



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

DISTRIBUCIÓN ETIOLÓGICA DE LA SEPSIS ABDOMINAL ASOCIADA A PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HGZ 20 DEL IMSS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

ETIOLOGICAL DISTRIBUTION OF ABDOMINAL SEPSIS
ASSOCIATED WITH HOLLOW VISCERA PERFORATION IN
OLDER ADULT PATIENTS ATTENDED AT HGZ 20 OF THE
IMSS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Anahi Cid García

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Daniel Vergara Ramírez

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Jovani Velasco Jiménez

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Oswaldo Iván Mendoza Aldama

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.20402

Distribución etiológica de la sepsis abdominal asociada a perforación de víscera hueca en pacientes adultos mayores atendidos en el hgz 20 del imss: un estudio transversal

Anahi Cid García¹ana_abril_19@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0002-0699-8329>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Daniel Vergara Ramírezdanyvr93@gmail.com<https://orcid.org/0009-0009-0035-8401>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Jovani Velasco Jiménezjovanivj@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0003-2911-0484>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Oswaldo Iván Mendoza Aldamaoswaldo7910@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-3291-1541>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

RESUMEN

Introducción y objetivos: Determinar la distribución etiológica de la sepsis abdominal en pacientes adultos mayores que presentaron abdomen agudo secundario a perforación de víscera hueca en el HGZ 20, y evaluar las comorbilidades asociadas y los tiempos de resolución quirúrgica. Material y métodos: Estudio transversal realizado en 80 pacientes mayores de 60 años ingresados al servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona Número 20 “La Margarita” en Puebla durante 6 meses. Se incluyeron pacientes con perforación de víscera hueca que desarrollaron sepsis abdominal, recolectando datos de su expediente clínico. Resultados: La causa más común de perforación fue la enfermedad diverticular complicada (18.8%), seguida por la úlcera gástrica/duodenal y la apendicitis (17.5%). El 50% de los pacientes presentó al menos una comorbilidad, siendo la diabetes mellitus tipo 2 la más frecuente. La estancia hospitalaria media fue de 13.4 ± 7.4 días. En el 67.5% de los casos, el diagnóstico se realizó en el periodo transquirúrgico. Conclusión: Los adultos mayores ingresados al HGZ 20 presentaron sepsis abdominal relacionada con la perforación de víscera hueca, siendo la enfermedad diverticular complicada la causa más frecuente. El diagnóstico tardío y la alta prevalencia de comorbilidades, especialmente la diabetes, destacan la necesidad de mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico en esta población.

Palabras clave: Sepsis; perforación; adulto mayor; etiología; comorbilidad.

¹ Autor principal

Correspondencia: ana_abril_19@hotmail.com

Etiological distribution of abdominal sepsis associated with hollow viscera perforation in older adult patients attended at hgz 20 of the imss: a cross-sectional study

ABSTRACT

Introduction and aims: To determine the etiological distribution of abdominal sepsis in elderly patients presenting with acute abdomen secondary to hollow viscus perforation at HGZ 20, and to evaluate the associated comorbidities and surgical resolution times. Materials and methods: A cross-sectional study was conducted on 80 patients over 60 years of age admitted to the General Surgery Department at Hospital General de Zona Number 20 "La Margarita" in Puebla over a 6-month period. Patients with hollow viscus perforation who developed abdominal sepsis were included, and data were collected from their clinical records. Results: The most common cause of perforation was complicated diverticular disease (18.8%), followed by gastric/duodenal ulcer and appendicitis (17.5%). Fifty percent of the patients had at least one comorbidity, with type 2 diabetes mellitus being the most frequent. The average hospital stay was 13.4 ± 7.4 days. In 67.5% of the cases, the diagnosis was made during the intraoperative period. Conclusions: Elderly patients admitted to HGZ 20 presented with abdominal sepsis related to hollow viscus perforation, with complicated diverticular disease being the most frequent cause. The delayed diagnosis and high prevalence of comorbidities, particularly diabetes, highlight the need to improve the diagnostic and therapeutic approach in this population.

Keywords: Sepsis; perforation; elderly; etiology; comorbidity.

