



Criterios de
remisión a
especialidades
médicas



Criterio Pág

➤ Generalidades.....	03
➤ Medicina Interna.....	04
➤ Cirugía General.....	05
➤ Ginecología.....	06
➤ Ortopedia y Traumatología.....	07
➤ Oftalmología.....	08
➤ Urología.....	09
➤ Otorrinolaringología.....	10
➤ Psiquiatría.....	11
➤ Dermatología.....	12

Generalidades



Criterios de remisión a especialidades médicas desde medicina general

Introducción

EPS Famisanar con el propósito de fortalecer las acciones que nos permitan brindar una atención en salud oportuna a nuestros afiliados, presenta al equipo de profesionales de medicina general los "Criterios de remisión a especialidades médicas".

Los "Criterios de remisión a especialidades médicas", buscan apoyar el trabajo diario de los médicos generales en los diferentes servicios donde se desenvuelven, favoreciendo la recordación de manera clara y precisa de los criterios de remisión y paraclínicos de apoyo básicos para el direccionamiento a las especialidades médicas.



Lineamientos Generales

1

Los médicos generales, así como demás profesionales del equipo de salud deberán adherirse a los lineamientos definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con énfasis en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal.

2

Los equipos de salud descritos deberán seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica y los protocolos definidos por la IPS en su modelo de prestación en relación con la remisión a especialidades.

3

El médico general, se encuentra capacitado para resolver los principales problemas de salud con un enfoque integral y preventivo de los conceptos biológicos, psicológicos y sociales. Así mismo, será capaz de orientar el saber adquirido hacia la práctica de un trabajo en equipo y contribuir a la educación en salud del individuo, la familia y la comunidad ejerciendo con criterio su autonomía para ordenar interconsultas pertinentes.

4

En las IPS donde el modelo de prestación lo contemple, los profesionales de medicina interna y medicina familiar definirán la remisión a otras especialidades y subespecialidades.

5

La especialidad de pediatría es considerada puerta de entrada para los afiliados menores de 18 años y será la única que defina la pertinencia de realizar la remisión a otras especialidades para esta población.

6

Tanto el médico general como el profesional de optometría serán quienes remita a la especialidad de oftalmología general en el ámbito ambulatorio sobre todo en caso de sospecha de patologías oculares diferentes a defectos de refracción.

7

El profesional de oftalmología general será quien defina la remisión a las subespecialidades oftalmológicas.

8

En los casos de pacientes crónicos, que no pertenezcan a un programa y cuenten con un tratamiento definido por la especialidad tratante, los médicos generales podrán formular dicho tratamiento para darle continuidad según lo indicado por el especialista. De igual manera puede supervisar el éxito clínico del manejo instaurado por un especialista dejando la valoración adicional solamente en caso de presentar desviaciones de la meta de tratamiento.

9

En los casos de pacientes que pertenezcan a un programa de crónicos en su IPS primaria, serán derivados por el medico del programa a las especialidades requeridas.



Aclaraciones de la Cartilla

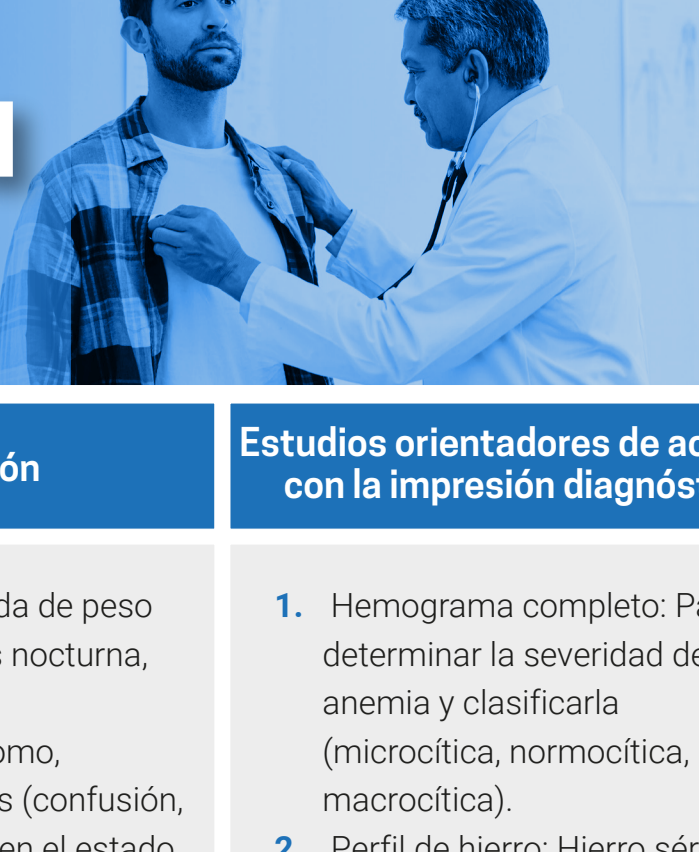
1

Los diagnósticos expuestos en la cartilla corresponden a los agrupadores de Códigos CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades) que pueden aplicar para manejo por la especialidad.

2

Los estudios orientadores corresponden a los paraclínicos, imagenología y demás ayudas diagnosticas que desde medicina general servirán como guía para complementar la impresión diagnóstica ante la remisión a una especialidad.

