



Criterios de
contrarreferencia
de especialidades
médicas
IPS Primarias

contrarreferencia
de especialidades



Criterio Pág

➤ Generalidades.....	03
➤ Medicina Interna.....	04
➤ Cirugía General.....	05
➤ Ortopedia.....	06
➤ Ginecología y obstetricia.....	07
➤ Urología.....	08
➤ Otorrinolaringología.....	09
➤ Dermatología.....	10
➤ Endocrinología.....	11
➤ Oftalmología.....	12
➤ Cardiología.....	13
➤ Reumatología.....	14
➤ Neurología.....	15
➤ Neurocirugía.....	16

Generalidades



Criterios de contrarreferencia de especialidades médicas a IPS primarias

Introducción

Para que un médico especialista decida contrarreferir a un paciente a una IPS primaria en el ámbito ambulatorio, es necesario considerar criterios que garanticen la continuidad, la seguridad y la calidad del cuidado. El paciente debe encontrarse clínicamente

estable y con un plan de manejo claro, de tal forma que pueda ser seguido de manera efectiva por el médico general o el médico familiar en Atención Primaria en Salud (APS).

En este documento se presentan criterios orientadores para la contrarreferencia desde las especialidades hacia las IPS primarias.



Definiciones

1

Atención Primaria en Salud (APS): Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todo nivel de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en las personas, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1438 de 2011).

2

Especialista: En el ámbito médico, profesional de la medicina o de otra área de la salud que ha recibido formación en una especialidad y que está autorizado para ejercerla. Por ejemplo, las personas especialistas en oncología (estudio del cáncer) se llaman oncólogos y las personas especialistas en hematología (estudio de la sangre) se llaman hematólogos. También se llama profesional especialista.

3

Medicina general: Constituye el primer nivel de atención médica y es imprescindible para la prevención, detección, tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas estabilizadas, responsabilizándose del paciente en su conjunto, para decidir su derivación a los especialistas cuando alguna patología se descompense.

Criterios generales para contrarreferencia a Atención Primaria en Salud (APS)

Criterios a tener en cuenta	Descripción	Literatura Científica de Respaldo
Gravedad de la condición	Si la condición del paciente es estable y no requiere intervenciones complejas o especializadas, puede ser manejada en la IPS primaria.	Guías de la American College of Physicians (ACP): Estas guías proporcionan recomendaciones sobre el manejo de enfermedades crónicas en atención primaria y la transición del cuidado desde la atención especializada hacia la atención primaria.
Estabilidad clínica y control de enfermedades crónicas	Si el paciente ha alcanzado estabilidad bajo el manejo del especialista y no presenta síntomas agudos o complicaciones, puede ser remitido para seguimiento en la IPS primaria.	Guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Estas guías enfatizan la importancia de la estabilidad clínica y el manejo integral de comorbilidades en atención primaria, promoviendo la contrarreferencia desde especialidades cuando sea apropiado.
Seguimiento post-procedimientos o intervenciones	Después de procedimientos, si el paciente se encuentra estable y no requiere vigilancia estrecha o intervenciones adicionales a corto plazo, el seguimiento puede ser realizado en la IPS primaria.	
Riesgo de complicaciones	Pacientes con bajo riesgo de complicaciones o aquellos cuyas complicaciones potenciales son bien manejadas con el tratamiento actual pueden ser manejado en la IPS Primaria.	
Capacidades del primer nivel de atención	El médico debe considerar si la IPS Primaria tiene los recursos necesarios (como personal capacitado, infraestructura, y acceso a pruebas diagnósticas básicas) para manejar adecuadamente la condición del paciente.	
Continuidad del cuidado	En algunos casos, una vez que el diagnóstico o tratamiento inicial ha sido realizado por el especialista, el seguimiento y control a largo plazo pueden ser gestionados por un médico general de la IPS primaria. Esto es especialmente importante en condiciones que requieren vigilancia regular, pero no necesariamente la intervención continua de un especialista.	
Racionalización de recursos	En algunos casos, una vez que el diagnóstico o tratamiento inicial ha sido realizado por el especialista, el seguimiento y control a largo plazo pueden ser gestionados por un médico general de la IPS primaria. Esto es especialmente importante en condiciones que requieren vigilancia regular, pero no necesariamente la intervención continua de un especialista.	
Educación y autocuidado del paciente	Si el paciente ha recibido educación adecuada sobre su condición y se le ha enseñado a manejarla (por ejemplo, en el caso de enfermedades crónicas), podría ser más apropiado para la IPS primaria continuar con su seguimiento.	
Rehabilitación y educación del paciente	Si el paciente ha completado un programa de rehabilitación y ha recibido la educación necesaria sobre su condición, incluyendo la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento, el médico general puede continuar con el seguimiento.	
Accesibilidad del paciente a los servicios especializados	De acuerdo con la accesibilidad a servicios médicos especializados en territorios rurales y rurales dispersos, se puede considerar la contrarreferencia del paciente para manejo en la IPS primaria de su lugar de residencia.	
Periodicidad del control especializado	Si el paciente solo requiere consultas especializadas esporádicas, puede ser más conveniente que la mayor parte de su seguimiento se realice en la IPS primaria, con derivación de regreso al especialista si surgen nuevos problemas o si la condición empeora.	
Contenido mínimo del documento de contrarreferencia	Debe consignarse, como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico principal y diagnósticos asociados (con CIE-10 cuando aplique). • Resumen clínico (hallazgos relevantes, evolución y estado actual). • Tratamiento vigente (medicamentos con dosis, vía, frecuencia y duración; recomendaciones no farmacológicas). • Resultados clave de ayudas diagnósticas y paraclínicos recientes. • Plan de seguimiento en Medicina General (periodicidad, metas clínicas y paraclínicas). • Signos/síntomas de alarma y criterios de re-referencia a especialidad o a urgencias. • Recomendaciones de interconsulta/teleapoyo y canales de contacto cuando existan. • Fecha sugerida de control especializado (si aplica). 	
Criterios generales de re-referencia a especialidad	Re-referir o solicitar apoyo especializado cuando exista: <ul style="list-style-type: none"> • Descompensación clínica o aparición de signos de alarma. • Falta de respuesta al plan terapéutico en el tiempo esperado. • Sospecha de diagnóstico alterno o complicación. • Necesidad de procedimiento, ajuste terapéutico de alta complejidad o tecnología no disponible en IPS primaria. • Dudas diagnósticas/terapéuticas que requieran valoración especializada. 	
Glosario de siglas y acrónimos	<ul style="list-style-type: none"> • APS: Atención Primaria en Salud. • CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión. • DM2: Diabetes mellitus tipo 2. • HbA1c: Hemoglobina glicosilada. • HTA: Hipertensión arterial. • IMC: Índice de masa corporal. • IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud. • PA: Presión arterial. 	