Artículo recibido 15 agosto 2025

Aceptado para publicación: 25 setiembre 2025



INTRODUCCIÓN

La sepsis es una respuesta abrumadora y potencialmente mortal del cuerpo a una infección, caracterizada por una respuesta inmune desregulada y la liberación de mediadores inflamatorios que pueden llevar al fallo de múltiples órganos. Recientemente, la American Medical Association redefinió la sepsis como "una disfunción orgánica que pone en peligro la vida, causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección"¹. La perforación de víscera hueca implica la pérdida de integridad de la pared gastrointestinal, permitiendo la fuga del contenido entérico hacia la cavidad peritoneal y provocando peritonitis. Esta condición puede ser causada por traumatismos, isquemia intestinal, infecciones o afecciones ulcerosas². La peritonitis, según la Sociedad Mexicana de Gastroenterología, se define como "la inflamación de la membrana serosa que delimita la cavidad abdominal y los órganos contenidos en ella"³. La sepsis abdominal es una respuesta inflamatoria sistémica a un proceso infeccioso localizado en los órganos de la cavidad abdominal, y su evolución puede llevar a disfunción orgánica múltiple⁴.

La sepsis es una de las principales causas de ingreso y mortalidad en las unidades de cuidados intensivos a nivel mundial, exacerbada por el envejecimiento poblacional y el aumento de procedimientos quirúrgicos⁵. La perforación de víscera hueca se presenta en el 5-10% de los casos de abdomen agudo y puede complicarse con peritonitis bacteriana poli-microbiana^{6,7}. La población de adultos mayores está aumentando significativamente, lo cual tiene implicaciones importantes para el sector salud debido a su mayor riesgo de patologías abdominales complicadas^{8,9}.

La incidencia de sepsis aumenta desproporcionadamente en pacientes adultos mayores, siendo la edad un predictor independiente de mortalidad por sepsis.^{10, 11}

En el estudio Parámetros fisiológicos para el pronóstico en sepsis abdominal (PIPAS), la tasa de mortalidad hospitalaria general de 3137 pacientes fue del 8,9 por ciento. Las variables independientes asociadas con la mortalidad incluyen malignidad, enfermedad cardiovascular grave, enfermedad renal crónica grave, frecuencia respiratoria >22 respiraciones/minuto, presión arterial sistólica <100 mmHg, falta de respuesta, nivel de saturación de oxígeno en aire ambiente <90 por ciento, recuento de plaquetas <50.000/microL y nivel de lactato sérico >4 mmol/L.¹²



Además, los adultos mayores que no sobreviven tienden a fallecer antes y durante la hospitalización, y los adultos mayores que sobreviven requieren con mayor frecuencia atención especializada o rehabilitación tras la hospitalización.^{13, 14}

En México, la sepsis abdominal sigue siendo una de las causas predominantes de sepsis, con una alta tasa de mortalidad¹⁵.

El objetivo de este estudio es identificar la distribución etiológica de la perforación de víscera hueca que conduce a sepsis abdominal en pacientes adultos mayores en el Hospital General de Zona 20. Se busca describir la media y el rango de estancia hospitalaria, las comorbilidades de los pacientes, el tiempo de evolución previo a la perforación y la mortalidad intrahospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal en el servicio de Cirugía General y en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General de Zona Número 20 “La Margarita”, ubicado en Puebla de Zaragoza, Puebla. Se utilizó la lista de verificación STROBE para garantizar la calidad metodológica del estudio. El objetivo del estudio fue analizar pacientes adultos mayores de 60 años con diagnóstico de perforación de víscera hueca condicionante de sepsis abdominal. Se incluyeron aquellos pacientes que presentaron un diagnóstico confirmado de sepsis abdominal y perforación de víscera hueca, mientras que se excluyeron los pacientes con diagnóstico de sepsis no abdominal, perforaciones no diagnosticadas preoperatoriamente, y aquellos con antecedentes médicos que impidieran la recolección completa de datos.

La recolección de datos se realizó entre julio de 2022 y julio de 2023 a partir de los expedientes médicos de los pacientes, utilizando una hoja de recolección de datos diseñada específicamente para este estudio. Se registraron datos personales y clínicos, los cuales fueron posteriormente analizados. La muestra estuvo conformada por la totalidad de los expedientes que cumplieron con los criterios de selección predefinidos, garantizando así la inclusión completa de los datos disponibles dentro del periodo de estudio y minimizando el posible sesgo de selección. Dado que este estudio es de naturaleza descriptiva, no se establecieron variables de desenlace, exposición, predictores ni factores de confusión.

