

Artículo original

Caracterización de los pacientes con sutura intestinal en el Hospital General Docente Leopoldito Martínez

Characterization of Patients Who Underwent Intestinal Suturing
at the Leopoldito Martínez General Teaching Hospital

Marleny González MaChin¹ <https://orcid.org/0000-0001-6775-1675>

Dayani Hernández Reyes¹ <https://orcid.org/0009-0007-0484-1375>

Osvaldo Barrios Viera^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8356-7878>

¹Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Hospital General Docente Leopoldito Martínez. San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba.

*Autor para la correspondencia: barriosviera@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La anastomosis intestinal constituye uno de los pilares esenciales de la cirugía digestiva y una fuente de problemas relevante por sus complicaciones.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes con sutura intestinal intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General Docente Leopoldito Martínez.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte longitudinal, con 32 pacientes a los que se les realizó sutura intestinal en el período comprendido de diciembre de 2024 a septiembre de 2025. Se aplicó la prueba de hipótesis tabla de contingencia (4 x 2), Chi-cuadrada y el método intensivo por ordenador Bootstrap.

Resultados: En la población estudiada, el sexo masculino representó el 62,4 % y el

grupo de edad de mayores de 70 años el 37,5 %. El factor de riesgo cardiovascular fue identificado en el 42,42 % de los pacientes. La técnica quirúrgica término-terminal se realizó en 29 pacientes (90,62 %) y el tipo de anastomosis entero entérica en 24 pacientes (75 %). El íleo paralítico se determinó como complicación posoperatoria en el 28 % de los pacientes. Egresaron vivos el 65,62 % de los pacientes.

Conclusiones: La sutura intestinal término-terminal entero entérica es la técnica quirúrgica realizada con mayor frecuencia para restablecer la integridad anatomofisiológica del sistema digestivo en la institución.

Palabras clave: sutura intestinal; anastomosis; complicaciones posoperatorias.

ABSTRACT

Introduction: Intestinal anastomosis is one of the essential pillars of gastrointestinal surgery and a significant source of problems due to its complications.

Objective: To characterize patients who underwent intestinal suturing at the Leopoldito Martínez General Teaching Hospital.

Methods: A prospective, descriptive, observational, longitudinal study was conducted with 32 patients who underwent intestinal anastomosis between December 2024 and September 2025. Hypothesis testing was performed using a contingency table (4 x 2), the chi-square test, and the computer-assisted bootstrap method.

Results: In the total study population, males accounted for 62.4%, and the age group over 70 years old accounted for 37.5%. Cardiovascular risk factors were identified in 42.42% of the patients. The end-to-end surgical technique was performed in 29 patients (90.62%), and the enteric anastomosis was performed in 24 patients (75%). Paralytic ileus was identified as a postoperative complication in 28% of the patients. 65.62% of the patients were discharged alive.

Conclusions: End-to-end enteric intestinal anastomosis is the most frequently performed surgical technique at this institution to restore the anatomical and physiological integrity of the digestive system.

Keywords: intestinal anastomosis; complications; postoperative complications.

Recibido: 01/05/2026

Aceptado: 18/05/2026

Introducción

La palabra sutura deriva de la raíz griega *Sutum Sucre*, la cual tiene como significado, "coser." coser. Las suturas quirúrgicas son productos que se fabrican con hebras de materiales sintéticos absorbibles y no absorbibles, serosa purificada de intestinos de ganado, crin de caballo, filamentos de seda, acero, y en la actualidad con elementos sintéticos, esterilizables, inertes, no antigénicos y sin ninguna clase de toxicidad.^(1,2)

En 1887, Halsted fue el primer defensor de la sutura en un solo plano, al destacar sus ventajas y utilidad. Más adelante, en 1929, Sweet destacó la importancia de la capa submucosa en el cierre y la hermeticidad de las líneas de sutura intestinal, concepto que sigue vigente en la práctica quirúrgica actual y en especial con la tendencia al uso de un único plano en la unión de segmentos intestinales.^(3,4)

En Cuba, no fue hasta la segunda mitad del siglo xx en que comenzaron a implementarse las primeras técnicas relacionadas con la sutura en un solo plano. La primera referencia publicada en el país sobre la técnica de sutura monopiano fue realizada por García Gutiérrez y De la Llera Domínguez en 1972, lo que impulsó su adopción en la práctica quirúrgica nacional.⁽⁴⁾