Medicina Interna



Diagnósticos	Criterios de remisión a la especialidad	Descripción	Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica
<p>1. Anemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • D50 – D64: Anemias nutricionales, hemolíticas, aplásicas y otras. 	<p>Anemia severa de difícil manejo y sospecha de origen secundario.</p> <p>Refractariedad al tratamiento inicial.</p> <p>Etiología incierta.</p>	<p>Síntomas como pérdida de peso inexplicada, diaforesis nocturna, fiebre, fatiga severa o linfoadenopatías, así como, síntomas neurológicos (confusión, parestesias, cambios en el estado mental) o cardíacos (diseño, palpitations, insuficiencia cardíaca) sugiere la necesidad de remisión para un manejo urgente y especializado.</p> <p>Si la hemoglobina es inferior a 7 g/dL, puede requerir manejo hospitalario o intervención especializada.</p> <p>En casos donde se sospecha una patología grave subyacente, como enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal, neoplasias, mielodisplasias, síndromes mieloproliferativos o signos de hemólisis, la remisión es necesaria para estudios más complejos y manejo especializado.</p> <p>Si el paciente no responde al tratamiento inicial con hierro, vitaminas o cualquier tratamiento específico, a pesar de la correcta adherencia, es indicativo de una condición más compleja y la remisión es necesaria para realizar estudios adicionales.</p> <p>Si después de la anamnesis, examen físico y pruebas básicas (hemograma, niveles de hierro, ferritina, vitamina B12, ácido fólico, etc.) no se encuentra una causa clara, o hay dudas sobre la naturaleza de la anemia, la evaluación por un especialista es esencial.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemograma completo: Para determinar la severidad de la anemia y clasificarla (microcítica, normocítica, macrocítica). 2. Perfil de hierro: Hierro sérico, ferritina, capacidad total de fijación de hierro (CTFH), saturación de transferrina para evaluar la presencia de anemia ferropénica. 3. Reticulocitos: Evaluar la respuesta de la médula ósea. 4. Niveles de vitamina B12 y ácido fólico: Para descartar anemia megaloblástica. 5. Frotis de sangre periférica: Para evaluar morfología celular y presencia de células anormales. 6. Bilirrubina, LDH, haptoglobina: Para evaluar hemólisis en anemias severas o acompañadas de síntomas sistémicos. 7. Examen de función renal (creatinina, BUN): Para evaluar insuficiencia renal como causa de anemia.
<p>2. Enfermedades autoinmunes de difícil diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • M30 – M36: Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo. 	<p>Incertidumbre diagnóstica o paraclínicos no permiten su confirmación.</p>	<p>Si el médico general no confirma el diagnóstico de una enfermedad autoinmune específica debido a no cumplir con la totalidad de los criterios de confirmación, una vez realizada la evaluación integral del caso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemograma completo, pruebas de función renal y hepática, para evaluar el estado general del paciente. 2. Perfil inmunológico: El médico general debe solicitar pruebas básicas para evaluar inflamación y detectar autoanticuerpos, como ANA, PCR y VSG, mientras que las pruebas más especializadas (como anti-dsDNA, ANCA, o anticuerpos antifosfolípidos) dependerán de los síntomas específicos del paciente. <ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpos antinucleares (ANA): Un resultado positivo puede sugerir lupus o una conectivopatía. • Anticuerpos anti-CCP y FR: Para valorar artritis reumatoide, si no se ha hecho previamente.
<p>3. Enfermedades crónicas del sistema respiratorio.</p> <p>Asma</p> <ul style="list-style-type: none"> • J450 Asma predominantemente alérgica. • J451 Asma no alérgica. • J458 Asma mixta. • J459 Asma no especificado. • J46X Estado asmático. <p>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • G473 Apnea del sueño. 	<p>Asma/EPOC que no responde al tratamiento instaurado.</p> <p>SAHOS</p>	<p>A pesar del tratamiento con corticoides inhalados y broncodilatadores a dosis altas, el paciente presenta sibancias, disnea o tos crónica, síntomas diurnos, síntomas nocturnos >1 vez por semana intermitentes, actividades con alguna limitación, exacerbaciones frecuentes o síntomas persistentes que requieren atención en urgencias o manejo con esteroides sistémicos.</p> <p>1. Una vez manejados los síntomas nasales obstructivos, implementado las recomendaciones de higiene del sueño y cambios de estilo de vida no presentan mejoría.</p> <p>2. Síntomas que persisten luego de manejo inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Ronquidos fuertes y persistentes. • Despertares frecuentes durante la noche. • Somnolencia de cansancio o somnolencia durante el día. • Dolor de cabeza matutino. • Dificultad para concentrarse o recordar cosas. • Pérdida de la libido. </p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espirometría pre y post broncodilatador: Para confirmar la obstrucción reversible de las vías respiratorias. 2. Radiografía de tórax: Para descartar otras causas de los síntomas respiratorios. 3. IgE total y pruebas de función alérgica: Para evaluar la presencia de asma alérgica. 4. Gasometría arterial (Si hay signos de insuficiencia respiratoria). 5. Baciloscopia seriada de esputo si presenta tos crónica. 6. Electrocardiograma (ECG) y ecocardiografía: Para evaluar la posibilidad de hipertensión pulmonar o cor pulmonale.
<p>4. Diabetes Mellitus Tipo 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • E10 - Diabetes mellitus insulino dependiente. 	<p>Sospecha diagnóstica o clasificación incierta.</p> <p>Control glucémico difícil o riesgo agudo elevado.</p> <p>Necesidad de régimen o tecnología no manejable en APS.</p> <p>Complicaciones microvasculares o comorbilidades asociadas a tipo 1.</p>	<p>1. Sospecha de tipo 1 en adulto por fenotipo/cursos (edad más joven, IMC bajo, pérdida de peso no intencional, ketoacidosis, hiperglucemia marcada)</p> <p>2. Duda clínica entre tipo 1 y tipo.</p> <p>1. Hipoglucemia grave, hipoglucemia recurrente o sospecha de hipoglucemia inadvertida (por riesgo y necesidad de ajuste tecnológico).</p> <p>2. Historia de crisis hiperglucémicas (cetoacidosis/hiperosmolar) o alto riesgo de recurrencia por barreras de acceso/adherencia a insulina y dispositivos (la intervención requiere equipo y red de soporte).</p> <p>1. Requerimiento de ajuste de terapia intensiva con múltiples dosis/bomba, educación avanzada de conteo de carbohidratos y correcciones, o implementación de métodos automatizados de infusión controlada de insulina.</p> <p>1. Tamizaje/seguimiento de comorbilidades propias de tipo 1 que cambian conducta (p. ej., TSH, sospecha clínica de celiacía) o complicaciones microvasculares que requieren coordinación (ojo/neuropatía/pie).</p>	<p>Paquete mínimo universal (tipo 1 y tipo 2)</p> <p>Debe adjuntarse (con fecha y valores):</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c (si no está disponible en los últimos 3 meses o si se requiere medición más temprana por inestabilidad). • Creatinina sérica con cálculo de eGFR. • Albuminuria • Perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos). • Hemograma (CBC con plaquetas) • Potasio sérico si usa IECA/ARAZ/diuréticos o si hay ERC (por seguridad de titulación y riesgo electrolítico). <p>Adicionales obligatorios o altamente recomendados en diabetes tipo 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • TSH (en personas con tipo 1, por asociación con autoinmunidad tiroidea, según tabla de evaluación).