Para la elaboración de esta investigación, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica utilizando palabras clave relacionadas con “sepsis abdominal”, “perforación de víscera hueca” y “pacientes mayores de 60

años”. La búsqueda abarcó artículos publicados entre 2010 y 2023, con actualización hasta agosto de 2023. Los métodos estadísticos y analíticos utilizados están descritos en la literatura consultada y se han incluido en las referencias bibliográficas del manuscrito.

Análisis Estadístico

Para el análisis de las variables categóricas, se calcularon frecuencias absolutas (conteos) y frecuencias relativas (porcentajes). Las variables numéricas se describieron mediante media, desviación estándar, mínimo y máximo. Se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC 95%) para las proporciones. El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS Statistics para Windows, versión 26 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA).

Consideraciones Éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes para la recolección, análisis de datos y su publicación en este artículo. El estudio cumplió con la normativa vigente en investigación bioética y contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona Número 20 “La Margarita”. Además, se tomaron medidas para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes. No se incluyeron datos de pacientes menores de edad. No se incluyeron estudios con animales.



RESULTADOS

Se analizó la información de 80 pacientes, de los cuales el 51.2% (n=41) eran de género masculino y el 48.8% (n=39) de género femenino. La edad mínima fue de 60 años, la máxima de 88 años, y la media fue de 68.8 años (± 7.8). El grupo de edad más frecuente fue el de 60 a 69 años con el 62.5% (n=50) (Tabla 1).

La sepsis abdominal se presentó en el 83.8% (n=67) de los casos, IC 95% (74.5, 90.6), mientras que la perforación de víscera hueca ocurrió en el 92.5% (n=74), IC 95% (85.2, 96.8) (Tabla 2). El momento de diagnóstico más común fue el transquirúrgico con el 67.5% (n=54), IC 95% (56.8, 77.0), seguido del prequirúrgico con el 26.3% (n=21), IC 95% (17.6, 36.6). El postquirúrgico fue el menos frecuente con el 6.3% (n=5), IC 95% (2.4, 13.2) (Tabla 3).

El diagnóstico de ingreso más frecuente fue abdomen agudo con el 28.7% (n=23), IC 95% (19.7, 39.3), seguido de oclusión intestinal con el 15.0% (n=12) y apendicitis aguda con el 11.3% (n=9) (Tabla 4). La causa de perforación más común fue la enfermedad diverticular complicada con el 18.8% (n=15), mientras que la úlcera gástrica/duodenal y la apendicitis se presentaron en el 17.5% (n=14) cada una (Tabla 5).

En cuanto a las comorbilidades, el 21.3% (n=17) de los pacientes no tenía ninguna, el 50.0% (n=40) tenía 1, el 22.5% (n=18) tenía 2, y el 6.3% (n=5) tenía 3 comorbilidades. La más frecuente fue diabetes mellitus tipo 2 con el 37.5% (n=30), seguida de hipertensión con el 27.5% (n=22) (Tabla 6).

El manejo con antibiótico se realizó en el 70.0% (n=56) de los casos, IC 95% (59.4, 79.2). La estancia hospitalaria tuvo una media de 13.4 días (± 7.4), con un rango de 3 a 35 días. El 33.8% (n=27) de los pacientes tuvo una estancia de 8 a 14 días, IC 95% (24.1, 44.5), mientras que el 31.3% (n=25) tuvo una estancia de 15 a 21 días, IC 95% (21.9, 41.9) (Tabla 7). El tiempo de resolución quirúrgica fue en horas para el 45.0% (n=36) de los pacientes, IC 95% (34.4, 55.9), y en días para el 40.0% (n=32), IC 95% (29.8, 50.9). Ninguno de los pacientes falleció (Tabla 7).



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio identifica la enfermedad diverticular complicada como la principal causa de sepsis abdominal secundaria a perforación de víscera hueca en la población geriátrica, presentándose en el 18.8% de los casos. Esto contrasta con estudios previos, como uno realizado por Gorordo-Delsol et al en México en 2015, donde la apendicitis aguda en fases III y IV fue la causa más común, y otro estudio de Del Rio G et al en Cuba en 2020 que encontró que el 94.1% de los pacientes ingresados por abdomen agudo quirúrgico tenían apendicitis aguda, principalmente en el grupo etario de 60 a 70 años^{4,12}. Estos resultados también difieren de los obtenidos por Morales T et al en el Hospital Vitarte en 2017, donde la úlcera péptica perforada fue la principal causa de perforación en abdomen agudo⁶. Esta variación en los resultados puede estar relacionada con factores como las características demográficas, las comorbilidades presentes y las diferencias en los abordajes diagnósticos y terapéuticos en cada centro de atención.