Medicina Interna

Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
1. Anemia • D50 – D64: Anemias nutricionales, hemolíticas, aplásicas y otras.	Estabilización de los Parámetros de Laboratorio	Los valores específicos pueden variar según la edad, el sexo y las condiciones subyacentes del paciente. <ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina: <ul style="list-style-type: none"> Hombres: de 13,2 a 16,6 gramos/dl (de 132 a 166 gramos/l) Mujeres: de 11,6 a 15 gramos/dl (de 116 a 150 gramos/l) Hematocrito: 0.5% a 2.5% <ul style="list-style-type: none"> Hombres: del 38,3 % al 48,6 % Mujeres: del 35,5 % al 44,9 % Recuento de glóbulos rojos: <ul style="list-style-type: none"> Hombres: de 4350 millones a 5650 millones de células/L Mujeres: de 3920 millones a 5130 millones de células/L Conteo de Reticulocitos: 0.5% a 2.5% Niveles de Ferritina: <ul style="list-style-type: none"> Para los hombres, de 24 a 336 microgramos por litro Para las mujeres, de 11 a 307 microgramos por litro
	Resolución de Síntomas Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la Fatiga y Debilidad: La desaparición o notable reducción de la fatiga, la debilidad, y otros síntomas como palpitaciones o mareos, es un indicador clave de recuperación. Mejora en la Tolerancia al Ejercicio: La capacidad del paciente para realizar actividades físicas con menos o ningún síntoma es un signo importante de que la anemia está mejorando. Resolución de Palidez y Taquicardia: La recuperación se puede considerar cuando se resuelve la palidez y la frecuencia cardíaca vuelve a niveles normales en reposo.
	Estabilidad de la Causa Subyacente	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento Exitoso de la Causa Primaria: La recuperación de la anemia está estrechamente vinculada al manejo exitoso de su causa subyacente, como la corrección de una deficiencia de hierro, el tratamiento de una enfermedad crónica o la resolución de un sangrado gastrointestinal. Prevención de la Recidiva: Un criterio clave es la implementación de medidas para prevenir la recidiva de la anemia, como la suplementación continua de hierro en pacientes con deficiencia crónica o el manejo adecuado de una condición crónica.
	Estabilidad en los Parámetros Nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> Estado Nutricional Adecuado: En pacientes con anemia relacionada con deficiencias nutricionales, la recuperación se refleja en la normalización del estado nutricional, incluyendo un aporte adecuado de vitaminas y minerales esenciales. Mejoría del Apetito y del Peso Corporal: La recuperación también puede incluir la mejora del apetito y la estabilización o aumento del peso corporal, especialmente en pacientes con anemia por malnutrición.
	Tolerancia y Adherencia al Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Buena respuesta al tratamiento inicial: Si la anemia responde bien al tratamiento con suplementación de hierro, B12, folato o manejo de la causa subyacente (como el control de sangrado gastrointestinal), el paciente puede ser seguido por el médico general con monitoreo regular para evitar recaídas. El seguimiento debe incluir la vigilancia de los niveles de hemoglobina y otros parámetros hematológicos, y ajustar el tratamiento si hay cambios. Seguimiento regular en medicina general: El médico general puede manejar el seguimiento de pacientes con anemias leves o moderadas mediante análisis periódicos de hemograma, perfil de hierro y vitaminas, según corresponda. También debe vigilar posibles recaídas y ajustar el tratamiento en consecuencia.
2. Obesidad • E66 Obesidad	Índice de Masa Corporal (IMC)	IMC 25,0–29,9 kg/m ² (sobrepeso) o 30,0–34,9 kg/m ² (obesidad grado I): generalmente pueden ser manejados en la IPS primaria con intervenciones de estilo de vida. Considerar seguimiento especializado si IMC ≥ 35 kg/m ² , comorbilidades metabólicas/cardiovasculares descompensadas, sospecha de causa secundaria, o falta de respuesta al manejo inicial.
	Capacidad para Realizar Cambios de Estilo de Vida	Evaluar la motivación del paciente para implementar cambios en la dieta, aumentar la actividad física y modificar hábitos. La medicina general puede manejar a aquellos pacientes motivados y comprometidos con su propio cuidado.
	Medicación para el Tratamiento de la Obesidad	Si se decide iniciar tratamiento farmacológico para la obesidad (orlistat, liraglutida, semaglutida, entre otros), la medicina general puede supervisar el tratamiento en pacientes sin comorbilidades severas. Sin embargo, la evaluación inicial y el seguimiento estrecho pueden requerir la colaboración de especialistas.
	Seguimiento y Monitorización	Evaluación Regular: En medicina general, se puede realizar un seguimiento regular de la evolución del peso, las comorbilidades y los cambios en el estilo de vida, con evaluaciones trimestrales o semestrales dependiendo del caso.
3. Enfermedades Crónicas del sistema respiratorio: Asma • J450 Asma predominantemente alérgica. • J451 Asma no alérgica. • J458 Asma mixta. • J459 Asma no especificado. • J46X Estado asmático. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) • J440 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores. • J441 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada. • J448 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas. • J449 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada. Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) • G473 Apnea del sueño.	Gravedad de la Enfermedad	Enfermedades Leves o Controladas: Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas que están bien controladas con tratamiento médico básico, sin exacerbaciones recientes, y que siguen un plan de manejo adecuado, pueden ser manejados en medicina general. Ejemplos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> Asma Leve Persistente: Pacientes con asma leve que requieren inhaladores de rescate ocasionalmente y que no han tenido exacerbaciones significativas en los últimos 12 meses. EPOC Leve a Moderada: Pacientes con EPOC que no presentan exacerbaciones frecuentes (menos de dos al año) y que tienen un buen control de síntomas con broncodilatadores inhalados.
	Control de los Síntomas	Buen Control de los Síntomas: Si los síntomas respiratorios están bien controlados y el paciente puede realizar sus actividades diarias sin limitaciones significativas, el manejo por parte de un médico general es adecuado. Esto incluye pacientes con asma o EPOC bien controlados con broncodilatadores de mantenimiento y con un plan de acción para exacerbaciones.
	Frecuencia de Exacerbaciones	Pacientes con Exacerbaciones Infrecuentes: Los pacientes con EPOC o asma que tienen exacerbaciones poco frecuentes (menos de una exacerbación al año) y que se recuperan bien con tratamiento estándar pueden ser manejados en la IPS primaria.
	Capacidad de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento	Los pacientes que son capaces de seguir un plan de manejo para su enfermedad crónica, que utilizan correctamente los inhaladores y que son adherentes a la medicación, pueden continuar su seguimiento en la IPS primaria. Estos pacientes deben tener un plan claro para manejar las exacerbaciones en casa y saber cuándo buscar atención médica.
	Pruebas Funcionales	Manejo Basado en Pruebas de Función Pulmonar: Los médicos generales pueden manejar a los pacientes con asma o EPOC leve a moderada si las pruebas de función pulmonar muestran un control adecuado de la enfermedad (FEV1 > 60% del valor predicho). La derivación es necesaria si los resultados muestran un deterioro significativo.
	Riesgo de Complicaciones	Pacientes Estables sin Complicaciones: Si el paciente no tiene complicaciones, como insuficiencia respiratoria o hipertensión pulmonar, y los síntomas están controlados, pueden seguir en la IPS primaria con controles regulares.
Educación y Plan de Acción	Pacientes Bien Educados sobre su Condición: Si el paciente está bien informado sobre su enfermedad, reconoce los signos de exacerbación, y tiene un plan claro para el manejo de síntomas agudos, puede ser manejado en atención primaria con revisiones periódicas. Los médicos generales pueden reforzar la educación sobre el uso de inhaladores y evitar factores desencadenantes.	
4. Hipertensión Arterial • I10 Hipertensión arterial esencial (primaria)	Clasificación de la Hipertensión	HTA Riesgo Bajo: Los pacientes con hipertensión leve (PA sistólica entre 140-159 mmHg y/o PA diastólica entre 90-99 mmHg) pueden ser manejados de forma adecuada en medicina general, ya que generalmente responden bien a cambios en el estilo de vida y al uso de un solo antihipertensivo.
	Control de la Presión Arterial	HTA Controlada: Los pacientes que logran un buen control de la presión arterial con tratamiento farmacológico (objetivo de PA < 140/90 mmHg para la mayoría de los pacientes, o < 130/80 mmHg en algunos grupos de alto riesgo) pueden continuar el seguimiento en la IPS primaria.
	Presencia de Comorbilidades	Ausencia de Comorbilidades Mayores: Los pacientes con hipertensión primaria (esencial) sin comorbilidades significativas (como insuficiencia renal crónica, diabetes mal controlada, enfermedad cardiovascular establecida, o hipertrofia ventricular izquierda) pueden ser seguidos en la IPS primaria.
	Riesgo Cardiovascular Global	Riesgo Cardiovascular Bajo o Moderado: Si el paciente tiene un riesgo cardiovascular bajo o moderado según los tablas de riesgo (ej. SCORE, Framingham) y no presenta daño a órganos blanco, puede ser manejado por el médico general. En estos casos, el enfoque debe incluir el control de factores de riesgo adicionales, como dislipidemia y tabaquismo.
	Daño a Órgano Blanco	Sin Evidencia de Daño a Órgano Blanco: Si no hay evidencia de daño a órganos blanco (corazón, riñones, cerebro), el paciente puede ser manejado en la IPS primaria.
	Cumplimiento y Adhesión al Tratamiento	Buen Cumplimiento y Adhesión: Pacientes que siguen adecuadamente las indicaciones terapéuticas, tanto en medicación como en modificaciones del estilo de vida, y logran un control adecuado de su presión arterial, pueden continuar bajo el cuidado de medicina general.
	Modificaciones en el Estilo de Vida	Buena Respuesta a Modificaciones en el Estilo de Vida: Pacientes que responden adecuadamente a cambios en la dieta (dieta DASH), reducción del consumo de sodio, ejercicio regular, y control del peso pueden ser manejados en a IPS primaria junto con un régimen farmacológico sencillo.
5. Diabetes Mellitus Tipo II • E11 - Diabetes mellitus no insulino dependiente. - Ingreso al programa de diabetes y seguimiento por Medicina general	Tipo de Diabetes	Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2): Los pacientes con diabetes tipo 2 suelen ser los que con mayor frecuencia pueden ser manejados en la IPS primaria, especialmente si presentan un control glucémico estable y no tienen complicaciones graves. El médico general puede encargarse del manejo si el paciente responde bien a los cambios en el estilo de vida y al tratamiento farmacológico.
	Control Glucémico	Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) Bien Controlada: Si el paciente tiene una HbA1c dentro de los objetivos terapéuticos recomendados (generalmente ≤7% para la mayoría de los pacientes con DM2, o individualizada según la edad, comorbilidades y duración de la diabetes), puede ser manejado por un médico general.
	Tratamiento Farmacológico	Tratamiento con Antidiabéticos Orales o GLP-1: Pacientes que están controlados con antidiabéticos orales, como metformina, inhibidores de DPP-4, SGLT2 o análogos de GLP-1, y que no presentan hipoglucemias graves o complicaciones importantes, pueden ser manejados por el médico general.
	Complicaciones Crónicas de la Diabetes	Sin Complicaciones o Complicaciones Leves: Los pacientes con diabetes que no presentan complicaciones crónicas graves, como retinopatía, nefropatía o neuropatía diabética, pueden ser manejados por medicina general. El médico general debe estar capacitado para realizar evaluaciones regulares (examen de pies, microalbuminuria, fondo de ojo) y derivar si detecta signos de complicaciones incipientes.
	Riesgo Cardiovascular	Bajo a Moderado Riesgo Cardiovascular: Los pacientes con diabetes tipo 2 y riesgo cardiovascular bajo o moderado pueden ser manejados en medicina general, siempre y cuando se realice un control adecuado de otros factores de riesgo, como la hipertensión y la dislipidemia.
	Adherencia y Capacidad de Autocontrol	Cumplimiento del Tratamiento: Los pacientes que demuestran una buena adherencia al tratamiento y tienen la capacidad de manejar adecuadamente la automonitorización de la glucosa, la adherencia a la medicación y los cambios en el estilo de vida pueden ser seguidos por el médico general.
Modificaciones en el Estilo de Vida	Adherencia a Cambios de Estilo de Vida: Pacientes que logran adherirse a intervenciones en el estilo de vida, como la adopción de una dieta saludable (como la dieta mediterránea o DASH), la reducción de peso y la realización de actividad física regular, pueden ser manejados de manera efectiva en la IPS primaria.	