<p>5. Diabetes Mellitus Tipo II</p> <ul style="list-style-type: none"> • E11 - Diabetes mellitus no insulino dependiente. 	<p>Hiperglucemia severa o catabolismo (prioritaria; urgencias si inestable)</p> <p>Fracaso de metas pese a intensificación correcta en APS (programada-prioritaria)</p> <p>Hipoglucemia clínicamente relevante</p> <p>Insulinización compleja o necesidad de tecnología (programada-prioritaria)</p> <p>Enfermedad renal crónica y/o progresión de albuminuria (interconsulta específica; puede coexistir con especialista diabetes)</p> <p>Complicaciones microvasculares o pie diabético de alto riesgo</p> <p>Neuropatía/pie</p> <p>Incertidumbre diagnóstica (tipo 1/LADA/otros)</p>	<p>1. HbA1c >10% o glucosa ≥300 mg/dL, o síntomas de hiperglucemia, o datos de catabolismo (pérdida de peso inesperada, cetosis, hipertiglicidemia); corresponde a escenario donde se recomienda considerar insulina y manejo estrecho.</p> <p>1. Si HbA1c está ≥1.5% por encima de la meta individual, suele requerirse terapia dual o agentes más potentes; si pese a escalamiento razonable y seguimiento (-3-6 meses) no se logra el objetivo, la remisión es pertinente para optimización avanzada (incluida estrategia inyectable, combinación con GLP-1 RA/GIP-GLP-1 RA e insulinización estructurada).</p> <p>2. En la GPC colombiana, un punto de decisión explícito para intensificar es HbA1c >9% (estable) con consideración de terapia combinada y/o insulinización según algoritmos; remitir sin haber aplicado el escalamiento básico es, en general, no pertinente.</p> <p>1. Hipoglucemia grave o recurrente (especialmente si usa insulina o sulfonilureas), hipoglucemia inadvertida o miedo a hipoglucemia que bloquee intensificación; requiere ajuste experto y, a menudo, tecnología/educación adicional.</p> <p>1. Necesidad de pasar de basal a esquemas más complejos, o uso/interpretación formal de CGM y reportes estandarizados para ajustes terapéuticos; la ADA recomienda que la tecnología se ofrezca e individualice, con entrenamiento inicial y continuo.</p> <p>1. En tipo 2 debe evaluarse función renal y albuminuria al menos anual, en ERC establecida se monitoriza 1-4 veces/año según estadio.</p> <p>2. Interconsulta a nefrología si eGFR <30, o si hay aumento rápido de albuminuria o caída rápida de eGFR, o dudas etiológicas o problemas de manejo (anemia, HTA resistente, alteraciones electrolíticas).</p> <p>1. Retinopatía: si hay hallazgos en tamizaje, se recomienda referencia oportuna a oftalmología; además, en tipo 2 el primer fondo de ojo dilataado es "al diagnóstico" y/o luego, en general, anual (puede espaciarse 1-2 años si repetidamente normal y bien controlado).</p> <p>1. Examen de pie al menos anual; monofilamento 10 g anual para riesgo de úlcera/amputación; cualquier úlcera, infección, isquemia, deformidad significativa o "pérdida de sensibilidad protectora" exige ruta de pie diabético (no solo consulta de diabetes).</p> <p>1. Sospecha de tipo 1 en adulto por fenotipo/cursos (edad más joven, IMC bajo, pérdida de peso no intencional, ketoacidosis, hiperglucemia marcada)</p> <p>2. Duda clínica entre tipo 1, LADA, tipo 2 u otras.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creatinina sérica y tasa de filtración glomerular (TFG): Para evaluar función renal y descartar nefropatía hipertensiva. 2. Electroelectrolitos (potasio, sodio): Especialmente si se sospecha hiperaldosteronismo primario. 3. Ecografía renal: Para detectar anomalías estructurales o insuficiencia renal crónica. 4. Aldosterona y actividad de renina plasmática: En caso de sospecha de hiperaldosteronismo. 5. MAPA (Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial): Para confirmar hipertensión resistente o descartar hipertensión de bata blanca. 6. Electrocardiograma (ECG): Para detectar hipertrofia ventricular izquierda, arritmias, o isquemia. 7. Ecocardiografía: En caso de sospecha de daño cardíaco, especialmente hipertrofia ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca. 8. Perfil lipídico: Para evaluar el riesgo cardiovascular en conjunto con la hipertensión. 9. Índice tobillo-brazo (ITB): Para valorar la presencia de enfermedad arterial periférica. 10. TSH (hormona tiroestimulante): Para descartar hipertiroidismo o hipotiroidismo asociado a HTA. 11. Cortisol plasmático o en orina de 24 horas: En pacientes con sospecha de síndrome de Cushing.
<p>6. Hipertensión Arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> • I10 Hipertensión arterial esencial (primaria) 	<p>Hipertensión refractaria o resistente.</p> <p>Sospecha de causas secundarias.</p> <p>Daño de órgano blanco.</p> <p>Pacientes jóvenes con HTA o de aparición súbita.</p>	<p>Pacientes en los que la presión arterial no logra controlarse a pesar del tratamiento con dosis o más antihipertensivos a dosis adecuadas, incluidos diuréticos, y modificaciones del estilo de vida. Pacientes que requieran la introducción de un tercer antihipertensivo, con el fin de evaluar la pertinencia terapéutica, posibles interacciones medicamentosas y el riesgo de efectos adversos asociados a la combinación farmacológica.</p> <p>Ante el fracaso del tratamiento instaurado se sospecha por otra condición subyacente, como enfermedad renal, hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, etc.</p> <p>Evidencia de daño en órganos como corazón (hipertrofia ventricular izquierda), riñones (albuminuria, deterioro de la función renal) o cerebro (accidente cerebrovascular).</p> <p>Pacientes menores de 40 años con hipertensión grado II o de inicio súbito sin antecedentes familiares ni factores de riesgo familiares, lo que puede sugerir una causa secundaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creatinina sérica y tasa de filtración glomerular (TFG): Para evaluar función renal y descartar nefropatía hipertensiva. 2. Electroelectrolitos (potasio, sodio): Especialmente si se sospecha hiperaldosteronismo primario. 3. Ecografía renal: Para detectar anomalías estructurales o insuficiencia renal crónica. 4. Aldosterona y actividad de renina plasmática: En caso de sospecha de hiperaldosteronismo. 5. MAPA (Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial): Para confirmar hipertensión resistente o descartar hipertensión de bata blanca. 6. Electrocardiograma (ECG): Para detectar hipertrofia ventricular izquierda, arritmias, o isquemia. 7. Ecocardiografía: En caso de sospecha de daño cardíaco, especialmente hipertrofia ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca. 8. Perfil lipídico: Para evaluar el riesgo cardiovascular en conjunto con la hipertensión. 9. Índice tobillo-brazo (ITB): Para valorar la presencia de enfermedad arterial periférica. 10. TSH (hormona tiroestimulante): Para descartar hipertiroidismo o hipotiroidismo asociado a HTA. 11. Cortisol plasmático o en orina de 24 horas: En pacientes con sospecha de síndrome de Cushing.
<p>7. Enfermedades de la glándula tiroidea</p> <ul style="list-style-type: none"> • E03-Hipotiroidismo. • E05-Hipertiroidismo. 	<p>Presencia de Síntomas Graves.</p> <p>Fracaso del tratamiento inicial.</p> <p>Sospecha de diagnóstico diferencial.</p>	<p>Presentación de síntomas graves, como palpitations, taquicardia severa, pérdida de peso inexplicada, ansiedad severa, cambios en el estado de conciencia, hipertensión, o arritmias como fibrilación auricular. Si el paciente tiene signos de una crisis tiroidea o síntomas de tirotoxicosis.</p> <p>Si el paciente no muestra mejoría significativa en los síntomas o en los niveles de TSH y hormonas tiroideas después de 3-6 meses de tratamiento con cambios en el estilo de vida y medicación.</p> <p>Pacientes que no responden al tratamiento adecuado con levotiroxina o presentan efectos adversos significativos. Pacientes que no responden al tratamiento con medicamentos antitiroideos como metimazol o propiltiouracilo, o que presentan efectos adversos graves.</p> <p>Sospecha de una causa secundaria, como hipotiroidismo central (ej. alteraciones de la hipófisis). Si el paciente tiene signos típicos de enfermedad de Graves (oftalmopatía, bocio difuso, mixedema pretibial). Sospecha de hipertiroidismo por amiodarona u otros medicamentos que pueden inducir hipertiroidismo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfil tiroideo (TSH, T4 libre y T3 libre): Para evaluar el control de la enfermedad y para definir si se trata de un caso primario o central. 2. Anticuerpos antitiroideos (anti-TPO, anti-tiroglobulina): Indicados en sospecha de tiroiditis autoinmune (Hashimoto) o cuando hay bocio o nódulos tiroideos. 3. Anticuerpos antirreceptor de TSH (TRAb): Indicados en pacientes con sospecha de enfermedad de Graves, ya que estos anticuerpos son típicos de esta patología. 4. Antiperoxidasa si se estudia hipotiroidismo subclínico. 5. Ecografía de tiroidea: Si se encuentra bocio o nódulos tiroideos, la ecografía es clave para evaluar características sospechosas y definir si se necesita una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF).
