

---

# Cirugía Adaptativa: hacia una práctica quirúrgica con mesura, libertad y sentido

---



Rev Guatem Cir Vol. 31 (1) - 2025

Dr. Juan Manuel Aguilar

## RESUMEN

La cirugía adaptativa es un modelo que busca recuperar el equilibrio entre la acción quirúrgica y el juicio clínico. Se fundamenta en la idea de hacer solo lo necesario, pero con la libertad de hacer todo si el caso lo exige, evitando tanto la omisión como la sobreactuación. Este enfoque propone principios y valores que orientan una práctica quirúrgica más humana, proporcional y consciente.

**Palabras clave:** cirugía, adaptativa

## ABSTRACT

### Adaptive Surgery: Towards a surgical practice with restraint, freedom, and meaning

*Adaptive surgery is a model that seeks to restore balance between surgical action and clinical judgment. It is based on the idea of doing only what is necessary, but with the freedom to do everything if the case demands it, avoiding both omission and overdoing. This approach proposes principles and values that guide a more humane, proportional, and conscious surgical practice.*

**Keywords:** adaptive, surgery

---

## INTRODUCCIÓN

Vivimos en una era quirúrgica caracterizada por una creciente sofisticación técnica. El desarrollo de nuevas herramientas, técnicas mínimamente invasivas, algoritmos de decisión y protocolos estandarizados ha generado enormes avances en seguridad y eficacia. Sin embargo, también ha emergido una tendencia preocupante: el automatismo técnico, donde operar se convierte en una acción casi reflejo, desencadenada más por la disponibilidad de recursos o por algoritmos establecidos, que por un verdadero análisis clínico individualizado<sup>1,2</sup>.

En esta lógica, el juicio clínico —ese arte que combina experiencia, intuición, observación y humanidad— corre el riesgo de ser relegado o sustituido por un check-list. Se opera por inercia, por presión institucional, por miedo a la crítica, o incluso por temor a “no hacer”<sup>3</sup>.

El modelo de cirugía adaptativa surge como respuesta a este desequilibrio. No como una crí-

tica al avance técnico, sino como una defensa del juicio quirúrgico como núcleo del acto operatorio. Se trata de recuperar una cirugía pensante, reflexiva, ajustada a cada paciente, capaz de esperar cuando es prudente y de actuar con decisión cuando es necesario. Una cirugía más humana, más ética y, paradójicamente, más eficaz<sup>4</sup>.

## FUNDAMENTO DEL CONCEPTO

Origen del término: El concepto de “cirugía adaptativa” surge de la necesidad de nombrar una práctica quirúrgica guiada no solo por la técnica, sino por la capacidad de adaptación consciente, reflexiva y ética ante el paciente. El término fue concebido como una propuesta para reivindicar el juicio clínico como eje del acto quirúrgico, frente al automatismo de la medicina protocolizada<sup>5</sup>.

Qué es y qué no es la cirugía adaptativa? La cirugía adaptativa no es una técnica ni un algoritmo; es una actitud clínica. Es la disposición

del cirujano a intervenir con mesura y libertad, ajustando la decisión quirúrgica al momento del paciente. Es actuar con sentido y no por costumbre, con criterio y no por impulso técnico<sup>6</sup>. No es una cirugía pasiva, ni de mínima intervención como regla. Tampoco es una medicina expectante disfrazada de prudencia. Es una cirugía capaz de actuar con decisión, pero solo cuando el beneficio es real, tangible y oportuno.

### Diferencias con otros enfoques quirúrgicos

- A diferencia de la cirugía paliativa, la adaptativa no se limita a casos terminales ni a objetivos exclusivamente sintomáticos. Puede incluir tratamientos curativos si estos se ajustan al momento clínico<sup>7</sup>.
- Frente a la cirugía protocolizada, la adaptativa prioriza el juicio individual sobre la aplicación mecánica de guías. Reconoce el valor de los protocolos, pero no renuncia al pensamiento clínico<sup>8</sup>.
- A diferencia de la cirugía agresiva, que busca resolver todo en una sola intervención sin considerar el impacto en la biografía del paciente, la adaptativa se construye sobre la idea de etapificación y proporcionalidad. Opera en fases si es necesario, y se detiene cuando el acto pierde sentido clínico<sup>9</sup>.

### Valores fundamentales

1. Mesura: actuar sin excesos ni omisiones, con equilibrio.
2. Responsabilidad: asumir las consecuencias de cada decisión quirúrgica.
3. Humildad: aceptar que no siempre se tiene la solución definitiva.
4. Empatía clínica: comprender al paciente más allá de la patología.

5. Flexibilidad: adaptarse a los cambios clínicos y contextuales.
6. Honestidad quirúrgica: reconocer los propios límites y comunicar con verdad.
7. Compasión activa: intervenir con el deseo genuino de aliviar el sufrimiento.