La sutura intestinal es una técnica quirúrgica fundamental en el tratamiento de

múltiples enfermedades digestivas, tanto en situaciones de urgencia como en cirugías electivas. A pesar de los avances en las técnicas operatorias y en los cuidados posoperatorios, las complicaciones derivadas de este procedimiento, como las infecciones intrabdominales, la dehiscencia de sutura y las fístulas intestinales, continúan siendo una causa importante de morbilidad, mortalidad y prolongación de la estadía hospitalaria.^(5,6,7)

En el Hospital General Docente Leopoldito Martínez de San José de las Lajas, provincia Mayabeque, estas intervenciones quirúrgicas son realizadas con frecuencia, pero existe una baja evidencia de estudios que caractericen de forma integral a los pacientes quirúrgicos, a los que se les ha realizado una sutura intestinal, y representa una limitación para el perfeccionamiento de los protocolos quirúrgicos y de seguimiento posoperatorio, en un contexto en el cual los recursos deben ser optimizados al máximo.

Por lo antes expuesto, los autores se propusieron realizar una investigación con el objetivo de caracterizar a los pacientes con sutura intestinal intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General Docente Leopoldito Martínez.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte longitudinal. El universo y la muestra estuvieron constituidos por todos los pacientes (32/100 %) que fueron intervenidos quirúrgicamente y se les realizó una sutura intestinal, durante el período comprendido de diciembre de 2024 a septiembre de 2025. Todos los pacientes incluidos en el estudio cumplieron con los criterios establecidos siguientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años

- Pacientes intervenidos quirúrgicamente, a los que se les realizó una sutura intestinal en el período de estudio
- Pacientes con historia clínica completa

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acudieron a la totalidad de las consultas posoperatorias
- Pacientes reintervenidos quirúrgicamente por causas no relacionadas con la sutura intestinal

Las variables estudiadas fueron:

- Grupos de edades
 - < 50 años
 - 50-59 años
 - 60-69 años
 - $\geq$ 70 años y más
- Sexo
 - Femenino
 - Masculino
- Factores de riesgo
 - Consumo de tabaco
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Tiempo quirúrgico > 3 horas
 - Obesidad
 - Alcoholismo
 - Desnutrición
- Técnica quirúrgica empleada

- Término-terminal
- Término-lateral
- Latero-lateral

- Tipo de anastomosis realizada
 - Gastroentérica
 - Enteroentérica
 - Enterocólica
 - Colocólica

- Complicaciones posoperatorias
 - Dehiscencia de la sutura intestinal
 - Broncoaspiración
 - Íleo paralítico
 - Dilatación gástrica aguda
 - Hematoma de la herida quirúrgica
 - Seroma de la herida quirúrgica
 - Evisceración
 - Infección del sitio quirúrgico incisional
 - Absceso interasas

- Estado al egreso
 - Vivo
 - Fallecido

Los pacientes, a los que se les realizó una sutura intestinal fueron evaluados en el posoperatorio y posteriormente a su alta hospitalaria en la consulta externa, a los siete, décimo quinto y trigésimo día de operados.

Para la obtención de toda la información necesaria a la investigación, se trabajó con los expedientes clínicos de los enfermos (historia clínica), lo que permitió su recogida en una planilla de recolección de datos según las variables en estudio de los resultados cualitativos y cuantitativos acerca de los pacientes investigados, mediante la creación de una base de datos en formato digital elaborada en el tabulador electrónico Excel que brinda Microsoft Office.

Para el procesamiento de los datos acerca de la investigación se utilizó desde la estadística descriptiva el indicador porcentaje para caracterizar la muestra en estudio. Además, de que estos fueron tabulados teniendo en cuenta las variables a procesar, y las valoraciones cualitativas y cuantitativas de los rangos de edades, sexos, factores de riesgos, estado al egreso, técnicas quirúrgicas, tipos de anastomosis y complicaciones posoperatorias, para lo que se crearon tablas, las que fueron descritas y analizadas.

Mientras que, desde la estadística inferencial, se tuvieron en cuenta las pruebas de hipótesis no paramétricas, en las que se aplicaron dósimas estadísticas relacionadas con la prueba de hipótesis tabla de contingencia (4x2),⁽⁸⁾ así como la prueba de hipótesis Chi-cuadrada (con respecto a la proporción media global).⁽⁹⁾ Además, a fin de poder procesar datos con pequeños tamaños de muestras, se requirió del apoyo del método intensivo por ordenador Bootstrap (autodocimante). Toda la información fue procesada con el paquete estadístico Statgraphics. En el asentamiento de la información se empleó la simbología estadística $p < 0,05$ para los niveles de confiabilidad significativos al 95 %.