<p>8. Hipertlipidemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • E78-Hipertlipidemia. 	<p>Falta de respuesta a tratamiento.</p> <p>Efectos secundarios a medicamentos hipolipemiantes.</p> <p>Hipertlipidemia con alto riesgo cardiovascular.</p> <p>Sospecha de Dislipidemias familiares o severas.</p>	<p>Cuando el paciente no logra alcanzar las metas de control de colesterol LDL, colesterol total o triglicéridos después de 3-6 meses de tratamiento con cambios en el estilo de vida y medicación.</p> <p>Pacientes que desarrollan efectos adversos significativos con el tratamiento (mialgias severas, elevación de enzimas hepáticas) y requieren definición del tratamiento por médico especializado.</p> <p>Pacientes que han tenido un infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, o enfermedad arterial periférica, y requieren manejo especializado para la prevención secundaria. Pacientes diabéticos y/o hipertensos fuera de metas con dislipidemia no controlada, dado su alto riesgo de complicaciones cardiovasculares.</p> <p>Pacientes con sospecha de dislipidemias primarias, como hipercolesterolemia familiar, hiperbetaipoproteinemia, o hipertriglicidemia familiar, que requieren manejo especializado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfil lipídico completo: Incluye colesterol total, HDL, LDL, y triglicéridos. Se usa para evaluar la severidad de la hipertlipidemia y monitorear la respuesta al tratamiento. 2. Enzimas hepáticas (ALT, AST): Para evaluar toxicidad hepática en pacientes en tratamiento con estatinas. 3. CK (creatinina quinasa): En caso de mialgias severas o sospecha de toxicidad muscular por estatinas.
<p>9. Arritmias</p> <ul style="list-style-type: none"> • I49-Arritmia (Bradicardia, fibrilación auricular, ventricular, bloqueos). 	<p>Fracaso en el tratamiento médico.</p> <p>Arritmias sintomáticas.</p> <p>Factores de alto riesgo cardiovascular.</p> <p>Arritmias potencialmente graves.</p> <p>Sospecha de arritmias hereditarias.</p>	<p>Si la arritmia no responde al tratamiento o si el control es inadecuado a pesar del uso de antiarrítmicos, o si hay efectos adversos significativos.</p> <p>Pacientes que presentan síncope, mareos recurrentes, disnea, palpitations frecuentes, o angina. Estos síntomas pueden indicar una arritmia clinicamente significativa que requiere evaluación especializada.</p> <p>Pacientes con hipertensión o diabetes mellitus no controlada, antecedentes de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o enfermedad de arteriopatía coronaria, o si hay evidencia de cardiopatía isquémica, miocardiopatía o valvulopatía concomitante, en quienes las arritmias pueden ser secundarias a daño miocárdico previo y aumentar el riesgo de eventos adversos.</p> <p>Pacientes con taquicardias ventriculares, fibrilación ventricular, o extrasístoles ventriculares frecuentes deben ser remitidos para evaluación especializada y considerar un enfoque multidisciplinario. Todo paciente con diagnóstico reciente de fibrilación auricular debe ser evaluado por un especialista para evaluar la necesidad de anticoagulación y control del ritmo o de la frecuencia.</p> <p>Si el paciente tiene historia familiar de muerte súbita o si sospechan síndromes arritmicos hereditarios (como síndrome de QT largo o síndrome de Brugada).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Electrocardiograma (ECG): Para identificar el tipo específico de arritmia. 2. Pruebas de función tiroidea (TSH, T4 libre): En pacientes con fibrilación auricular o taquicardia sinusal, para descartar hipertiroidismo. 3. Pruebas de electrolitos (sodio, potasio, magnesio, calcio): Alteraciones electrolíticas pueden ser causa o consecuencia de la arritmia.
<p>10. Insuficiencia cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> • I50-Insuficiencia cardíaca. 	<p>Insuficiencia cardíaca descompensada.</p>	<p>Si el paciente no logra mejoría al tratamiento farmacológico por efectos secundarios o falta de respuesta clínica. Si el paciente continúa con signos de descompensación como disnea en reposo, ortopnea, fatiga, o edema a pesar de recibir tratamiento estándar (IECA, betabloqueadores, diuréticos). Pacientes con FEVI <40%.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Electrocardiograma (ECG): Para evaluar la presencia de arritmias, isquemia, o signos de sobrecarga ventricular. 2. Radiografía de tórax: Para detectar cardiomegalia, congestión pulmonar o derrame pleural, lo que indica IC descompensada. 3. Pruebas de función renal y electrolitos: La disfunción renal es frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca y los electrolitos pueden verse afectados por los diuréticos. 4. Pruebas de función hepática: Si se encuentra congestión hepática por insuficiencia cardíaca derecha. 5. Hemoglobina glicosilada (HbA1c) y perfil lipídico: Para evaluar la presencia de factores de riesgo metabólicos como diabetes y dislipidemia.
<p>11. Cefalea</p> <ul style="list-style-type: none"> • G43 – G44: Migraña y otros síndromes de cefalea. 	<p>Incertidumbre Diagnóstica.</p> <p>Cefalea Crónica de Difícil Manejo.</p> <p>Falla Terapéutica y Refractariedad.</p> <p>Impacto severo.</p> <p>Aura atípica/complicada.</p> <p>Sospecha de uso excesivo de medicación.</p> <p>Criterios para enviar directamente a Urgencias</p>	<p>Casos con fenotipo clínico atípico que no cumplen criterios ICHD-3 para cefaleas primarias o sospecha de etiología secundaria de curso subagudo sin criterios de urgencia.</p> <p>Pacientes con ≥15 días de dolor al mes por más de 3 meses, de los cuales ≥8 días presentan características migrañosas, que requieren esquemas de profilaxis compleja.</p> <p>Persistencia de alta carga de enfermedad (Puntaje MIDAS >11 o HIT-6 >60) tras falla documentada a ≥2 ciclos de profilaxis de primera línea en dosis terapéuticas durante un periodo mínimo de 12 semanas cada uno.</p> <p>Ausentismo o ≥2 Urgencias por cefalea en 3 meses.</p> <p>Presencia de síntomas neurológicos focales prolongados (>60 min), auras motoras (Migraña Hemipléjica), del tronco encefálico, retinianas o de inicio súbito que requieran diagnóstico diferencial especializado.</p> <p>Sospecha de uso excesivo de medicación (MOH) sin mejoría con plan inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea "trueno" / inicio súbito máximo (<1 min) o "peor de la vida". • Déficit neurológico focal, alteración de conciencia o convulsión. • Fiebre/meningismo, infección sistémica. • Papiledema o signos de hipertensión intracraneal. • Cefalea nueva/progresiva en: >50 años, embarazo/puerperio, cáncer/inmunosupresión, anticoagulación o post-trauma. 	<p>Diario de Cefalea: Registro de al menos 1 mes que documente frecuencia, intensidad y uso de rescates analgésicos.</p>
<p>12. Infección de vías urinarias recurrente, resistencia bacteriana o descortada de comorbilidad (sin sospecha de compromiso estructural)</p> <ul style="list-style-type: none"> • N30 Cistitis (N30.0 Aguda / N30.1 Intersticial crónica). • N10 – N12 Enfermedades tubulo-intersticiales renales (N10 Aguda / N11 Crónica). • N39 Otros trastornos del sistema urinario (N39.0 Infección de vías urinarias, sitio no especificado). 	<p>ITU Recurrente.</p> <p>Falla Terapéutica.</p> <p>Microorganismos Multidrogaresistentes (MDR).</p> <p>Paciente con Comorbilidad Descompensada.</p>	<p>≥2 episodios en 6 meses o ≥3 en un año, sin evidencia de alteración anatómica.</p> <p>Persistencia de bacteriuria significativa tras dos ciclos de antibiótico dirigidos.</p> <p>Hallazgo de gérmenes BLEE+ o similares que requieran ajuste terapéutico complejo.</p> <p>Diabetes mal controlada o inmunosupresión que complique la erradicación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urocultivo con Antibiograma: Al menos dos reportes de los últimos eventos. 2. Función Renal: Creatinina y BUN actualizados (últimos 30 días). 3. Ecografía Renal y de Vías Urinarias: Para descartar compromiso estructural antes de remitir a medicina interna. 4. HbA1c / Hemograma: Según la patología de base.
<p>13. Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L00-L09-Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo. 	<p>Pacientes con comorbilidades</p>	<p>Pacientes con diabetes mellitus descontrolada, insuficiencia renal crónica, inmunosupresión (por VIH, uso de corticoides o inmunosupresores) o cirrosis hepática.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen físico. 2. Hemograma completo: Para evaluar la presencia de leucocitosis o neutrofilia, indicadores de respuesta inflamatoria o sepsis. 3. Proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG): Marcadores de inflamación que ayudan a evaluar la severidad y respuesta al tratamiento.