Cirugía General



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Enfermedades del sistema digestivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 K35, del K43 al K45, K56, K65 y K80 <p>Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas</p> <ul style="list-style-type: none"> • S20 Traumatismo Superficial Del Tórax • S29 Otros Traumatismos Y Los No Especificados Del Tórax • S30 Traumatismo Superficial Del Abdomen, De La Región Lumbosacra Y De La Pelvis • S39 Otros Traumatismos Y Los No Especificados Del Abdomen, De La Región Lumbosacra Y De La Pelvis <p>Tumores Benignos Lipomatosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE10 D17 	<p>Evaluación de la Herida Quirúrgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cicatrización Adecuada: Ausencia de signos de infección (enrojecimiento excesivo, calor, dolor aumentado, secreción purulenta). • Integridad de las Suturas: Las suturas o grapas deben estar en buen estado, sin signos de dehiscencia o separación de los bordes de la herida. • Ausencia de Complicaciones Locales: Debe descartarse la presencia de seromas, hematomas o abscesos en la zona quirúrgica.
	<p>Resolución de Síntomas Postoperatorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control del Dolor: El dolor postoperatorio debe estar bien manejado con analgesia estándar, y el paciente debe poder realizar actividades básicas sin dolor significativo. • Retorno de la Función Normal: Dependiendo del tipo de cirugía, la función del área intervenida debe haber retornado a un nivel satisfactorio. Por ejemplo, en cirugías abdominales, el paciente debe estar tolerando la alimentación oral y tener movimientos intestinales normales. • Movilidad y Actividad Física: El paciente debe ser capaz de moverse sin dificultad significativa, y debería estar progresando hacia su nivel normal de actividad física.
	<p>Estabilidad de Signos Vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signos Vitales Estables: El paciente debe tener signos vitales estables (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura) dentro de los rangos normales y sin necesidad de soporte adicional. • Ausencia de Fiebre: No debe haber fiebre persistente, que podría indicar una infección postoperatoria.
	<p>Recuperación de la Función Orgánica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento Gastrointestinal: En cirugías que afectan el sistema digestivo, es fundamental que el paciente haya recuperado el apetito, y no presente náuseas, vómitos o distensión abdominal. • Funcionamiento Urinario: El paciente debe haber retomado la micción normal, sin signos de retención urinaria o infecciones del tracto urinario postoperatorias. • Función Respiratoria Adecuada: Especialmente en cirugías torácicas o abdominales, el paciente debe mostrar una función respiratoria normal, sin signos de dificultad respiratoria o complicaciones como atelectasia o neumonía.
	<p>Resultados de Pruebas de Laboratorio y Diagnósticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Marcadores Inflamatorios Normales: Los niveles de leucocitos, proteína C reactiva (PCR) y otros marcadores inflamatorios deben haber vuelto a la normalidad o estar disminuyendo progresivamente. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Recuento de glóbulos blancos: De 3400 millones a 9600 millones de células/l • Hemoglobina y Hematocrito: Si el paciente sufrió pérdida de sangre significativa durante la cirugía, los niveles de hemoglobina y hematocrito deben estar estabilizados. • Hemoglobina: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hombres: de 13,2 a 16,6 gramos/dl (de 132 a 166 gramos/l) ◦ Mujeres: de 11,6 a 15 gramos/dl (de 116 a 150 gramos/l) • Hematocrito: 0.5% a 2.5% <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hombres: del 38,3 % al 48,6 % ◦ Mujeres: del 35,5 % al 44,9 % • Pruebas de Función Específicas: Según la cirugía realizada, pruebas como radiografías, ecografías o estudios de laboratorio deben confirmar la correcta función del área intervenida.
	<p>Reinserción a la Vida Cotidiana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para Realizar Actividades Diarias: El paciente debe ser capaz de realizar sus actividades cotidianas básicas (como vestirse, asearse, caminar) sin asistencia significativa. • Retorno Progresivo al Trabajo: Según la cirugía y la naturaleza del trabajo del paciente, debe haber una planificación para el retorno progresivo a sus actividades laborales, con las debidas restricciones si es necesario. • Capacidad de Autocuidado: El paciente debe estar en condiciones de manejar su autocuidado, incluyendo la toma de medicación, la higiene personal y la gestión de la dieta según las recomendaciones postoperatorias.
	<p>Adherencia y Respuesta al Tratamiento Postoperatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del Plan de Cuidados: El paciente debe estar siguiendo correctamente las indicaciones postoperatorias, incluyendo medicación, dieta, y restricciones de actividad. • Respuesta Adecuada al Tratamiento: La respuesta a los tratamientos, incluidos los analgésicos, antibióticos, o cualquier terapia específica postoperatoria, debe ser favorable, sin efectos secundarios importantes.
	<p>Plan de Seguimiento y Monitoreo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Seguimiento Claro: Antes de considerar que el paciente está completamente recuperado, debe establecerse un plan de seguimiento con visitas programadas para monitorear la evolución y detectar posibles complicaciones tardías. • Evaluación de la Necesidad de Terapia Adicional: Si es necesario, se debe planificar la fisioterapia, la rehabilitación u otras terapias para asegurar la recuperación completa.