La bibliografía revisada y los datos de otras investigaciones posibilitaron establecer comparaciones con sus resultados y el tratamiento estadístico de todo el estudio fue asesorado por el equipo de Biomatemática⁽¹⁰⁾ de la Universidad Agraria de La Habana Fructuoso Rodríguez Pérez de la provincia Mayabeque.

Para llevar a efecto la investigación se cumplieron en todo momento los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia social y autodeterminación; y se

tuvieron en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con los datos pertenecientes a las personas objeto de estudio.

Resultados

La tabla 1 expresa la distribución de los pacientes en estudio, según las variables grupos de edades (cuatro intervalos medidos en años) y sexos (femenino/masculino).

La variable grupo de edades, mostró que siete pacientes (21,87 %) fueron menores de 50 años, seis pacientes (18,75 %) tuvieron entre 50 y 59 años, siete pacientes (21,87%) entre 60 y 69 años, y 12 pacientes (37,5 %) habían cumplido 70 años o más de edad.

Al comparar estadísticamente estos resultados con la prueba de hipótesis Chi-cuadrada (con respecto a la proporción media global) se detectó que hay diferencias significativas entre las frecuencias observadas, con una confiabilidad del 95 % e indicó que, estas son significativamente superiores en el grupo que ha cumplido 70 años o más de edad, y denota estadísticamente, un desbalance entre los intervalos de edades.

Según la variable sexos se pudo observar que 12 pacientes (37,5 %) fueron féminas, y 20 pacientes (62,4 %) fueron masculinos. Por lo que se observó que los valores del sexo femenino fueron inferiores a los del sexo masculino, y al comparar estadísticamente dichos resultados con la prueba de hipótesis Chi-cuadrada (con respecto a la proporción media global), se pudo detectar que hubo diferencias significativas entre las frecuencias observadas, con una confiabilidad del 95 %. Por lo que, en la muestra tratada hubo un desbalance significativo entre los sexos.

Al comparar estadísticamente dichas variables en estudio (grupos de edades/sexos) aplicando la prueba de hipótesis tabla de contingencia (4x2), esta expresó con un 95 % de confiabilidad que hubo independencia entre los factores. En el estudio, los grupos de edades y el sexo fueron variables independientes entre

sí; y por consiguiente, la investigación se condujo en una muestra que tuvo un desbalance entre los grupos de edades y el sexo, al resultar ser una muestra con variabilidad que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión para ser tratada, al reflejar independencia entre las variables de estudio de grupos de edades y sexos.

Tabla 1 -Distribución de pacientes según grupos de edades y sexos
Hospital General Docente Leopoldito Martínez (2024-2025)

Grupo de edades	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 50 años	2	6,25	5	15,62	7	21,87
50-59 años	2	6,25	4	12,5	6	18,75
60-69 años	2	6,25	5	15,62	7	21,87
≥ 70 años	6	18,75	6	18,75	12	37,5
Total	12	37,5	20	62,4	32	100

La tabla 2 expresa la distribución de los pacientes en estudio, según la variable factores de riesgos (seis factores). Según esta variable ocho pacientes (24,24 %) fueron consumidores de tabaco, 14 pacientes (42,42 %) padecieron de enfermedades cardiovasculares, siete pacientes (21,21 %) tuvieron un tiempo quirúrgico mayor de tres horas, dos pacientes (6,06 %) eran alcohólicos, de ellos uno presentó obesidad (3,03 %) y el otro desnutrición (3,03 %). Al comparar estadísticamente dichos resultados con la prueba de hipótesis Chi-cuadrada (con respecto a la proporción media global) se detectó que hubo diferencias significativas entre las frecuencias observadas, con una confiabilidad del 95 % e indicó que fueron significativamente superiores en aquellos pacientes que consumieron tabaco y que presentaron enfermedades cardiovasculares, al haber en estos dos factores de riesgos (consumo de tabaco y enfermedades cardiovasculares) que marcan las diferencias con respecto al resto de los factores de riesgo.