Cirugía General



Diagnósticos

Criterios de remisión a la especialidad

Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica

CIRUGÍA GENERAL

Enfermedades del sistema digestivo

- CIE 10 K35, del K43 al K45, K56, K65 y K80.

Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas

- 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
- T00 Traumatismos Superficiales Que Afectan Múltiples Regiones Del Cuerpo

Tumores Benignos Lipomatosos

- CIE10 D17

TRAUMA CERRADO, TÓRAX Y ABDOMEN

Trauma cerrado de tórax y abdomen leve a moderado que recibió atención en urgencias y no presenta evolución favorable.

CIRUGÍAS ELECTIVAS O PROGRAMADAS

- Hernias de pared abdominal del adulto (primarias o complejas), así como pacientes postoperados de hernias de pared abdominal, corrección de hernias de pared abdominal y/o reconstrucción de pared abdominal en hernias complejas.

- **Colecistectomía:** extracción de la vesícula biliar por enfermedad litiásica o sospecha de complicación (cálculos vesiculares o coledocianos).

- Cierre o corrección de fístulas intestinales: Corrección de fístulas de intestino delgado, colon, gástricas.
- Adrenalectomía: resección de la glándula suprarrenal por enfermedades benignas (lesiones que secretan hormonas) o malignas.
- Funduplicatura: cirugía antirreflujo (solo en enfermedad refractaria o con factores de riesgo: Esófago de Barret, displasia o neumonía aspirativa recurrente).
- Corrección de hernia hiatal o diafragmática: Corrección de hernias del hiato esofágico o del diafragma vía laparoscópica.
- Esplenectomía: es la resección del bazo por enfermedades propias de este, enfermedades hematológicas o tumores (la mayoría de las veces se realiza por laparoscopia).

Remitir de forma inmediata a Urgencias para valoración por Cirugía General.

Estudios prequirúrgicos básicos según protocolo institucional.

Ecografía abdominal, perfil hepático, bilirrubinas total y fraccionada, fosfatasa alcalina y amilasa, según criterio clínico.