Ortopedia y Traumatología



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • M54 Dorsalgia • M541 <p>Radiculopatía</p> <ul style="list-style-type: none"> • M50 / M54 <p>Trastornos de disco cervical / Cervicalgia (M54.2).</p> <ul style="list-style-type: none"> • M25 Otros trastornos articulares, no clasificados (M25.5). • M75 Lesiones del hombro (Capsulitis, tendinitis, manguito). • S93 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie. • M20 – M21 Deformidades adquiridas de los dedos y extremidades. • S00 – S99 Traumatismos (Usar códigos S según región) • S02 – S92 Fracturas (Sustentadas por hallazgo radiológico). • C40 / D16 Tumor maligno de hueso / Tumor benigno de hueso. • M15 – M19 Artrosis (M16 Cadera, M17 Rodilla, M18 Mano). 	<p>Curación Ósea y Tejidos Blandos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación Ósea: Evidencia radiológica de la consolidación ósea completa, es decir, cuando los fragmentos óseos se han unido y el hueso ha recuperado su fuerza estructural. • Cicatrización de Tejidos Blandos: En el caso de lesiones de tejidos blandos (ligamentos, tendones, músculos), la cicatrización debe ser completa, sin signos de inflamación persistente o debilidad en la estructura afectada.
	<p>Rango de Movimiento y Funcionalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rango de Movimiento Completo: El paciente debe recuperar el rango de movimiento normal o cerca del normal en la articulación o extremidad afectada, sin restricciones significativas. • Función Muscular y Articular: La fuerza muscular y la estabilidad articular deben estar restauradas, permitiendo al paciente realizar movimientos y actividades sin dificultad.
	<p>Ausencia de Dolor o Dolor Controlado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor Mínimo o Ausente: El dolor asociado con la lesión o la cirugía debe estar controlado o ser mínimo, no interfiriendo con las actividades diarias del paciente. • Ausencia de Dolor Crónico: No debe haber indicios de dolor crónico que pueda sugerir complicaciones como una mala consolidación o un síndrome de dolor regional complejo.
	<p>Estabilidad de la Estructura Afectada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad Articular: En casos de lesiones articulares, como esguinces o dislocaciones, la articulación debe ser estable y capaz de soportar la carga sin riesgo de relesión. • Fijación Interna o Externa: Si se utilizó fijación interna (placas, tornillos) o externa (férulas, yeso), la recuperación incluye la evaluación de que la estructura afectada ha recuperado suficiente fuerza y estabilidad antes de retirar cualquier dispositivo de soporte.
	<p>Capacidad para Realizar Actividades Diarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad e Independencia: El paciente debe ser capaz de caminar, mover la extremidad afectada y realizar actividades de la vida diaria (como vestirse, asearse, comer) de manera independiente. • Retorno a la Actividad Laboral o Deportiva: Dependiendo del tipo de lesión y la ocupación o nivel de actividad física del paciente, la recuperación incluye la capacidad para regresar al trabajo o a la práctica deportiva de forma segura y efectiva.
	<p>Capacidad para Realizar Actividades Diarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad e Independencia: El paciente debe ser capaz de caminar, mover la extremidad afectada y realizar actividades de la vida diaria (como vestirse, asearse, comer) de manera independiente. • Retorno a la Actividad Laboral o Deportiva: Dependiendo del tipo de lesión y la ocupación o nivel de actividad física del paciente, la recuperación incluye la capacidad para regresar al trabajo o a la práctica deportiva de forma segura y efectiva.
	<p>Resultados Radiológicos y Pruebas de Imagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imágenes de Seguimiento Normales: Las radiografías, resonancias magnéticas, o ecografías de seguimiento deben mostrar la recuperación adecuada de la estructura afectada, sin signos de desplazamiento, relesión o complicaciones. • Evaluación Continua del Proceso de Curación: Es importante que las imágenes de seguimiento confirmen una evolución positiva en el proceso de curación ósea o de tejidos blandos.
	<p>Participación en Terapia Física o Rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento con la Rehabilitación: El paciente debe haber completado o estar avanzando adecuadamente en un programa de rehabilitación física, que incluye ejercicios para restaurar la fuerza, la flexibilidad y la función. • Evaluación Funcional: La recuperación se define también por la capacidad del paciente para realizar ejercicios funcionales y tareas específicas de su vida diaria o deportiva sin dolor ni limitaciones.
	<p>Seguimiento y Evaluación Continua</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Regular del Progreso: La recuperación se confirma a través de evaluaciones regulares con el especialista, donde se revisan el progreso, la función y se ajustan las recomendaciones según sea necesario. • Plan de Seguimiento a Largo Plazo: Para ciertas lesiones, la recuperación completa puede requerir un seguimiento a largo plazo para asegurar que no haya complicaciones tardías o recaídas.