Tabla 2 - Distribución de pacientes según factores de riesgos
Hospital General Docente Leopoldito Martínez (2024-2025)

Factores de riesgos	No.	%
Consumo de tabaco	8	24,24
Enfermedades cardiovasculares	14	42,42
Tiempo quirúrgico > 3 horas	7	21,21
Obesidad	1	3,03
Alcoholismo	2	6,06
Desnutrición	1	3,03

La tabla 3 expresa la distribución de los pacientes estudiados, según las variables técnica quirúrgica (tres clasificaciones) y tipo de anastomosis empleada (cinco clasificaciones). Los resultados de la variable técnica quirúrgica mostraron que 29 pacientes (90,62 %), fueron intervenidos de forma término-terminal, dos pacientes (6,25 %) de manera término-lateral y un paciente (3,12 %) por la técnica quirúrgica latero-lateral. Resultados que estadísticamente conllevan a una alta significación entre las frecuencias observadas y, por consiguiente, en estos pacientes la técnica quirúrgica término-terminal marcó diferencias con respecto a las otras técnicas empleadas.

Según la variable tipo de anastomosis, se tiene una anastomosis (3,12 %) que se clasifica como gastroentérica, 24 anastomosis (75 %) que clasifican como enteroentérica, cinco anastomosis (15,62 %) como enterocólica y dos anastomosis (6,25 %) como colocólica.

Al comparar estadísticamente dichos resultados con la prueba de hipótesis Chi-cuadrada con apoyo del método intensivo por ordenador Bootstrap se detecta que hay diferencias significativas entre las frecuencias observadas, con una confiabilidad del 95 %. Esto indica que son significativamente superiores las anastomosis que se clasifican como entero-entérica con respecto a otras clasificaciones de esta variable.

Por consiguiente, en estos pacientes la técnica quirúrgica término-terminal y el tipo de anastomosis entero-entérica, marcan diferencias estadísticas con respecto a las otras clasificaciones de estas variables.

Tabla 3 - Distribución de pacientes según técnica quirúrgica y tipo de anastomosis
Hospital General Docente Leopoldito Martínez (2024-2025)

Tipo de anastomosis	Técnica quirúrgica							
	Termino-terminal		Termino-lateral		Latero-lateral		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Gastroentérica	0	0,0	0	0,0	1	3,12	1	3,12
Enteroentérica	24	75,0	0	0,0	0	0,0	24	75,0
Enterocólica	3	9,37	2	6,25	0	0,0	5	15,62
Colocólica	2	6,25	0	0,0	0	0,0	2	6,25
Total	29	90,62	2	6,25	1	3,12	32	100,0

La tabla 4 expresa la distribución de pacientes en estudio, según la variable complicaciones posoperatorias (nueve clasificaciones). Según la variable complicaciones posoperatorias se tiene que cinco pacientes (20 %) presentaron dehiscencia de la sutura intestinal, un paciente (4 %) con broncoaspiración, siete pacientes (28 %) tuvieron íleo paralítico, un paciente (4 %) dilatación gástrica aguda, seis pacientes (24 %) hematoma de la herida quirúrgica, un paciente (4 %) presentó seroma de la herida quirúrgica, un paciente (4 %) presentó evisceración, dos pacientes (8 %) infección del sitio quirúrgico incisional y un paciente (4 %) absceso interasas. Al comparar estadísticamente dichos resultados con la prueba de hipótesis Chi - cuadrada (con respecto a la proporción media global) se detecta que hay diferencias significativas entre las frecuencias observadas, con una confiabilidad del 95 %. Esto indica que son significativamente superiores los pacientes con complicaciones posoperatorias por Íleo paralítico y hematoma de la herida quirúrgica, con respecto a las otras clasificaciones, de esta variable, analizada.

Por consiguiente, en estos pacientes hay dos tipos de complicaciones posoperatorias (íleo paralítico y hematoma de la herida quirúrgica) que marcan diferencias con respecto a las otras.

Tabla 4 - Distribución de pacientes según complicaciones posoperatorias
Hospital General Docente Leopoldito Martínez (2024-2025)

Complicaciones posoperatorias	No.	%
Dehiscencia de la sutura intestinal	5	20,0
Broncoaspiración	1	4,0
Íleo paralítico	7	28,0
Dilatación gástrica aguda	1	4,0
Hematoma de la herida quirúrgica	6	24,0
Seroma de la herida quirúrgica	1	4,0
Evisceración	1	4,0
Infección del sitio quirúrgico incisional	2	8,0
Absceso interasas	1	4,0
Total	25	100,0

La tabla 5 expresa la distribución de pacientes en estudio, según la variable estado al egreso (vivo/fallecido). Según la variable estado al egreso se tienen 21 pacientes (65,62 %) egresaron vivos, y 11 pacientes (34,37 %) fallecidos.