Cuadro hemático, radiografía de tórax, ecografía abdominal o pélvica (Estudios según protocolo y criterio clínico)

CIRUGÍA (O RUTA INSTITUCIONAL DE CÁNCER)

Los pacientes con sospecha de patología oncológica que comprometa cuello, tórax, abdomen, mama o extremidades deben ser remitidos inicialmente a cirugía general, quien será el responsable de realizar la valoración inicial y definir, de acuerdo con los hallazgos clínicos y paraclínicos, la pertinencia de la remisión a una supraespecialidad quirúrgica oncológica, así como la inclusión del paciente en la ruta integral de atención en cáncer, conforme al modelo de prestación de servicios de la IPS y a los lineamientos definidos por la EPS.

Pacientes con sospecha de cáncer gástrico

Remitir por sospecha si hay dispepsia o síntomas altos persistentes + cualquiera de estos signos de alarma:

- Pérdida de peso no intencional, anorexia marcada.
- Vómito persistente o vómito con sangre.
- Sangrado digestivo (melena/hematemesis) o anemia ferropénica.
- Disfagia/odinofagia progresiva.
- Masa abdominal, adenopatía supraclavicular izquierda, ictericia.
- Inicio reciente de síntomas en mayor de 50 o alto riesgo (familiar 1º grado, lesión preneoplásica previa, etc.)

Solicitar previo a la remisión:

- Hemograma (buscar anemia)
- Ferritina / hierro si anemia microcítica (sugiere ferropenia)
- Perfil hepático (si dolor RUQ, pérdida de peso, ictericia o sospecha de metástasis)
- Función renal/electrolitos si vómito/deshidratación (define urgencia y preparación de estudios).
- Procedimiento clave: Endoscopia digestiva alta (EDA) con biopsias ante signos de alarma o alta sospecha (no se "confirma" cáncer gástrico con ecografía)

Pacientes con sospecha de cáncer de colon

Remitir por sospecha si hay:

- Sangrado rectal persistente o recurrente (descartar hemorroides)
- Cambio del hábito intestinal >4-6 semanas (diarrea/estreñimiento nuevo, calibre de heces)
- Anemia ferropénica (sobre todo en hombres y posmenopáusicas)
- Pérdida de peso, dolor abdominal persistente, masa abdominal
- Síntomas de obstrucción (distensión, vómito fecaloide, ausencia de gases/heces) → urgencias
- Masa palpable al tacto rectal

Solicitar previo a la remisión:

- Hemograma.
- Ferritina/hierro si anemia.
- Prueba de sangre oculta/FIT: útil como tamizaje o triage en algunos escenarios, pero con signos de alarma no reemplaza colonoscopia.
- Procedimiento clave: Colonoscopia total con biopsia ante sangrado inexplicado, anemia ferropénica o cambios persistentes del hábito.
- NO pedir "ecografía abdominal" como prueba para descartar CCR: baja utilidad para lesión intraluminal.

Pacientes con sospecha de cáncer de mama

Remitir por sospecha si:
Sospecha clínica (lo que no se debe "observar y esperar")

- Masa palpable nueva (especialmente dura, irregular, fija)
- Retracción del pezón, piel de naranja, ulceración cutánea.
- Telorragia sanguinolenta unilateral.
- Adenopatía axilar/supraclavicular sospechosa (indurada, irregular y fija a planos profundos)
- Mastitis no puerperal o cuadro inflamatorio que no mejora en 7-10 días con manejo adecuado (pensar en cáncer inflamatorio).

Estudios mínimos (triple evaluación)

- Examen clínico documentado (localización por cuadrante, tamaño, movilidad, ganglios).
- Imagen dirigida según edad/escenario:
 - <40 años: suele iniciar con ecografía.
 - ≥50 (según disponibilidad/ruta): mamografía diagnóstica + ecografía si se requiere correlación.
 - Dependiendo de la densidad glandular de la mama (mamas densas o muy fibro- glandulares) se prefiere la ecografía entre los 40-50

Remitir a Cirugía de mama / Cirugía oncológica si:

- Masa palpable con imagen sospechosa o persistente.
- Consulta para revisión de imagen (mamografía o Ecografía) BI-RADS 4-5
- Signos clínicos altamente sugestivos aunque la primera imagen sea no concluyente (documentar y escalar por ruta rápida)

Ginecología



Diagnósticos

Enfermedades del sistema genitourinario

- CIE 10 N30, N70, N73, N75, N76, N80, N84, N91, N94 y N95.
- N60 Displasia Mamaria Benigna.
- N61 Trastornos Inflamatorios De La Mama.
- N62 Hipertrofia De La Mama.
- N63 Masa No Especificada En La Mama.
- N64 Otros Trastornos De La Mama.
- R92 Hallazgos Anormales En Diagnóstico Por Imagen De La Mama.

Leiomioma Del Útero

- CIE 10 D25.

Otras Anemias

- CIE 10 D64.

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

- CIE 10 A50, A60, B17, B24, B37 y B97.

Aborto Espontáneo

- CIE 10 O03.

Traumatismo Del Aparato Urinario Y De Los Órganos pélvicos

- CIE 10 S37.

Hallazgos Anormales En Muestras Tomadas De Órganos Genitales Femeninos

- CIE 10 R87.

Disfunción Ovárica

- CIE 10 E28.

Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos

- CIE 10 F52.

Criterios de remisión a la especialidad

- Dismenorrea y síndrome premenstruales severos o que no responden al tratamiento inicial (AINEs).
- Hemorragias uterinas anormales.
- Endometriosis.
- Quistes de ovario de alto riesgo, sospecha de malignidad o indicación quirúrgica.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Miomas con indicación quirúrgica.
- Displasia cervical.
- Infección por el virus del papiloma humano (VPH).
- Incontinencia urinaria.
- Prolapso genital.
- Galactorrea.
- Mastalgia o dolor mamario persistente.
- Fertilidad (infertilidad primaria o secundaria).
- No adherencia, intolerancia o falla a más de dos métodos de planificación familiar por efectos adversos o secundarios.
- Nódulos o masas mamarias sospechosas. Las pacientes con nódulos o masas mamarias con alta sospecha de malignidad deben ser remitidas prioritariamente a Cirugía de Seno y Tejidos Blandos o Mastología, para evaluación diagnóstica y terapéutica especializada.

Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica

Paraclínicos de acuerdo con diagnóstico y condición clínica de los pacientes:

- Reporte de citología.
- Reporte de serología.
- Ecografía de pelvis.
- Cultivo frotis vaginal.
- Cuadro hemático.
- Tipificación o ADN-VPH.
- Mamografía bilateral (MAYORES DE 50 AÑOS).
- Ecografía mamaria.
- Perfil hormonal: Prolactina y función tiroidea.
- Evaluación clínica integral.