El hallazgo de que los pacientes desarrollan complicaciones con al menos una comorbilidad, siendo la diabetes mellitus tipo 2 la más frecuente, subraya la necesidad de una evaluación integral en el manejo de pacientes geriátricos con sepsis abdominal. El diagnóstico transquirúrgico observado en la mayoría de los casos (67.5%) indica un posible retraso en el reconocimiento de la patología subyacente, lo que puede estar contribuyendo a un manejo inadecuado y complicaciones adicionales. Esto enfatiza la importancia de mejorar las estrategias diagnósticas en la práctica clínica para identificar tempranamente las causas de abdomen agudo y perforación de víscera hueca en esta población vulnerable.

En cuanto a la metodología empleada, aunque se realizaron diagnósticos transquirúrgicos en la mayoría de los casos, es necesario destacar la posible limitación que esto representa, ya que el retraso en el diagnóstico temprano podría influir en la gravedad de las complicaciones y en la duración de la estancia hospitalaria. A pesar de esta limitación, los resultados obtenidos aportan información valiosa sobre la epidemiología y los factores asociados con la perforación de víscera hueca en pacientes adultos mayores, lo que puede guiar la práctica clínica y la planificación de recursos en los servicios de urgencias.

Comparando nuestros resultados con otros estudios, se observa que las diferencias en las etiologías pueden deberse a factores demográficos y a las características específicas de la población estudiada. Por ejemplo, en nuestro estudio, la diabetes mellitus tipo 2 como comorbilidad más frecuente contrasta con



otras investigaciones donde las enfermedades cardiovasculares o neoplasias gastrointestinales fueron predominantes. Aunque estos resultados pueden ser generalizables a poblaciones similares, se sugiere la necesidad de realizar más estudios que exploren las particularidades de la población geriátrica en diferentes contextos geográficos y clínicos.

Para futuras investigaciones, se recomienda explorar las estrategias de diagnóstico temprano y evaluar el impacto de las comorbilidades en el pronóstico de los pacientes con sepsis abdominal secundaria a perforación de víscera hueca. Además, sería pertinente investigar intervenciones específicas para reducir la estancia hospitalaria y mejorar los desenlaces quirúrgicos en esta población.

Este estudio muestra que, en adultos mayores ingresados al HGZ 20, la enfermedad diverticular complicada es la causa más frecuente de perforación de víscera hueca y sepsis abdominal. El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 13.4 días, con una alta prevalencia de comorbilidades, especialmente la diabetes mellitus tipo 2. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un diagnóstico temprano y de un manejo integral para mejorar los resultados en esta población.

Agradecimientos

La elaboración de este artículo fue posible gracias a la colaboración con los profesores adjuntos a la especialidad de cirugía en conjunto con los asesores expertos en el tema, con información obtenida con apoyo del personal administrativo del Hospital General de Zona No. 20 La Margarita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315(8):801-10. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>
2. Casamayor C, Sánchez N. Dolor abdominal agudo. Perforación visceral. 2021.
3. Sáenz-Félix V, Galindo-Vázquez GA, Estrada-Herrera R, et al. Sepsis abdominal. Rev Gastroenterol Mex 2011; 76:114-6. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-sepsis-abdominal-articulo-X0375090611252836>
4. Gorordo-Delsol A, Pérez Nieto R, Porras-Escorcía O, et al. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 2015. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/329998956>