Al comparar estadísticamente dichos resultados con la prueba de hipótesis Chi-cuadrada con apoyo del método intensivo por ordenador *Bootstrap* se detecta que hay diferencias significativas entre las frecuencias observadas, con una confiabilidad del 95 %. Esto indica que son significativamente superiores los pacientes egresados vivos con respecto a los pacientes egresados fallecidos.

Por consiguiente, en estos pacientes el estado al egreso vivo marca diferencias con respecto a los fallecidos.

Tabla 5 - Distribución de pacientes según estado al egreso
Hospital General Docente Leopoldito Martínez (2024-2025)

Estado al egreso	No.	%
Vivo	21	65,62
Fallecido	11	34,37
Total	32	100,0

Discusión

El estudio muestra que la sutura intestinal se realizó con predominio en mayores de 70 años de edad, lo que favorece la aparición de eventos adversos relacionados con la misma, debido a que, en los pacientes ancianos, el colágeno experimenta cambios cualitativos y cuantitativos; al sufrir sus fibras distorsiones tanto en su arquitectura como en su organización, y disminuye su cantidad. Todos los procesos involucrados se ven alterados, enlenteciéndose la fase inflamatoria, la respuesta a la hipoxia y la respuesta leucocitaria.^(11,12)

Ordóñez⁽¹³⁾ en su estudio mostró que predominó el sexo masculino, lo cual coincide con la investigación, mientras que *Albiza* y otros,⁽¹⁴⁾ exponen que predominaron los pacientes del sexo femenino, lo cual difiere con este estudio.

En cuanto a los factores de riesgo, el más frecuente fue la enfermedad cardiovascular seguida del consumo de tabaco, siendo ambos factores precipitantes para que se forme una hernia, la cual constituye una de las principales causas de la cirugía que han llevado a realizar la resección intestinal y anastomosis. No se recogen datos en otras investigaciones respecto al hábito tabáquico.

Rodríguez,⁽¹²⁾ en México, reportó que el tipo de anastomosis que más se realizó fue con la técnica quirúrgica latero-lateral, lo que difiere con los resultados expuestos en la presente investigación, en la cual la técnica quirúrgica más utilizada fue la anastomosis término-terminal.

Los autores consideran que este resultado está en relación a que este tipo de anastomosis es la más fisiológica y se asocia a un menor número de complicaciones posoperatorias.

De Gyves,⁽¹⁵⁾ en Veracruz México, expone que el tipo de anastomosis que más se realizó fue con localización entero-entérica (52.6 %), lo cual coincide con esta investigación.

Albiza y otros,⁽¹⁴⁾ plantean que las principales complicaciones posoperatorias estuvieron representadas por la infección respiratoria, seguida de shock séptico y peritonitis; otros autores^(16,17) identificaron como complicaciones posoperatorias más frecuentes, la infección del sitio quirúrgico y la dehiscencia parcial; en ambos casos los resultados difieren de la presente investigación.

En relación al estado al egreso, autores como Chadi y otros⁽¹⁸⁾ reportaron una mortalidad del 30 % al 45 % de los pacientes con sutura intestinal intervenidos de forma urgente. Morks⁽¹⁹⁾ comunicó en su investigación una mortalidad global del 32 %, ⁽¹⁹⁾ resultados que coinciden con la investigación que se presenta.

Los autores de la investigación consideran que los pacientes egresados como fallecidos (34,37 %), estuvieron en relación con el estado séptico secundario a la dehiscencia de la sutura intestinal debido al aumento de la presión intraluminal por el íleo paralítico.

Se concluye que, la sutura intestinal termino-terminal entero entérica, es la técnica quirúrgica que se realiza con mayor frecuencia en esta institución, para restablecer la integridad anatomofisiológica del sistema digestivo.

