor que el valor de alfa (α) 0,05; motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula y por lo tanto, podemos concluir que si existe relación entre las variables.

Se observa en el siguiente grafico (N°6) que los pacientes con un puntaje igual o superior a veintiséis (26) puntos tuvieron en promedio 13 días de hospitalización; lo que es bastante alto con respecto a la muestra; mientras

los pacientes con puntajes entre veinte (20) y veinticinco (25) puntos su promedio de días de hospitalización fueron de cuatro (04) y por último necesitaron tres (03) días los pacientes donde sus puntajes se encontraron entre cero (0) y diecinueve (19) puntos. Demostrando así que a mayor puntaje mayor promedio de hospitalización por lo tanto mayor morbilidad en los pacientes.

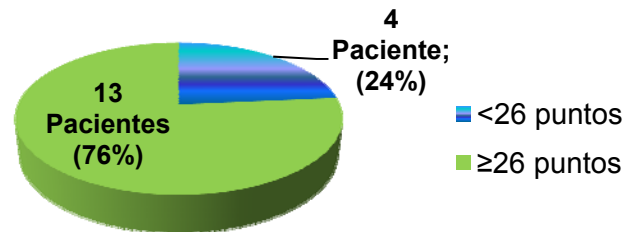
Gráfico N°6 Distribución de frecuencia entre el puntaje total y el tiempo promedio de hospitalización de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay Enero - Julio 2015.



Fuente: Ficha recolectora, Ganoza 2015.

Se puede observar en el Gráfico N°7 que de un total de 17 pacientes que fallecieron, 13 pacientes obtuvieron un puntaje mayor o igual a 26 puntos, representando el setenta y seis por ciento (76%) del total de pacientes.

Gráfico N°7 Distribución de frecuencia de las personas fallecida y los puntajes <26 y ≥26 puntos de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay Enero - Junio 2015.



Fuente: Ficha recolectora, Ganoza 2015.

DISCUSIÓN

La peritonitis generalizada constituye una causa frecuente de muerte en un gran número de enfermos, a pesar de la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, potentes agentes antimicrobianos y el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos. En la actualidad, la mortalidad por esta causa ha ido aumentando y su evaluación oportuna es realmente deseable para reducir estas cifras.

Por estas razones permanece la búsqueda de diferentes factores que ayuden a determinar la morbimortalidad de la misma para que el personal de salud este prevenido por las posibles consecuencias que la enfermedad pueda acarrear.

Metodológicamente el estudio se ubicó en la modalidad de investigación de tipo, transversal, descriptivo, prospectivo; lo cual coincide con el estudio realizado por Freddy Lining Aveiga & Co, en Ecuador 2009 y Barrera E & Co en Peru en 2010.

La edad a tomar fue a partir de los 14 años al igual que en el estudio de Barrera E & Col. en el año 2010 en Lima Perú.

La distribución con respecto al sexo fue predominante para el sexo masculino lo que concuerda con los 3 estudios realizados por Freddy Lining Aveiga & Co, en Ecuador 2009, Ajaz Ahmad MALIK & col en el año y por Barrera E & Co en Peru en 2010.

La causa apendicular fue la que tuvo mayor frecuencia en los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el hospital central de Maracay Enero - Junio 2015 con un porcentaje del cuarenta y seis por ciento (46%) cifras similares a las obtenidas en Ecuador 2009 por Freddy Lining Aveiga Ligua & Co.

Se evidencia que es mayor el número de personas con puntaje menor a 26, al igual que en los estudios de Freddy Lining Aveiga & Co, en Ecuador 2009 y Barrera E & Co en Peru en 2010.

Se observa que hay mayor hospitalización en pacientes con mayor puntaje, resultado que difiere con los estudios anteriores en vista de que no especifican los días de hospitalización.

Hay mayor porcentaje de muerte en personas con puntaje mayor a 26pts resultado muy similar a los estudios Freddy Lining Aveiga & Co, en Ecuador 2009 y Barrera E & Co en Perú en 2010.

CONCLUSIONES

Se evidencia un gran número de población tomada en 6 meses con pacientes con peritonitis. En los pacientes que presentan peritonitis predomina el sexo masculino, y personas jóvenes con edades entre los 14 a

20 años y 21 a 28 años, esto representado bien sea por descuido de salud de la juventud de hoy en día, así como también por la íntima relación con el incremento de la violencia que se vive actualmente; ya que la segunda causa de la misma son los traumatismos abdominal penetrante por proyectil de arma de fuego; lo que trae como resultado ausentismo laboral, incapacidad, carga familiar, disminución de la población productiva, rehabilitación, y por ende eleva los costos en salud y del estado.

La causa más común fue la apendicitis, seguida del traumatismo abdominal penetrante por arma de fuego como se menciona anteriormente, y ocupando el tercer lugar la obstrucción intestinal.

Se evidencia que el puntaje menor de 26pts fue el predominante con un 91%.

El más alto porcentaje de personas con puntaje mayor de 26pts, presentó como primera causa la obstrucción intestinal.

