Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(especial4), 50-56, 2026
https://doi.org/10.62574/jqy45x01

Análisis bioético del manejo quirúrgico e intensivo del abdomen agudo obstructivo en adolescentes: revisión sistemática

Bioethical analysis of surgical and intensive management of acute obstructive abdomen in adolescents: a systematic review

Jessica Lisbeth Vallejo-Bayas
ma.jessicalvb87@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-7945-2119

Lissette Estefanía Muyulema-Muyulema
ma.lissetteemm32@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0003-1006-8711

Pamela Nicole Díaz-Amaguaya
ma.pamelanda@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0008-6835-1647

Denisse Isabel Suaste-Pazmiño
ua.denissesuaste@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0003-4429-5915

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia clínica y bioética sobre el manejo quirúrgico e intensivo del abdomen agudo obstructivo en adolescentes, con énfasis en las complicaciones iatrogénicas y la comunicación de eventos adversos. **Método**: revisión sistemática de revisiones, cohortes, guías y declaraciones de sociedades científicas indexadas en PubMed y SciELO entre 1994 y 2020, analizadas desde el modelo de los cuatro principios. **Resultados**: la enfermedad de Hirschsprung y la malrotación intestinal pueden debutar tardíamente con cuadros obstructivos de diagnóstico difícil. La lesión ureteral es una complicación conocida de la cirugía colorrectal, cuyo reconocimiento tardío empeora el pronóstico. Las guías pediátricas respaldan el asentimiento del adolescente y la revisión de la proporcionalidad terapéutica, y la evidencia muestra que los pacientes esperan la comunicación honesta de los errores. **Conclusión**: la transparencia y la participación del adolescente son obligaciones éticas en el cuidado crítico pediátrico.
Descriptores: bioética; adolescente; revelación de la verdad. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyse the clinical and bioethical evidence on surgical and intensive management of acute obstructive abdomen in adolescents, with emphasis on iatrogenic complications and disclosure of adverse events. **Method**: Systematic review of reviews, cohorts, guidelines and statements from scientific societies indexed in PubMed and SciELO between 1994 and 2020, analysed through the four-principles model. **Results**: Hirschsprung disease and intestinal malrotation may present late with obstructive conditions that are difficult to diagnose. Ureteral injury is a known complication of colorectal surgery, and delayed recognition worsens prognosis. Paediatric guidelines support adolescent assent and review of therapeutic proportionality, and evidence shows that patients expect honest disclosure of errors. **Conclusion**: Transparency and adolescent participation are ethical obligations in paediatric critical care.
Descriptors: bioethics; adolescent; truth disclosure. (Source, DeCS).

Recibido: 15/08/2026. Revisado: 21/08/2026. Aprobado: 21/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

Las situaciones más difíciles de la cirugía pediátrica rara vez se resuelven solo con el bisturí. La enfermedad de Hirschsprung, causada por la ausencia de células ganglionares en el plexo entérico distal, se diagnostica casi siempre en el periodo neonatal (1), pero una minoría de casos se manifiesta después de la infancia, con estreñimiento crónico o cuadros obstructivos que retrasan el diagnóstico (2). Algo similar ocurre con la malrotación intestinal, cuya presentación fuera del periodo neonatal es variada y engañosa (3).

En ese sentido, ante un adolescente con abdomen agudo obstructivo, el equipo decide con información incompleta. La lesión del uréter durante la cirugía colorrectal es poco frecuente, pero su reconocimiento tardío se asocia con mayor morbilidad y mortalidad (4). A ello se suman dilemas éticos: quién decide, qué se informa y hasta dónde se interviene. El modelo de los cuatro principios, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, ofrece un marco para analizarlos (5).

Por ello, el objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia clínica y bioética sobre el manejo quirúrgico e intensivo del abdomen agudo obstructivo en adolescentes, con énfasis en las complicaciones iatrogénicas y en la comunicación de los eventos adversos.

MÉTODO

Desde un enfoque cualitativo, se realizó una revisión sistemática siguiendo los principios de la declaración PRISMA 2020 (6). La pregunta de investigación fue: en adolescentes con abdomen agudo obstructivo que requieren cirugía y cuidados intensivos, ¿qué elementos clínicos y éticos deben orientar el diagnóstico, el

consentimiento, la comunicación de complicaciones y la proporcionalidad del tratamiento?