Ginecología y obstetricia



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Todos los diagnósticos asociados a la gestación y el puerperio inmediato</p> <p>Enfermedades del sistema genitourinario</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 N30, N61, N70, N73, N75, N76, N80, N84, N91, N94 y N95. <p>Leiomioma Del Útero</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 D25 <p>Otras Anemias</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 D64 <p>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 A50, A60, B17, B24, B37 y B97 	<p>Naturaleza de la afección ginecológica</p>	<p>Trastornos menstruales leves:</p> <ul style="list-style-type: none"> Afecciones como dismenorrea leve, ciclos menstruales irregulares y síndrome premenstrual sin complicaciones pueden ser manejados adecuadamente por medicina general. El médico general puede recetar anticonceptivos hormonales, antiinflamatorios o analgésicos, y proporcionar orientación sobre el manejo del ciclo. En estos casos, la derivación a ginecología sería necesaria si hay síntomas persistentes o si no responden al tratamiento inicial. <p>Infecciones del tracto genital inferior:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infecciones como vaginitis, vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal pueden ser diagnosticadas y tratadas por medicina general. El manejo incluye la identificación del patógeno y la prescripción de tratamientos antimicrobianos apropiados. Si las infecciones son recurrentes o si hay sospecha de una infección de transmisión sexual (ITS) más grave, la paciente debe ser referida a ginecología. <p>Infecciones del tracto genital superior:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infecciones como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) leve pueden comenzar a ser manejadas en la IPS primaria con antibióticos, siempre que no haya signos de complicación. Sin embargo, si la paciente presenta síntomas graves, como fiebre o dolor abdominal severo, o si no responde al tratamiento inicial, debe ser remitida al especialista.
<p>Aborto Espontaneo</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 O03 <p>Traumatismo Del Aparato Urinario Y De Los Órganos pélvicos</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 S37 <p>Hallazgos Anormales En Muestras Tomadas De Órganos Genitales Femeninos</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 R87 <p>Disfunción Ovárica</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 E28 	<p>Control de anticoncepción y planificación familiar</p>	<p>Manejo de anticonceptivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> El médico general puede manejar la prescripción y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos anticonceptivos orales, inyectables, parches y dispositivos intrauterinos (DIU). También puede asesorar a las pacientes sobre métodos de planificación familiar y salud reproductiva. En casos de efectos adversos graves o necesidad de métodos anticonceptivos complejos (como implantes subdérmicos o DIU en pacientes con anomalías uterinas), se recomienda la derivación a ginecología. <p>Asesoría preconcepcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> El médico general puede ofrecer asesoría preconcepcional básica, como recomendaciones sobre ácido fólico, vacunación y salud general. Si la paciente presenta comorbilidades que podrían complicar el embarazo (por ejemplo, hipertensión o diabetes), el seguimiento debe realizarse en conjunto con ginecología o medicina interna.
<p>Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 F52 	<p>Patologías benignas del aparato reproductor</p>	<p>Quistes ováricos funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los quistes ováricos pequeños y funcionales que no provocan síntomas o complicaciones suelen resolverse de manera espontánea y pueden ser manejados en la IPS primaria con monitoreo ecográfico. Si persisten o aumentan de tamaño, se recomienda la derivación a ginecología. <p>Fibromas uterinos pequeños y asintomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los fibromas pequeños, no complicados y asintomáticos pueden ser monitorizados por medicina general. El médico general debe observar los síntomas y, si la paciente comienza a tener sangrados abundantes, dolor pélvico o síntomas relacionados, se debe remitir a ginecología para una evaluación más profunda.
<p>Enfermedades crónicas ginecológicas</p>		<p>Endometriosis leve:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes con endometriosis leve o con síntomas controlados pueden ser manejadas por medicina general con tratamientos de supresión hormonal y manejo del dolor. Si los síntomas empeoran o el tratamiento es ineficaz, se debe derivar a ginecología. <p>Síndrome de ovario poliquístico (SOP):</p> <ul style="list-style-type: none"> El SOP puede ser manejado en la IPS primaria mediante cambios en el estilo de vida, manejo del peso, control de la glucosa en sangre y el uso de anticonceptivos hormonales para regular los ciclos menstruales. Sin embargo, si la paciente presenta resistencia a la insulina, problemas de fertilidad o complicaciones metabólicas, la atención conjunta con ginecología o endocrinología sería adecuada.
<p>Seguimiento del embarazo</p>		<p>Embarazo de bajo riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las pacientes con embarazos de bajo riesgo, sin complicaciones obstétricas, pueden ser seguidas en la IPS primaria hasta el tercer trimestre. El médico general puede encargarse de las consultas prenatales regulares, análisis de laboratorio y ecografías rutinarias. Cualquier signo de complicaciones, como hipertensión gestacional, diabetes gestacional, hemorragia o anomalías en las ecografías, debe derivarse a obstetricia para un seguimiento más cercano.
<p>Atención a la menopausia y postmenopausia</p>		<p>Síntomas de la menopausia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los síntomas de la menopausia, como los sofocos, sequedad vaginal o alteraciones del sueño, pueden ser manejados por el médico general mediante terapia de reemplazo hormonal (si está indicada) o con tratamientos no hormonales. El médico general también puede ofrecer orientación sobre cambios en el estilo de vida y salud ósea.
<p>Educación para la salud y autocuidado</p>		<p>Riesgo de osteoporosis y enfermedades cardiovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> El médico general puede realizar un seguimiento de los factores de riesgo relacionados con la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares en mujeres postmenopáusicas, como la evaluación de la densidad mineral ósea y el control de los niveles de colesterol y glucosa. Sin embargo, si se identifican factores de riesgo significativos, puede ser necesaria la consulta con un especialista en ginecología o endocrinología.
<p>Educación para la salud y autocuidado</p>		<p>Promoción de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> El médico general puede realizar una parte importante del seguimiento de las pacientes en cuanto a la promoción de la salud reproductiva, detección temprana de enfermedades, educación sobre el autocuidado y la prevención de infecciones de transmisión sexual.
<p>Educación para la salud y autocuidado</p>		<p>Prevención y tamizaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tamizajes regulares, como citologías vaginales (Papanicolaou) y exámenes de mamas, pueden ser realizados en medicina general. El médico general también puede educar a las pacientes sobre autoexámenes mamarios y la importancia de la detección temprana.

Urología y Urología Oncológica



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Enfermedades del sistema genitourinario</p> <ul style="list-style-type: none"> • N02 Hematuria Recurrente Y Persistente • N04 Síndrome Nefrótico • N13 Uropatía Obstructiva Y Por Reflujo • N20 Cálculo del Riñón Y Del Uréter • N21 Cálculo de Las Vías Urinarias Inferiores • N22 Cálculo de Las Vías Urinarias En Enfermedades Clasificadas En Otra Parte • N40 Hiperplasia De La Próstata • N41 Enfermedades Inflamatorias De La Próstata • N42 Otros Trastornos De La Próstata 	<p>Gravedad de la Enfermedad Urológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones Leves o No Complicadas: Casos como infecciones urinarias no complicadas, hipertrofia prostática benigna (HPB) leve, o cálculos renales pequeños pueden ser manejados por medicina general. • Infecciones Urinarias (ITU) No Complicadas: Las infecciones urinarias en mujeres jóvenes sanas, sin factores de riesgo, pueden ser manejadas con tratamiento antibiótico empírico en la IPS primaria. • Hipertrofia Prostática Benigna (HPB): Los casos de HPB leve con síntomas moderados, sin complicaciones como retención urinaria, pueden recibir tratamiento farmacológico (bloqueadores alfa o inhibidores de la 5-alfa reductasa) en la IPS primaria. • En caso de empeoramiento de los síntomas el paciente debe ser referido de nuevo al especialista.
	<p>Respuesta al Tratamiento Inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo Exitoso en Atención Primaria: Si un paciente responde bien al tratamiento inicial con medicamentos o modificaciones en el estilo de vida, y los síntomas están controlados, el manejo puede continuar en medicina general. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Evolución de ITU No Complicadas: Si un paciente con una ITU no complicada responde al tratamiento antibiótico inicial, el seguimiento puede hacerse en la IPS primaria.
	<p>Manejo Continuado o Seguimiento a Largo Plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones Estables: Pacientes con HPB bien controlada, o aquellos que hayan tenido un episodio aislado de cálculo renal que no ha requerido intervención quirúrgica, pueden ser manejados por su médico general para el seguimiento y monitoreo de síntomas.
		<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento después de Intervención Quirúrgica o Procedimientos: Algunos pacientes, tras una intervención quirúrgica urológica exitosa (por ejemplo, resección transuretral de la próstata), pueden ser dados de alta a la IPS primaria para seguimiento regular bajo directrices claras del urólogo.

Otorrinolaringología



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides H60 - H75, H80 - H83 y del H90 - H95 	<p>Gravedad de la Enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Otitis Media Aguda No Complicada: El manejo de la otitis media aguda en niños o adultos sin perforación timpánica ni complicaciones puede ser realizado con antibióticos en la IPS primaria.
<ul style="list-style-type: none"> Rinitis Alérgica J300 a J348 Enfermedades del sistema respiratorio J30 al J32 y J37 	<p>Respuesta al Tratamiento Inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si el paciente responde bien al tratamiento inicial, como en casos de faringitis aguda, otitis externa o rinitis alérgica controlada, el médico general puede seguir manejando la condición y hacer un seguimiento según sea necesario.
<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones De La Voz R49 Sinusitis J01 y J32 	<p>Manejo Compartido a Largo Plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con Condiciones Controladas: En algunos casos, después de la evaluación y tratamiento por parte del especialista, el seguimiento a largo plazo puede ser gestionado por el médico general, especialmente en condiciones crónicas estables como rinitis alérgica controlada o sinusitis crónica posquirúrgica.