Personas con puntaje mayor a 26 puntos, presentan más días de hospitalización (13 días en promedio), por lo que pacientes con puntajes altos aumenta la comorbilidad.

Se observa que todo paciente con puntaje mayor de 26 puntos tiene mayor probabilidad de muerte. Ya que de 17 pacientes fallecidos, 13 presentan un puntaje entre 26 a 42 puntos.

Este estudio confirma la efectividad del índice de Manheim en pacientes con abdomen agudo quirúrgico ingresados al Hospital de Maracay en Enero-Junio 2015, en vista de que a través del mismo se demuestra que a mayor

puntaje mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad se presenta en los pacientes.

RECOMENDACIONES

Tomar en cuenta el estado hemodinámico, los días de evolución del dolor, ya que en vista de a mayor días mayor complicaciones .

Interrogar los antecedentes de pacientes en base a patologías de base como cáncer Diabetes Mellitus, enfermedad renal ya que esto aumenta las posibles complicaciones que puedan presentar los pacientes.

El índice de Mannheim, permite una estimación aproximada de que tan severa es la enfermedad y la posible recuperación o el desenlace que puede tener el paciente, ayudando así al cirujano a evaluar, monitorizar y además decidir oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Álvarez M., Iraola M. & Col. Factores. **Pronósticos en la Peritonitis.Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos.** Cuba 2006. [consulta: 10 Ago 2015]; Disponible en URL: <http://www.medicrit.com/rev/v3n2/3243.pdf>

- 2) González J. **Pronóstico de la peritonitis generalizada según el índice de Mannheim.** Academia mexicana de cirugía. Volumen 70; Medigraphic. 2002. [consulta: 10 Ago. 2015];
Disponble en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc023j.pdf>
- 3) Fraccalvieri D., Biondo S. **Índices pronósticos de mortalidad postoperatoria en la peritonitis del colon izquierdo.** Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Bellvitge [revista en Internet] España 2009. [consulta: 03 Sept. 2015];
Disponble en URL: <http://www.elsevier.es/es-revistacirugia-espanola-36-pdf-13184098-S300>
- 4) Bejarano M., Gallego C. & Col. **Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias.** Colombia 2011. [consulta: 15 Sept. 2015];
Disponble en URL:<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n1/v26n1>
- 5) Prof. Dra. Larrea M., Prof. Dr. Dubé A. y Barrero & Col. **Abdomen Agudo quirúrgico primera parte.** Hospital Universitario General Calixto García. Habana, Cuba. [consulta: 7 Jul. 2015];
Disponble en URL:http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/supercursoa_bdomenagudo1.pdf
- 6) Dr. Sarduy C., Dra. Pouza I., y González & Col. **Sepsis intraabdominal postquirúrgica.** Cuba. 2007. [consulta: 06. May. 2015]
Disponble en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552011000200004&script=sci_arttext

- 7) Sánchez P. **Traumatismos abdominales**. Manual de Urgencias. 2002.
- 8) Barrera E., Rodríguez M. **Valor predictivo de la mortalidad del índice de Mannheim Revista de gastroenterología**. Lima Perú. 2010. [consulta: 10. May. 2015]; Disponible en URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292010000300005&cript=sci_arttext
- 9) Moreno P., 2007. **Determinación de las complicaciones quirúrgicas en el postoperatorio de los pacientes con lesiones en el intestino delgado o colon por traumatismo abdominal penetrante del Departamento de Cirugía Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”**. [consulta: 15. Ene. 2015]; Documento en línea, URL: <http://www.ucla.edu.ve>.
- 10) Ajaz Ahmad MALIK, Khurshid Alam WANI, Mannheim Peritonit İndeksi ve APACHE II - **Peritonitli hastalarda sonucun öngörülmesi** **Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery**. 2010. [consulta: 15. Abril 2015]; URL: http://www.journalagent.com/.../UTD-37132-CLINICAL_
- 11) Aveiga F., Montesinos M. **Índice de mortalidad en pacientes con peritonitis según el índice de Mannheim**. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2009 [consulta: 15. Abril 2015]; URL: <http://www.repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/.../587/1/T-UCSG-PRE-MED-15.pdf>
- 12) Pinedo, J.; Guevara, L.; Sánchez, J. Martín. **Trauma abdominal penetrante**. Cir. Ciruj. Vol. 74. No. 6. División de Cirugía. Hospital Central Ignacio Morones Prieto. San Luís de Potosí. México. 2006.

- 13) Sánchez P. 2002. **Traumatismos abdominales**. Manual de Urgencias.
- 14) Sánchez C. **Morbilidad y mortalidad por traumatismo abdominal 2002 a 2004**. Revista Cubana de Cirugía. at al. 2007.
- 15) Palella, S. **Metodología de la investigación cuantitativa**. FEDUPEL. Tercera edición. 2010.
- 16) Hernández S., R. **Metodología de la Investigación**. segunda edición, México. 2006.
- 17) Salinas P. **Metodología de la investigación científica**. Facultades de Ingeniería, Medicina, Odontología y Ciencias Forestales y Ambientales. Universidad de Los Andes Mérida. Venezuela.