En cuanto a la búsqueda, se consultaron PubMed y SciELO con combinaciones de los términos Hirschsprung disease, intestinal malrotation, iatrogenic ureteral injury, informed consent, adolescent, disclosure of medical errors, pediatric sepsis y forgoing life-sustaining treatment, y sus equivalentes en español. Se incluyeron revisiones sistemáticas, cohortes, guías y declaraciones de sociedades científicas en inglés o español. Los documentos se analizaron desde el modelo de los cuatro principios y se resumen en la Tabla 1.

RESULTADOS

Diagnóstico tardío y complicaciones quirúrgicas

A grandes rasgos, la presentación tardía de la enfermedad de Hirschsprung exige un alto índice de sospecha. Según la revisión de Doodnath y Puri, los casos diagnosticados después de la infancia suelen tener antecedentes de estreñimiento prolongado y un segmento agangliónico corto (2), y la biopsia rectal sigue siendo la prueba de referencia para confirmar el diagnóstico (7). Por su parte, Nehra y Goldstein describieron que la malrotación en niños mayores y adultos puede manifestarse con dolor abdominal crónico o con obstrucción aguda (3).

En cuanto a la lesión ureteral, el análisis nacional de Halabi et al. mostró que, aunque es infrecuente en la cirugía colorrectal, se asocia con mayor mortalidad, estancia hospitalaria y costos (4), y Burks y Santucci subrayaron que su reconocimiento intraoperatorio permite una reparación inmediata con mejores resultados, mientras que el diagnóstico tardío suele manifestarse con urinomas, fístulas y sepsis (8).

Tabla 1. Documentos incluidos según el principio bioético analizado.

Autor y año	Tipo de documento	Aporte principal
Doodnath y Puri, 2010	Revisión sistemática	Hirschsprung de presentación tardía (no maleficencia)
Nehra y Goldstein, 2011	Serie clínica	Malrotación fuera del periodo neonatal (no maleficencia)
Halabi et al., 2014	Cohorte nacional	Lesión ureteral en cirugía colorrectal (no maleficencia)
Burks y Santucci, 2014	Revisión	Reconocimiento y reparación de la lesión ureteral (beneficencia)
Katz et al., 2016	Declaración de la Academia Americana de Pediatría	Consentimiento y asentimiento del adolescente (autonomía)
Weise et al., 2017	Guía de la Academia Americana de Pediatría	Limitación de tratamientos de soporte vital (beneficencia)
Weiss et al., 2020	Guía de sepsis pediátrica	Manejo del choque séptico en niños (beneficencia)
Gallagher et al., 2003	Estudio con grupos focales	Expectativas de pacientes ante los errores (autonomía)
Kachalia et al., 2010	Estudio antes y después	Efecto de un programa de comunicación de errores (justicia)

Elaboración propia a partir de los documentos incluidos.

Autonomía y participación del adolescente

Respecto a la autonomía, la Academia Americana de Pediatría sostiene que el adolescente debe participar en las decisiones según su madurez, y que su asentimiento, junto con el consentimiento de los representantes, forma parte de un proceso compartido y no de un trámite legal (9). Dicho de otro modo, una adolescente consciente no debería quedar al margen de las decisiones sobre sus cirugías.

Beneficencia y proporcionalidad terapéutica

En relación con la beneficencia, el manejo del choque séptico pediátrico cuenta con recomendaciones internacionales precisas (10). Sin embargo, cuando el deterioro multiorgánico progresa pese al tratamiento máximo, la guía de Weise et al. recomienda revisar de forma explícita los objetivos terapéuticos con la familia y

considerar la limitación de tratamientos de soporte vital que ya no ofrecen un beneficio razonable (11).