Dermatología



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 del L00-L94-Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo 	<p>Gravedad de la Enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades Leves y Comunes: Las afecciones dermatológicas comunes y de bajo riesgo, que suelen ser fáciles de tratar en la IPS primaria, incluyen: <ul style="list-style-type: none"> Dermatitis Atópica Leve: Casos de dermatitis atópica que responden bien a los corticosteroides tópicos y emolientes. Dermatitis Seborreica: Controlada con champús medicinales y cremas antifúngicas. Acné Leve: Manejado adecuadamente con tratamientos tópicos, como peróxido de benzoilo o retinoides, sin cicatrices visibles o impacto significativo en la calidad de vida. Infecciones Cutáneas Menores: Infecciones como impétigo o foliculitis que responden bien a antibióticos tópicos u orales.
	<p>Respuesta al Tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adecuada Respuesta al Tratamiento Inicial: Los pacientes con afecciones que responden bien a tratamientos iniciales, como cremas tópicas o antibióticos orales, y que no presentan complicaciones, pueden ser manejados en la IPS primaria.
	<p>Riesgo de Complicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bajo Riesgo de Complicaciones: Enfermedades de la piel sin riesgo significativo de complicaciones o cicatrices permanentes, como el acné leve, pueden ser manejadas por el médico general. Asimismo, lesiones cutáneas benignas, como verrugas o queratosis seborreicas, pueden tratarse sin necesidad de derivación.
	<p>Lesiones Cutáneas benignas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones Benignas Identificadas Claramente: Lesiones benignas que no presentan cambios o características preocupantes (ej. lunares, queratosis seborreicas, angiomas) pueden ser manejadas por el médico general o simplemente observadas sin necesidad de derivación.

Endocrinología



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Diabetes Mellitus Tipo II</p> <ul style="list-style-type: none"> E11 - Diabetes mellitus no insulino dependiente. - Ingreso al programa de diabetes y seguimiento por Medicina general 	<p>Tipo de Diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2): Los pacientes con diabetes tipo 2 suelen ser los que con mayor frecuencia pueden ser manejados en la IPS primaria, especialmente si presentan un control glucémico estable y no tienen complicaciones graves. El médico general puede encargarse del manejo si el paciente responde bien a los cambios en el estilo de vida y al tratamiento farmacológico.
	<p>Control Glucémico</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) Bien Controlada: Si el paciente tiene una HbA1c dentro de los objetivos terapéuticos recomendados (generalmente $\leq 7\%$ para la mayoría de los pacientes con DM2, o individualizada según la edad, comorbilidades y duración de la diabetes), puede ser manejado por un médico general.
	<p>Tratamiento Farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento con Antidiabéticos Orales o GLP-1: Pacientes que están controlados con antidiabéticos orales, como metformina, inhibidores de DPP-4, SGLT2 o análogos de GLP-1, y que no presentan hipoglucemias graves o complicaciones importantes, pueden ser manejados por el médico general.
	<p>Complicaciones Crónicas de la Diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sin Complicaciones o Complicaciones Leves: Los pacientes con diabetes que no presentan complicaciones crónicas graves, como retinopatía, nefropatía o neuropatía diabética, pueden ser manejados por medicina general. El médico general debe estar capacitado para realizar evaluaciones regulares (examen de pies, microalbuminuria, fondo de ojo) y derivar si detecta signos de complicaciones incipientes.
	<p>Riesgo Cardiovascular</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bajo a Moderado Riesgo Cardiovascular: Los pacientes con diabetes tipo 2 y riesgo cardiovascular bajo o moderado pueden ser manejados en medicina general, siempre y cuando se realice un control adecuado de otros factores de riesgo, como la hipertensión y la dislipidemia.
	<p>Adherencia y Capacidad de Autocontrol</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento del Tratamiento: Los pacientes que demuestran una buena adherencia al tratamiento y tienen la capacidad de manejar adecuadamente la automonitorización de la glucosa, la adherencia a la medicación y los cambios en el estilo de vida pueden ser seguidos por el médico general.
	<p>Modificaciones en el Estilo de Vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adherencia a Cambios de Estilo de Vida: Pacientes que logran adherirse a intervenciones en el estilo de vida, como la adopción de una dieta saludable (como la dieta mediterránea o DASH), la reducción de peso y la realización de actividad física regular, pueden ser manejados de manera efectiva en la IPS primaria.

Oftalmología



Diagnósticos

Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)

Descripción

Enfermedades del ojo y sus anexos

Afecciones Oftalmológicas Comunes y Menores

- **Blefaritis:** La inflamación crónica de los párpados (blefaritis) es una condición común que también puede ser manejada en la IPS primaria con medidas de higiene, lubricantes oculares, y, en algunos casos, antibióticos tópicos.
- **Ojo Seco Leve:** El ojo seco sin complicaciones, causado por disfunción de las glándulas de Meibomio o factores ambientales, puede ser manejado por un médico general con lubricantes oculares y recomendaciones de cambios en el estilo de vida (como el uso de humidificadores y la reducción del tiempo frente a pantallas).

Enfermedades Crónicas Controladas

- **Cataratas Iniciales:** Los pacientes con cataratas incipientes o asintomáticas que no afectan la visión funcional pueden ser manejados y controlados por un médico general, siempre y cuando se realicen chequeos periódicos para detectar progresión.
- **Errores Refractivos:** Pacientes con miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia bien controlados mediante gafas o lentes de contacto pueden continuar su manejo en la IPS primaria, con recomendaciones para revisiones periódicas por parte del optómetra o el oftalmólogo si es necesario.

Cardiología



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Hipertensión secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 I15 	<p>Enfermedad Coronaria Estable (Angina Estable)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angina Estable Controlada: Pacientes con angina estable controlada, que responden adecuadamente al tratamiento médico (antianginosos como nitratos, betabloqueadores o antagonistas de calcio), pueden ser manejados por un médico general. El seguimiento incluye control de factores de riesgo (hipertensión, dislipidemia, diabetes) y modificación del estilo de vida. El médico general puede derivar al cardiólogo si los síntomas se agravan o no responden al tratamiento.
<p>Angina de pecho</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 I20 	<p>Hipertensión Arterial Controlada:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial Controlada: Los pacientes con hipertensión bien controlada bajo tratamiento farmacológico y sin signos de daño en órganos diana (ej. hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia renal, retinopatía) pueden ser manejados por medicina general, con revisiones regulares para ajustar el tratamiento según sea necesario.
<p>Infarto Agudo del Miocardio</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 I21 	<p>Insuficiencia Cardíaca Estable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia Cardíaca Estable (NYHA I-II): Los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica estable (clase funcional I o II de la NYHA) y bajo tratamiento médico óptimo (ej. inhibidores de la ECA, betabloqueadores, diuréticos) pueden ser manejados en la IPS primaria. Es fundamental que el médico general controle la adherencia al tratamiento, ajuste las dosis según sea necesario y monitoree la función renal y los electrolitos.
<p>Antecedente paro cardíaco</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 I46 	<p>Fibrilación Auricular (FA) Crónica Controlada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrilación Auricular (FA) Crónica Controlada: Los pacientes con fibrilación auricular en control de la frecuencia (con betabloqueadores, digoxina, etc.) o control del ritmo, y que estén adecuadamente anticoagulados según su riesgo tromboembólico (escala CHA2DS2-VASc), pueden ser seguidos por medicina general. Es importante que el médico general controle la adherencia a la anticoagulación y realice chequeos periódicos.
<p>Otros trastornos de la conducción</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 I45 	<p>Valvulopatía Leve a Moderada Asintomática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valvulopatía Leve a Moderada Asintomática: Pacientes con valvulopatías leves a moderadas (ej. estenosis aórtica leve o insuficiencia mitral leve) que no presenten síntomas pueden ser manejados por un médico general con control ecocardiográfico periódico. Si la función cardíaca se mantiene estable y el paciente es asintomático, el manejo puede continuar en atención primaria.
<p>Taquicardia Paroxística</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 I47 	<p>Claudicación Intermitente Leve</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación Intermitente Leve: Los pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP) leve y síntomas de claudicación intermitente pueden ser manejados en la IPS primaria, enfocándose en el manejo de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, control glucémico) y la indicación de ejercicio supervisado.
<p>Otras Arritmias Cardiacas</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 I49 	<p>Control de Factores de Riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de Factores de Riesgo: En muchos pacientes, el médico general puede encargarse del manejo de los principales factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia y tabaquismo, siempre que no se presenten complicaciones o mal control de estas condiciones. La educación del paciente sobre el estilo de vida saludable es fundamental.
<p>Insuficiencia Cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 I50 	<p>Seguimiento Estable Post-IAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento Estable Post-IAM: Pacientes que han tenido un infarto de miocardio pero que se encuentran estables y en tratamiento con medicamentos cardiovasculares estándar (ej. betabloqueadores, IECA/ARA-II, estatinas, aspirina) pueden ser seguidos en la IPS primaria, siempre que haya una colaboración estrecha con cardiología y se realicen chequeos periódicos.