### Principios rectores

1. Proporcionalidad: equilibrar la intervención con el beneficio esperado<sup>10</sup>.
2. Observación activa: valorar la espera como herramienta terapéutica.
3. Etapificación clínica: dividir las decisiones quirúrgicas en fases<sup>11</sup>.
4. Libertad responsable: actuar sin rigideces, pero con juicio.
5. Centralidad del paciente: considerar su biografía, no solo su diagnóstico<sup>12</sup>.
6. Sencillez técnica: preferir soluciones eficaces antes que complejas.
7. Reversibilidad ética: tener la valentía de cambiar el plan si es necesario.

Aplicabilidad clínica. La cirugía adaptativa se aplica en múltiples contextos, desde patologías oncológicas hasta condiciones crónicas y pacientes en estado crítico. En un paciente oncológico con obstrucción intestinal, por ejemplo, puede optarse por una derivación simple como primer paso, reservando procedimientos mayores según evolución. En cirugía vascular, un paciente con enfermedad arterial periférica crítica puede beneficiarse de una revascularización mínima inicial y posterior evaluación para decidir si se requiere una intervención mayor.

En casos de trauma, la cirugía adaptativa permite actuar por etapas: controlar el daño vital primero (cirugía de control de daños), estabilizar al paciente, y luego completar intervenciones definitivas<sup>13</sup>. En pacientes frágiles o con múltiples comorbilidades, permite evitar actos heroicos sin beneficio real y, al mismo tiempo, no renunciar al tratamiento quirúrgico cuando es razonable.

Este enfoque también resulta útil en contextos con recursos limitados, donde la adaptabilidad del plan quirúrgico es fundamental para ofrecer soluciones seguras, accesibles y sostenibles<sup>14,15</sup>. La clave está en mantener la coherencia entre la necesidad del paciente, su momento vital y la acción del cirujano.

## DISCUSIÓN

La cirugía adaptativa propone una transformación profunda de la práctica quirúrgica. Al devolver el protagonismo al juicio clínico, desplaza el centro de gravedad de la decisión quirúrgica desde el procedimiento hacia el paciente. Esta transformación tiene múltiples implicaciones.

Desde el punto de vista práctico, permite desarrollar planes quirúrgicos flexibles, sensibles a la evolución clínica, y con una mejor gestión del riesgo. También promueve decisiones más consensuadas, interdisciplinarias y centradas en la calidad de vida del paciente, sin perder la eficacia terapéutica.

En el ámbito formativo, la cirugía adaptativa invita a revalorar la enseñanza del juicio clínico, la

observación activa, la ética de la espera y la comunicación empática<sup>16,17</sup>. Forma cirujanos capaces de pensar, no solo de operar. Es un modelo que reclama maestros quirúrgicos con vocación reflexiva, y residentes que comprendan que operar es también saber cuándo no hacerlo.

Desde la perspectiva ética y humana, este modelo recupera la esencia del arte médico: intervenir con respeto, con humildad, con presencia. La cirugía deja de ser una secuencia de actos técnicos para convertirse en un proceso dialógico entre paciente y cirujano, donde lo técnico se subordina a lo humano<sup>18</sup>.

Así, la cirugía adaptativa no es solo una forma distinta de operar, sino una forma distinta de estar en el acto quirúrgico. Un regreso a lo esencial: operar con juicio, con sentido y con compasión.

## CONCLUSIÓN

La cirugía adaptativa no es una técnica ni un protocolo: es una actitud. Una forma de operar con inteligencia, empatía y libertad. Es, en definitiva, una cirugía con sentido. Este modelo reconoce que el cirujano debe tener la libertad de hacer lo que sea necesario, no solo para el beneficio directo del paciente, sino también considerando el impacto de sus decisiones en el entorno familiar, la institución en la que trabaja y la sociedad en su conjunto. Esa libertad, sin embargo, debe estar guiada por el juicio, la ética y la responsabilidad.

## REFERENCIAS

1. Montgomery K. *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Oxford University Press; 2006.
2. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184–188.
3. Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the Patient's Good*. Oxford University Press; 1988.
4. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012;345:e6572.

5. Royal College of Surgeons of England. Good Surgical Practice. 2014.
6. Sade RM. Surgical judgment and decision making. *Ann Thorac Surg*. 2010;89(6):1971–1976.
7. Bickell NA, et al. Missed opportunities: surgery and survival in breast cancer patients. *Ann Surg Oncol*. 2000;7(7):543–552.
8. Pellegrini CA. Surgical education in the 21st century. *Am J Surg*. 2006;191(3):288–291.
9. Kavac MS. Ethics and professionalism in surgery. *JLS*. 2002;6(2):95–98.
10. Gillon R. *Principles of Healthcare Ethics*. Wiley; 2009.
11. Shrimme MG, et al. Task shifting in surgery and anesthesia. *World J Surg*. 2015;39(9):2115–2120.
12. Spiegel DA, Gosselin RA. Surgical services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2008;372(9632):25–31.
13. Rotondo MF, Zonies DH. The damage control sequence and underlying logic. *J Trauma*. 1997;42(3):S69–S72.
14. Meara JG, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569–624.
15. Debas HT, et al. *Surgery*. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. Oxford University Press; 2006.
16. Whitcomb ME. The challenge of providing generalist physicians for the 21st century. *Acad Med*. 2002;77(5):371–377.
17. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73(4):403–407.
18. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306(11):639–645.