Ortopedia y Traumatología



Diagnósticos	Criterios de remisión a la especialidad	Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica
Lumbalgia mecánica o dolor lumbar <ul style="list-style-type: none"> M54 Dorsalgia M54.1 Radiculopatía, si hay déficit motor 	<ol style="list-style-type: none"> Dolor lumbar persistente > 6 semanas a pesar de manejo conservador (analgésicos, fisioterapia, medidas ergonómicas). Déficit neurológico motor o sensitivo. Signos de alarma: incontinencia urinaria/fecal, anestesia en silla de montar, fiebre o pérdida de peso. Sospecha de hernia discal, estenosis lumbar o espondilolistesis.. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía lumbosacra AP y lateral. Hemograma y PCR si hay sospecha de infección o inflamación.
Cervicalgia o radiculopatía cervical. <ul style="list-style-type: none"> M50 / M54 Trastornos de disco cervical / Cervicalgia (M54.2). 	<ol style="list-style-type: none"> Dolor cervical persistente > 6 semanas con irradiación y sin respuesta al tratamiento. Déficit motor, sensitivo o reflejos alterados. Sospecha de compresión radicular o mielopatía cervical. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía cervical AP y lateral.
Gonalgia (dolor de rodilla). <ul style="list-style-type: none"> M25 Otros trastornos articulares, no clasificados (M25.5). 	<ol style="list-style-type: none"> Dolor articular crónico > 6 semanas sin respuesta al manejo médico. Sospecha de lesión meniscal o ligamentaria (pruebas positivas). Derrame articular persistente o hemartrosis. Sospecha de artrosis severa o deformidad angular. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía de rodilla AP, lateral y axial de rótula. Ecografía de tejidos blandos si hay sospecha de lesión meniscal o tendinosa.
Coxalgia (dolor de cadera). <ul style="list-style-type: none"> M25 Otros trastornos articulares, no clasificados (M25.5). 	<ol style="list-style-type: none"> Dolor persistente > 6 semanas con limitación funcional. Sospecha de necrosis avascular, fractura oculta o displasia. Dolor irradiado a ingle o rodilla sin causa evidente. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía de pelvis y cadera AP. Perfil metabólico y VSG si hay sospecha inflamatoria o infecciosa.
Omalgia (Dolor de hombro). <ul style="list-style-type: none"> M75 Lesiones del hombro (Capsulitis, tendinitis, manguito). 	<ol style="list-style-type: none"> Limitación funcional persistente > 4-6 semanas a pesar de manejo médico y fisioterapia. Sospecha de ruptura del manguito rotador o inestabilidad glenohumeral. Luxaciones recurrentes o rigidez severa (hombro congelado). 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía de hombro AP y lateral escapular. Ecografía de hombro (valoración tendinosa).
Esguince de tobillo. <ul style="list-style-type: none"> S93 Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie. 	<ol style="list-style-type: none"> Dolor persistente > 4 semanas o limitación funcional. Sospecha de fractura oculta, esguince severo o lesión osteocondral. Deformidades estructurales (pie plano rígido, pie cavo). 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía de tobillo o pie (AP, lateral y oblicua). Ecografía musculotendinosa si hay sospecha de lesión de tendones o ligamentos.
Deformidades óseas o articulares (niños o adultos). <ul style="list-style-type: none"> M20 – M21 Deformidades adquiridas de los dedos y extremidades. 	<ol style="list-style-type: none"> Escoliosis progresiva. Displasia de cadera, genu varo/valgo, discrepancia en longitud de miembros > 1.5 cm. Deformidad progresiva o dolorosa. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía panorámica de columna o miembros inferiores. Ecografía de cadera (en lactantes).
Trauma musculoesquelético (sin fractura evidente). <ul style="list-style-type: none"> S00 – S99 Traumatismos (Usar códigos S según región) 	<ol style="list-style-type: none"> Dolor y edema persistente > 2 semanas. Sospecha de fractura oculta o lesión ligamentaria significativa. Sospecha de síndrome compartimental o rotura tendinosa. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía de la zona afectada. Ecografía musculotendinosa.
Fractura diagnosticada en RX. <ul style="list-style-type: none"> S02 – S92 Fracturas (Sustentadas por hallazgo radiológico). 	<ol style="list-style-type: none"> Fractura desplazada, con compromiso articular o angulación. Fractura con exposición, alteración neurovascular o en paciente pediátrico. Fracturas que requieren reducción quirúrgica o fijación. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía AP y lateral de la región comprometida. Hemograma y pruebas prequirúrgicas si procede (TP, TPT, creatinina).
Tumor óseo o masa ósea dolorosa. <ul style="list-style-type: none"> C40 / D16 Tumor maligno de hueso / Tumor benigno de hueso. 	<ol style="list-style-type: none"> Masa ósea progresiva, dolor nocturno o aumento de volumen. Alteración ósea en radiografía sin causa traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía simple del segmento afectado.
Artrosis (osteoartritis) de rodilla, cadera, mano u otras articulaciones. <ul style="list-style-type: none"> M15 – M19 Artrosis (M16 Cadera, M17 Rodilla, M18 Mano). 	<ol style="list-style-type: none"> Dolor articular crónico (> 6–12 semanas) con limitación funcional significativa Falla al manejo conservador adecuadamente instaurado. Progresión clínica o estructural de la enfermedad, con deformidad articular (varo/valgo), disminución significativa del rango de movimiento o síntomas mecánicos relevantes. Presentaciones atípicas, sospecha diagnóstica no clara o cuando se requiera valoración para procedimientos especializados (infiltraciones o manejo quirúrgico), según la articulación comprometida. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía de la articulación afectada VSG y/o PCR únicamente en casos con sospecha de componente inflamatorio, infeccioso o presentación clínica atípica.