Reumatología y reumatología pediátrica



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Artritis Reumatoidea</p> <p>Lupus Eritematoso Sistémico</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE10 M05 -M32 	Estado de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • AR en remisión o bajo control: Si el paciente presenta remisión clínica, definida por ausencia de signos clínicos de inflamación y bajos niveles de actividad de la enfermedad (medidos mediante índices como el DAS28), el manejo puede ser llevado por medicina general. Se deben realizar controles regulares para detectar síntomas de recaída. • LES leve: Pacientes con LES leve, definido por la afectación limitada a la piel (lupus cutáneo) o articulaciones (artritis no erosiva), sin compromiso de órganos mayores como riñones, cerebro, o corazón, pueden ser manejados en la IPS primaria. El médico general debe controlar síntomas y efectos secundarios de la medicación.
	Tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con tratamiento estable: Los pacientes que responden adecuadamente a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs) tradicionales, como metotrexato, leflunomida o sulfasalazina, y que no presentan efectos secundarios importantes, pueden ser manejados por un médico general. Es necesario realizar monitoreos regulares de laboratorios (hemograma, función hepática y renal) según las pautas del especialista. • Pacientes con tratamiento estable: Aquellos con un tratamiento estable, como antipalúdicos (hidroxicloroquina), dosis bajas de corticosteroides, o inmunosupresores leves (como azatioprina o metotrexato), pueden ser seguidos en la IPS primaria. Es crucial que el médico general controle los efectos secundarios, como la toxicidad hepática o renal, y realice monitoreos regulares de laboratorio.
	Daño estructural o funcional	<ul style="list-style-type: none"> • AR sin daño estructural: Los pacientes que no presentan daño estructural significativo (evaluado mediante radiografías u otras pruebas de imagen) o discapacidad funcional importante pueden ser manejados en la IPS primaria con revisiones regulares. Es importante que el médico general esté atento a cualquier signo de progresión de la enfermedad. • LES estable o en remisión: Pacientes con enfermedad bien controlada y en remisión clínica, con parámetros inflamatorios normales (como ANA o anti-DNA negativos o bajos), y sin exacerbaciones recientes, pueden ser manejados por medicina general con monitoreos regulares. La remisión puede mantenerse con dosis bajas de corticosteroides y/o antipalúdicos como la hidroxicloroquina.
	Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades controladas: Pacientes con comorbilidades como hipertensión, dislipidemia o diabetes bien controladas pueden ser manejados en la IPS primaria. El médico general debe asegurarse de que las interacciones farmacológicas entre el tratamientos de la enfermedad y las comorbilidades estén bajo control.
	Complicaciones extraarticulares	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de manifestaciones extraarticulares: Si el paciente no presenta manifestaciones extraarticulares, como nódulos reumatoides, vasculitis, o complicaciones pulmonares, puede ser manejado de manera adecuada en medicina general, siempre que se realicen evaluaciones periódicas. • Manifestaciones leves: Si las manifestaciones extraarticulares son leves (como fotosensibilidad o artralgias no discapacitantes), el manejo puede continuar en la IPS primaria. Es importante que el médico general tenga en cuenta el riesgo de exposición solar y la necesidad de protección con bloqueadores solares.
	Control de síntomas e inflamación	<ul style="list-style-type: none"> • Si el dolor y la inflamación están bien controlados con AINEs y FAMEs, y el paciente tiene una buena calidad de vida, el manejo puede continuar en la IPS primaria. Es importante que el médico general esté capacitado para ajustar el tratamiento y prevenir complicaciones asociadas a la inflamación crónica y los síntomas cutáneos y articulares.
	Seguimiento clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo regular: En pacientes con AR estable, el médico general puede encargarse de realizar controles periódicos, incluidos exámenes de laboratorio (hemograma, función hepática y renal, etc.) cada 3 a 6 meses, dependiendo del fármaco. También puede monitorear la aparición de efectos secundarios del tratamiento, como toxicidad hepática o renal, y detectar signos de actividad de la enfermedad. • Monitoreo regular: Los pacientes con LES en remisión o estable deben ser monitoreados regularmente en la IPS primaria. Esto incluye pruebas de laboratorio para evaluar la función renal, hemograma, niveles de complemento (C3, C4) y anticuerpos (anti-DNA) cada 3 a 6 meses. También es importante realizar revisiones periódicas para detectar cualquier signo temprano de recaída o efectos secundarios de la medicación.
	Educación y prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: El médico general debe educar al paciente sobre la importancia de evitar la exposición solar excesiva, mantener una buena adherencia al tratamiento, y realizar un seguimiento regular. Además, es fundamental educar sobre los factores de riesgo que pueden desencadenar brotes, como el estrés o infecciones. • Vacunación y prevención de infecciones: Dado que los pacientes con LES, especialmente los que están bajo tratamiento inmunosupresor, tienen mayor riesgo de infecciones, es fundamental que el médico general supervise las vacunas recomendadas (como la vacuna antigripal y la vacuna contra el neumococo) y prevenga infecciones.