5. De Postura D, Carrillo R, Carlos E, et al. Sepsis: de las bases moleculares a la campaña para incrementar la supervivencia. 2015.
6. Morales EE T. Factores de riesgo asociados a abdomen agudo por perforación de víscera hueca en pacientes operados en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte. Univ Ricardo Palma 2017. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5210>
7. Falla C, Ochoa S, Sanchez Bogdanovich BJ, et al. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda. 2019. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/6372>
8. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores. 2022. Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/older-persons->
9. Igdany D, Torres R, Castillo A, et al. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd 2011; 30(3):354-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
10. Schmidt A. G, Mandel J, y Bell D. T. Evaluación y manejo de la sospecha de sepsis y choque séptico en adultos. In Schmidt A. G (Ed.), UpToDate. 2025. Disponible en: <https://uptodate.bibliotecabuap.elogim.com/contents/evaluation-and-management-of-suspected-sepsis-and-septic-shock-in-adults/print?search=sepsis>
11. Nevieri R. Sepsis síndromes in adults epidemiology definitions clinical presentations diagnosis and prognosis. Nevieri R. UpToDate. 2025. Disponible en: https://uptodate.bibliotecabuap.elogim.com/contents/sepsis-syndromes-in-adults-epidemiology-definitions-clinical-presentation-diagnosis-and-prognosis?search=sepsis%20abdominal%20adultos%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
12. Odom R. S. Overview of gastrointestinal tract perforation. Odom R. S. UpToDate. 2025. Disponible en: https://uptodate.bibliotecabuap.elogim.com/contents/overview-of-gastrointestinal-tract-perforation?search=sepsis%20abdominal%20adultos%20&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4



13. Del Río Pérez G, Torres Toledo D, Duménigo Rodríguez R, et al. Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Acta Méd Cent 2020; 14(2):222-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272020000200222&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. López JLH, Acurio EFV, Jiménez EIA, et al. Conocimientos del personal del área de quirófano sobre sepsis quirúrgica. Enferm Investiga 2020; 5(2):42-7. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/876>
15. Santillán-Pérez JJ, Sánchez-Velázquez LD, Duarte-Molina P, et al. Caracterización de la sepsis en la Unidad de Cuidados Intensivos Central. Rev Méd Hosp Gen Méx 2013; 76(4):181-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-caracterizacion-sepsis-unidad-cuidados-intensivos-X0185106313687052>



Tablas y gráficas

Tabla 1. Género y edad de los pacientes.

		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupos de edad ¹	60 a 69 años	25	64.1	25	61.0	50	62.5
	70 a 79 años	9	23.1	11	26.8	20	25.0
	80 a 89 años	5	12.8	5	12.2	10	12.5
	Total	39	48.8	41	51.2	80	100.0

n: conteo, %:porcentaje.

¹Mínimo=60, máximo=88, media=68.8, desviación estándar 7.8.

Tabla 2. Sepsis abdominal y perforación de víscera hueca.

		n	%	IC 95%
Sepsis abdominal	Si	67	83.8	(74.5,90.6)
	No	13	16.3	(9.4, 25.5)
Perforación de víscera hueca	Si	74	92.5	(85.2, 96.8)
	No	6	7.5	(3.2, 14.8)
	Total	80	100.0	.

n: conteo, %:porcentaje, IC 95%: Intervalo de confianza de 95%.

Tabla 3. Momento del diagnóstico.

		n	%	IC 95%
Momento de diagnóstico	Prequirúrgico	21	26.3	(17.6, 36.6)
	Transquirúrgico	54	67.5	(56.8, 77.0)
	Postquirúrgico	5	6.3	(2.4, 13.2)
	Total	80	100.0	.

n: conteo, %:porcentaje, IC 95%: Intervalo de confianza de 95%.

Tabla 4. Diagnóstico de ingreso.

		n	%	IC 95%
Diagnóstico de ingreso	Abdomen agudo	23	28.7	(19.7, 39.3)
	Oclusión intestinal	12	15.0	(8.5, 24.0)
	Apendicitis aguda	9	11.3	(5.7, 19.5)
	CCL Agudizada	6	7.5	(3.2, 14.8)
	SICA	5	6.3	(2.4, 13.2)
	Diverticulitis	5	6.3	(2.4, 13.2)
	Hernia complicada	4	5.0	(1.7, 11.4)
	Vólvulo sigmoides	3	3.8	(1.1, 9.7)
	Pancreatitis	3	3.8	(1.1, 9.7)
	Torsión ovárica	2	2.5	(0.5, 7.8)
	Cetoacidosis diabética	2	2.5	(0.5, 7.8)
	Acidosis metabólica	2	2.5	(0.5, 7.8)
	Hernia post incisional	1	1.3	(0.1, 5.7)
	ERGE	1	1.3	(0.1, 5.7)
	EPI	1	1.3	(0.1, 5.7)
	Acidosis metabólica/ Abdomen agudo	1	1.3	(0.1, 5.7)
	Total	80	100.0	.

n: conteo, %:porcentaje, IC 95%: Intervalo de confianza de 95%.