Referencias bibliográficas

1. Salazar R. La sutura en cirugía plástica. Rev Col Cir Plást Reconstr. 2020 [acceso 05/05/2025];26(2):49-52. Disponible en: <https://n9.cl/f9n7u>

2. Buitrago A. Materiales de sutura. Rev Colomb Cir. 2021 [acceso 19/05/2025];36(1):70-80. Disponible en: <https://n9.cl/glebt>
3. Quesada Piquer R. Anastomosis intestinal. 2018 [acceso 05/05/2025]. Disponible en: <http://core.ac.uk/download/pdf/235852304.pdf>
4. Carbón M. Suturas y anastomosis digestivas; 2020 [acceso 05/05/2025]. Disponible en: <https://n9.cl/nb33x>
5. Valle Y, Rodríguez V. Evaluación de la sutura intestinal monoplano extramucosa en dos hemisurget. Rev Cub Med Mil. 2009 [acceso 02/05/2025];38(1). Disponible en: <https://n9.cl/fk9ri>
6. De Abreu JM. Línea de sutura de anastomosis intestinales: efecto de la presión ejercida por el volumen intraluminal durante el tránsito intestinal normal. Resultados preliminares. Biomodelos. 2010 [acceso 05/05/2025]. Disponible en: <https://n9.cl/3k030>
7. De Armas BA, Barraní A. Conceptos y técnicas básicas en cirugía del intestino delgado. AMC. 2020 [acceso 02/05/2025];24(4):75-87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000400014&lng=es
8. Guerra CW, Menéndez E, Barrero R, Egaña E. Estadística. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2005. p. 376.
9. Hoel PG. Estadística elemental. La Habana: Edición Revolucionaria; 1980. 405 p.
10. Pino JA, Arteaga M, Sabin Y. Método intensivo por ordenador Bootstrap. Cienc Ing Apl. 2006;1(1). DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>
11. Fonseca FK, Rey YS, Ramos AE, Llópiz RS, Araluce Romero RA, León ML. Escala predictiva de dehiscencia de la línea de sutura intestinal. Rev Cubana Cir. 2021 [acceso 05/05/2025];60(2). Disponible en: <https://n9.cl/8t8ppx>
12. Rodríguez A. Estudio experimental y curva de aprendizaje en anastomosis intestinal laparoscópica [tesis de maestría]. Sonora (México): Universidad Nacional Autónoma de México; 2014 [acceso 05/05/2025]:59. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000716072>.

13. Ordóñez C. Resultados clínicos en pacientes con anastomosis intestinal primaria en cirugía de control de daños. Rev Colomb Cir. 2007 [acceso 02/05/2025];22(1). Disponible en: <https://n9.cl/du4q7>
14. Albiza L, Betancourt JR, Camejo D, Lozano L, Fernández F. Caracterización de los pacientes operados de oclusión intestinal mecánica por cáncer colorrectal y anal. G M Esp. 2021 [acceso 02/05/2025];23(1):75-87. Disponible en: <https://n9.cl/n0x7k>
15. De Gyves MA. Anastomosis intestinal, características clínicas y demográficas en pacientes postquirúrgicos del HAEV [tesis de maestría]. Veracruz (México): Hospital de Alta Especialidad de Veracruz; 2020 [acceso 05/05/2025]. p. 34. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx>
16. Rodríguez J. Factores de riesgo asociados a fuga anastomótica en pacientes que fueron sometidos a cirugía intestinal atendidos en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, 2014-2016 [tesis de especialidad]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2018 [acceso 05/05/2025]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni>
17. Sakr A, Emile SH, Abdallah E, Thabet W, Khafagy W. Predictive factors for small intestinal and colonic anastomotic leak: a multivariate analysis. Indian J Surg. 2017;79(6):555-62. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12262-016-1556-0>
18. Chadi SA, Fingerhut A, Berho M. Primary anastomosis vs Hartmann's procedure for perforated diverticulitis: a meta-analysis of outcomes. Dis Colon Rect. 2016;59(11):1071-81. DOI: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000677>
19. Morks AN, Havenga K, Ploeg RJ. Can we safely perform a delayed coloanal anastomosis in the absence of a diverting ileostomy? Colorectal Dis. 2013;15(4):486-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/codi.12074>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Marleny González MaChin.

Curación de datos: Dayani Hernández Reyes.

Análisis formal: Dayani Hernández Reyes.

Investigación: Marleny González MaChin.

Metodología: Marleny González MaChin.

Administración del proyecto: Osvaldo Barrios Viera.

Visualización: Osvaldo Barrios Viera.

Redacción-borrador original: Dayani Hernández Reyes.

Redacción-revisión y edición: Osvaldo Barrios Viera.