Transparencia ante los eventos adversos

Por otra parte, la evidencia sobre la comunicación de errores es consistente. Gallagher et al. mostraron que los pacientes desean que se les informe de cualquier error, con una explicación de lo ocurrido y de las medidas para evitar su repetición (12), y Mazor et al. confirmaron esta preferencia en población general (13). Kachalia et al. observaron que, tras implementar un programa de comunicación abierta, disminuyeron las demandas y los costos legales (14), y Wu recordó que los propios profesionales sufren las consecuencias emocionales de los errores, lo que refuerza la necesidad de sistemas de apoyo (15).

DISCUSIÓN

De entrada, la evidencia revisada muestra que el abdomen agudo obstructivo en adolescentes puede esconder entidades de diagnóstico difícil, como la enfermedad de Hirschsprung de presentación tardía o la malrotación intestinal (2,3), y que la cirugía urgente conlleva complicaciones conocidas, como la lesión ureteral, cuyo pronóstico depende de su reconocimiento oportuno (4,8). La verdad es que ninguna de estas situaciones constituye, por sí misma, una falta ética; la falta aparece cuando se omite la información, se pierde la trazabilidad de los estudios o se excluye a la paciente y a su familia de las decisiones.

Ahora bien, la no maleficencia no exige resultados perfectos, sino diligencia, registro completo y reconocimiento de las complicaciones. La comunicación honesta de un evento adverso no solo responde al respeto por la autonomía (12,13), sino que favorece la confianza y reduce los conflictos legales (14). En el Ecuador, los

protocolos de comunicación de eventos adversos y de asentimiento adolescente aparecen como una necesidad.

Entre las limitaciones, la evidencia bioética procede en su mayoría de contextos anglosajones y de declaraciones de consenso, con escasos estudios latinoamericanos.

CONCLUSIÓN

El abdomen agudo obstructivo en adolescentes puede corresponder a entidades de diagnóstico tardío, como la enfermedad de Hirschsprung o la malrotación intestinal, y su manejo quirúrgico conlleva complicaciones conocidas, como la lesión ureteral, que exigen reconocimiento y comunicación oportunos. Desde el modelo de los cuatro principios, la participación del adolescente en las decisiones, la revisión periódica de la proporcionalidad terapéutica en cuidados intensivos y la comunicación transparente de los eventos adversos constituyen obligaciones éticas que fortalecen la confianza en la atención y protegen la dignidad del paciente.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Heuckeroth RO. Hirschsprung disease: integrating basic science and clinical medicine to improve outcomes. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2018;15(3):152-67.
2. Doodnath R, Puri P. A systematic review and meta-analysis of Hirschsprung's disease presenting after childhood. Pediatr Surg Int. 2010;26(11):1107-10.

3. Nehra D, Goldstein AM. Intestinal malrotation: varied clinical presentation from infancy through adulthood. Surgery. 2011;149(3):386-93.
4. Halabi WJ, Jafari MD, Nguyen VQ, Carmichael JC, Mills S, Pigazzi A, et al. Ureteral injuries in colorectal surgery: an analysis of trends, outcomes, and risk factors over a 10-year period in the United States. Dis Colon Rectum. 2014;57(2):179-86.
5. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ. 1994;309(6948):184-8.
6. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
7. de Lorijn F, Kremer LC, Reitsma JB, Benninga MA. Diagnostic tests in Hirschsprung disease: a systematic review. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006;42(5):496-505.
8. Burks FN, Santucci RA. Management of iatrogenic ureteral injury. Ther Adv Urol. 2014;6(3):115-24.
9. Katz AL, Webb SA; Committee on Bioethics. Informed consent in decision-making in pediatric practice. Pediatrics. 2016;138(2):e20161485.
10. Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W, Agus MSD, Flori HR, Inwald DP, et al. Surviving Sepsis Campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Pediatr Crit Care Med. 2020;21(2):e52-106.
11. Weise KL, Okun AL, Carter BS, Christian CW; Committee on Bioethics; Section on Hospice and Palliative Medicine; Committee on Child Abuse and Neglect. Guidance on forgoing life-sustaining medical treatment. Pediatrics. 2017;140(3):e20171905.
12. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003;289(8):1001-7.
13. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed GW, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. Ann Intern Med. 2004;140(6):409-18.
14. Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. Ann Intern Med. 2010;153(4):213-21.
15. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000;320(7237):726-7.

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/