CCL: Colecistitis crónica litiásica SICA:Síndrome isquémico coronario agudo ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria.



Tabla 5. Causa de perforación.

	n	%	IC 95%
Enfermedad diverticular complicada	15	18.8	(11.4, 28.3)
Úlcera gástrica/ duodenal	14	17.5	(10.4, 26.9)
Apendicitis	14	17.5	(10.4, 26.9)
Isquemia intestinal	11	13.8	(7.5, 22.5)
Neoplasias (Tumores)	9	11.3	(5.7, 19.5)
Hernia estrangulada	6	7.5	(3.2, 14.8)
Colecistitis aguda/Perforación	5	6.3	(2.4, 13.2)
Causa de perforación			
Enf. diverticular complicada y Apendicitis	1	1.3	(0.1, 5.7)
Parasitosis	1	1.3	(0.1, 5.7)
Infecciones	1	1.3	(0.1, 5.7)
Enfermedad de Crohn	0	0.0	.
CUCI	0	0.0	.
Traumatismos	0	0.0	.
Total	80	100.0	.

n: conteo, %: porcentaje, IC 95%: Intervalo de confianza de 95%.

Enf.: Enfermedad, *CUCI*: Colitis ulcerosa crónica inespecífica

Tabla 6. Análisis de comorbilidades.

		n	%	IC 95%
Número de comorbilidades	Ninguna	17	21.3	(13.4, 31.1)
	1	40	50.0	(39.2, 60.8)
	2	18	22.5	(14.4, 32.5)
	3	5	6.3	(2.4, 13.2)
Ninguna comorbilidad	Si	17	21.3	(13.4, 31.1)
	No	63	78.8	(68.9, 86.6)
Diabetes	Si	30	37.5	(27.5, 48.4)
	No	50	62.5	(51.6, 72.5)
Hipertensión	Si	22	27.5	(18.6, 38.0)
	No	58	72.5	(62.0, 81.4)
EPOC	Si	4	5.0	(1.7, 11.4)
	No	76	95.0	(88.6, 98.3)
Enfermedades autoinmunes (LES y AR)	Si	13	16.3	(9.4, 25.5)
	No	67	83.8	(74.5, 90.6)
Insuficiencia cardiaca	Si	8	10.0	(4.8, 18.0)
	No	72	90.0	(82.0, 95.2)
Trastorno neurocognitivo	Si	3	3.8	(1.1, 9.7)
	No	77	96.3	(90.3, 98.9)
ERC	Si	10	12.5	(6.6, 21.0)
	No	70	87.5	(79.0, 93.4)
Hepatopatía crónica	Si	1	1.3	(0.1, 5.7)
	No	79	98.8	(94.3, 99.9)
	Total	80	100.0	.

n: conteo, %:porcentaje, IC 95%: Intervalo de confianza de 95%.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica *LES*: Lupus eritematoso sistémico *AR*: Artritis reumatoide *ERC*: Enfermedad renal crónica

Tabla 7. Manejo de antibiótico, días de hospitalización, tiempo de resolución quirúrgica y mortalidad hospitalaria.

		n	%	IC 95%
Manejo antibiótico	Si	56	70.0	(59.4, 79.2)
	No	24	30.0	(20.8, 40.6)
Días de hospitalización²	Menos de 8 días	20	25.0	(16.5, 35.3)
	8 a 14 días	27	33.8	(24.1, 44.5)
	15 a 21 días	25	31.3	(21.9, 41.9)
	22 a 28 días	3	3.8	(1.1, 9.7)
	Más de 28 días	5	6.3	(2.4, 13.2)
Tiempo de resolución quirúrgica	Minutos	8	10.0	(4.8, 18.0)
	Horas	36	45.0	(34.4, 55.9)
	Días	32	40.0	(29.8, 50.9)
	Semanas	4	5.0	(1.7, 11.4)
Mortalidad hospitalaria	Si	0	0.0	.
	No	80	100.0	.
	Total	80	100.0	.

n: conteo, %:porcentaje, IC 95%: Intervalo de confianza de 95%.

²Mínimo=3, máximo=35, media=13.4, desviación estándar 7.4.



Lista de comprobación STROBE para estudios transversales

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

Item		
	No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at



Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions
		(c) Explain how missing data were addressed
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy
		(e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed
		(b) Give reasons for non-participation at each stage
		(c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included



(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized

(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and



Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