Neurología

Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Epilepsia</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE10 G40 	<p>Estabilidad de la enfermedad</p> <p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>Enfermedades neurológicas estables: Pacientes con enfermedades neurológicas crónicas pero estables, como migrañas bien controladas, epilepsia con crisis controladas o neuropatías periféricas leves, pueden ser manejados en la IPS primaria. El médico general puede supervisar el tratamiento farmacológico y realizar evaluaciones periódicas para ajustar dosis o detectar efectos secundarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con crisis controladas y un tratamiento antiepiléptico estable pueden ser seguidos por medicina general. • Si hay aumento en la frecuencia de las crisis o problemas con los efectos secundarios de la medicación, se debe referir al neurólogo. <p>Tratamiento estable y de bajo riesgo: Pacientes que requieren medicaciones de uso común, como analgésicos para migrañas o antiepilépticos de bajo riesgo con niveles estables, pueden ser seguidos por el médico general. En estos casos, se deben realizar controles periódicos de laboratorio para evaluar la función hepática o renal cuando sea necesario.</p>
<p>Accidente cerebrovascular (ACV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE10 I67 - I68 - I69 	<p>Gravedad de las manifestaciones clínicas</p> <p>Comorbilidades y riesgo de complicaciones</p>	<p>Síntomas neurológicos leves o controlados: Aquellos con síntomas neurológicos leves, como vértigo benigno o cefaleas tensionales esporádicas, pueden ser manejados adecuadamente en la IPS primaria. El médico general puede realizar el seguimiento sintomático y derivar al neurólogo en caso de exacerbaciones o cambios en los síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con un ACV bien recuperado y sin secuelas importantes pueden ser seguidos en medicina general para el manejo de factores de riesgo (hipertensión, diabetes, dislipidemia). • Si hay secuelas neurológicas significativas o riesgo de nuevos eventos, el paciente debe continuar bajo seguimiento neurológico. <p>Comorbilidades controladas: Pacientes con comorbilidades bien controladas, como hipertensión, diabetes o dislipidemia, y una condición neurológica estable pueden ser seguidos en medicina general. Es importante que el médico general supervise las interacciones entre los medicamentos para las comorbilidades y los tratamientos neurológicos.</p>
<p>Enfermedad de Parkinson</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE10 G20 	<p>Control de síntomas y calidad de vida</p> <p>Monitoreo y seguimiento</p>	<p>Control de síntomas adecuado: Pacientes con buena respuesta a la medicación neurológica y sin exacerbaciones recientes de su condición pueden ser manejados en la IPS primaria. Esto incluye pacientes con migrañas que responden bien a medicamentos preventivos o pacientes epilépticos con crisis bien controladas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes en fases iniciales con síntomas bien controlados pueden ser monitoreados por el médico general. Es crucial realizar ajustes de medicación según las indicaciones del neurólogo. • En fases avanzadas o con complicaciones motoras, el manejo debe ser en conjunto con neurología. <p>Monitoreo regular por medicina general: Pacientes neurológicos estables deben ser monitoreados regularmente en la IPS primaria para detectar cambios en los síntomas, ajustar la medicación si es necesario, y realizar pruebas de laboratorio relacionadas con los efectos secundarios de los medicamentos. Por ejemplo, pacientes en tratamiento crónico con antiepilépticos necesitan controles periódicos de niveles séricos de los fármacos, y aquellos en tratamiento con levodopa deben ser monitoreados para detectar signos de sobretratamiento en la enfermedad de Parkinson.</p>
<p>Cefalea/ Migraña</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE10 G43 – G44 	<p>Control de síntomas y calidad de vida</p> <p>Educación del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si las crisis son poco frecuentes y están bien controladas con tratamiento profiláctico o agudo, el seguimiento puede hacerse en medicina general. • En caso de exacerbaciones o cambios en el patrón de dolor, se requiere la intervención del neurólogo. <p>Autocuidado y educación: El médico general debe educar al paciente sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, la identificación de signos de alarma y las medidas preventivas según la condición neurológica. Por ejemplo, en pacientes con epilepsia, es esencial que conozcan los factores desencadenantes de las crisis y las medidas de seguridad. En pacientes con migrañas, se debe informar sobre los factores que pueden precipitar los ataques y la importancia de una buena higiene del sueño. Periódicos de niveles séricos de los fármacos, y aquellos en tratamiento con levodopa deben ser monitoreados para detectar signos de sobretratamiento en la enfermedad de Parkinson.</p>

Neurocirugía



Diagnósticos	Criterios orientadores para contrarreferencia a IPS primaria (Medicina General)	Descripción
<p>Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 del S00 al T98 	<p>Estabilidad de la condición neuroquirúrgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes estables postquirúrgicos: Si el paciente ha sido sometido a cirugía neuroquirúrgica, pero su recuperación es estable y sin complicaciones inmediatas, puede ser manejado en la IPS primaria para el seguimiento de la cicatrización, la rehabilitación física y la detección de posibles complicaciones leves.
<p>Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 del M00 al M99 	<p>Complicaciones neurológicas asociadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sin complicaciones neurológicas: Pacientes que han sido operados sin complicaciones neurológicas residuales, como déficits motores o sensoriales, y que tienen un pronóstico favorable en la fase de recuperación, pueden ser manejados por medicina general. El seguimiento debe enfocarse en la cicatrización y el control del dolor.
<p>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 del R00 al R99 	<p>Complejidad del tratamiento farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento farmacológico estándar: Pacientes con tratamientos farmacológicos estándar, como analgésicos no opioides o anticonvulsivos de bajo riesgo, pueden ser manejados en la IPS primaria. El médico general debe supervisar la correcta administración y el ajuste de dosis cuando sea necesario.
<p>Enfermedades del sistema nervioso</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 del G00 al G99 	<p>Rehabilitación y recuperación funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes en rehabilitación leve: Pacientes en fases de recuperación funcional leve, como aquellos que han sido operados por una hernia discal sin secuelas significativas o una cirugía cerebral que no afectó funciones críticas, pueden ser seguidos en medicina general. El médico general puede coordinar con fisioterapeutas y otros especialistas para asegurar una rehabilitación adecuada.
<p>Tumores [neoplasias]</p> <ul style="list-style-type: none"> CIE 10 del C00 al D48 	<p>Enfermedades neurológicas crónicas con tratamiento quirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades crónicas controladas: Pacientes con enfermedades neurológicas crónicas tratadas quirúrgicamente, como hidrocefalia tratada con derivación o malformaciones arteriovenosas cerebrales controladas, pueden ser seguidos en medicina general para la evaluación periódica de su estado general y control de comorbilidades. Sin embargo, cualquier signo de disfunción del dispositivo implantado o recurrencia de la condición debe derivarse rápidamente al neurocirujano.
<p></p>	<p>Seguimiento postoperatorio y pruebas de control</p>	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo regular por medicina general: Si el paciente está en una fase postoperatoria estable sin complicaciones inmediatas, puede ser manejado por el médico general. Es crucial que se realicen las pruebas de control necesarias, como estudios de imágenes (por ejemplo, resonancia magnética o tomografía computarizada), en las fechas programadas por el neurocirujano.
<p></p>	<p>Condiciones neuroquirúrgicas específicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hernia de disco: Pacientes que han sido tratados quirúrgicamente por hernias de disco sin complicaciones neurológicas residuales pueden ser manejados en la IPS primaria. Se debe prestar especial atención al manejo del dolor y la recuperación de la movilidad. Traumatismo craneoencefálico (TCE): Pacientes con TCE leve o moderado que han sido tratados quirúrgicamente pero sin secuelas importantes pueden ser seguidos en medicina general. En caso de empeoramiento de los síntomas (como cefalea persistente, confusión o convulsiones), el paciente debe ser referido de nuevo a neurocirugía. Tumores cerebrales: Pacientes operados de tumores cerebrales benignos que no requieren seguimiento inmediato en neurocirugía pueden ser manejados en la IPS primaria, pero con monitoreo cercano para signos de recidiva o complicaciones. Los pacientes con tumores malignos requieren seguimiento conjunto con oncología y neurocirugía.
<p></p>	<p>Educación y autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Educación del paciente y prevención: El médico general debe educar al paciente sobre los signos de complicaciones y la importancia de la adherencia al tratamiento y las recomendaciones postquirúrgicas. Por ejemplo, en pacientes con válvulas de derivación, se debe informar sobre los síntomas de mal funcionamiento, como dolores de cabeza severos, náuseas o cambios en el estado mental.
<p></p>	<p></p>	<ul style="list-style-type: none"> Medidas preventivas: El médico general también puede trabajar en la prevención de nuevas complicaciones o recaídas, como en pacientes con antecedentes de accidentes cerebrovasculares tratados quirúrgicamente, donde el control de factores de riesgo cardiovascular es esencial.