Oftalmología



Diagnósticos	Criterios de remisión a la especialidad	Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica
<p>Desprendimiento de retina (sospecha clínica).</p> <ul style="list-style-type: none"> H33 Desprendimiento y desgarro de la retina. 	<ol style="list-style-type: none"> Aparición reciente de miodesopsias, destellos de luz (fotopsias), sensación de “cortina” o sombra visual. Disminución súbita de la agudeza visual. 	<ul style="list-style-type: none"> Agudeza visual Oftalmoscopia directa/indirecta
<p>Oclusión vascular retiniana.</p> <ul style="list-style-type: none"> H34 Oclusión vascular de la retina. 	<ol style="list-style-type: none"> Pérdida visual súbita, ojo con fondo pálido (arteria) o hemorragias en fondo (vena). Sospechar en pacientes con factores de riesgo (HTA, FA, aterosclerosis). 	<ul style="list-style-type: none"> Agudeza visual Fondo de ojo ECG/ECG Holter si hay sospecha de embolia cardíaca, glicemia y perfil lipídico.
<p>Conjuntivitis alérgica</p> <ul style="list-style-type: none"> H101 Conjuntivitis atópica aguda H104 Conjuntivitis crónica H118 Otros trastornos especificados de la conjuntiva H162 Queratoconjuntivitis. 	<ol style="list-style-type: none"> Ausencia de mejoría clínica tras 4 semanas de tratamiento bien conducido con antihistamínicos tópicos y medidas ambientales. Pacientes con ≥ 3 episodios de agudización por año que impactan la calidad de vida o el desempeño laboral/escolar. Presencia de papilas gigantes en conjuntiva tarsal (Conjuntivitis Papilar Gigante), compromiso del limbo esclerocorneal o sospecha de Queratoconjuntivitis Vernal o Atópica. Dolor ocular intenso, fotofobia marcada o disminución progresiva de la agudeza visual asociada al cuadro alérgico. Pacientes que por su severidad requieren corticoides tópicos (estos deben ser titulados y vigilados por el especialista por riesgo de glaucoma e infección). 	<ul style="list-style-type: none"> Medición de Agudeza Visual Examen Físico Segmentario: Descripción de la presencia de quemosis (edema conjuntival), hiperemia y tipo de secreción (hialina/mucosa).
<p>Conjuntivitis con compromiso visual (diferenciar causas: úlcera corneal/queratitis, glaucoma agudo, escleritis)</p> <ul style="list-style-type: none"> H16 Queratitis. 	<ol style="list-style-type: none"> Conjuntivitis con dolor intenso, disminución visual y/o fotofobia. Signos de urgencia: midriasis fija, córnea opaca con ulceración, exudado purulento. Sospecha de queratitis Sospecha de enfermedad de transmisión sexual en recién nacidos (conjuntivitis neonatal purulenta) Si no hay mejoría en 48–72 h con tratamiento inicial adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> Agudeza visual Si hay disponibilidad de resultado de cultivo corneal/ frotis
<p>Uveítis (anterior, intermedia, posterior) o iridociclitis nueva o recurrente.</p> <ul style="list-style-type: none"> H20 Iridociclitis (Incluye anterior, intermedia y posterior). 	<ol style="list-style-type: none"> Células en cámara anterior, dolor ocular moderado, fotofobia, visión borrosa persistente, uveítis bilateral o recurrente Uveítis con signos sistémicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Agudeza visual Fondo de Ojo VSG/PCR Hemograma
<p>Endoftalmitis</p> <ul style="list-style-type: none"> H44 Trastornos del globo ocular 	<ol style="list-style-type: none"> Dolor ocular intenso, disminución marcada de la visión, hipopión Reacción inflamatoria severa post cirugía o inyección intravítrea. Remisión inmediata a urgencias oftalmológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Hemocultivos PCR
<p>Retinopatía diabética (screening/lesiones)</p> <ul style="list-style-type: none"> H36* Trastornos de la retina en enfermedades clasificadas (E10-E14). 	<ol style="list-style-type: none"> Todo paciente con diabetes: examen ocular dilatado al diagnóstico. Cada 2 años tras inicio de diagnóstico de diabetes. Remitir a oftalmología si hay retinopatía no proliferativa moderada-severa, signos de retinopatía proliferativa, edema macular clínicamente significativo o embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Agudeza Visual. HbA1c.
<p>Glaucoma sospechoso</p> <ul style="list-style-type: none"> H400 Sospecha de glaucoma. 	<ol style="list-style-type: none"> Presión intraocular persistente elevada. Excavación papilar o defecto campimétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Fondo de ojo. Campo visual subjetivo.
<p>Catarata que limita la actividad diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> H25 – H26 Catarata senil y otras cataratas. 	<ol style="list-style-type: none"> Disminución progresiva de la agudeza visual que afecta actividades profesionales o de la vida diaria Confirmación clínica de opacidad del cristalino con beneficio potencial de manejo quirúrgico. Catarata asociada a comorbilidades (diabetes, uveítis, trauma ocular). 	<ul style="list-style-type: none"> Agudeza visual Examen ocular básico.
<p>Pterigión</p> <ul style="list-style-type: none"> H11 Otros trastornos de la conjuntiva (H11.0 Pterigión). 	<ol style="list-style-type: none"> Pterigión grado 3–4 o crecimiento $>2-3$ mm sobre córnea con disminución visual. Disminución de la agudeza visual, astigmatismo inducido o síntomas persistentes pese a manejo conservador. Episodios inflamatorios recurrentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Agudeza visual. Examen ocular básico. Indicar al paciente a aportar al especialista una fotografía sencilla (tomada desde el celular), para los casos de Pterigión grado 3–4
<p>Estrabismo / leucocoria (pediatría)</p> <ul style="list-style-type: none"> H49 – H50 Estrabismo paralítico y otros estrabismos. H44 / C69 Trastornos del globo / Tumor maligno del ojo (Retinoblastoma). 	<ol style="list-style-type: none"> Reflejo rojo pupilar anormal en recién nacido (pupila blanca/leucocoria). Remitir urgentemente (posible catarata congénita o retinoblastoma). Estrabismo/bebés $>4-6$ meses en lactantes/bebés o estrabismo nuevo en cualquier edad. Ambliopía sospechada. 	<ul style="list-style-type: none"> Test reflejo rojo pupilar. Agudeza Visual y evaluación ocular completa adaptado por edad. Ecografía ocular si hay leucocoria y medios opacos.
<p>Enfermedades palpebrales y anexos: lesiones sospechosas de malignidad</p> <ul style="list-style-type: none"> C44 / D23 Tumor maligno de la piel / Tumor benigno de la piel (párpado). 	<ol style="list-style-type: none"> Lesiones palpables de crecimiento progresivo, con ulceración, sangrado o lesiones pigmentadas irregulares. 	<ul style="list-style-type: none"> Examen físico. Agudeza visual.

* El profesional de oftalmología general será quien defina la remisión a las subespecialidades oftalmológicas.

Urología



Diagnósticos

Enfermedades del sistema genitourinario

- 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.

Criterios de remisión a la especialidad

Pacientes con:

1. Indicación quirúrgica (Obstrucción de vías urinarias, masas en el tracto urinario, nefrolitiasis y urolitiasis en general)).
2. Infección de vías urinarias con compromiso estructural, funcional o mecánico del tracto urinario (Litiasis renal/ureteral, hiperplasia prostática benigna (HPB) o estenosis).
3. Alteración PSA: 2 PSA positivos con intervalo de 5 semanas y tacto rectal anormal.
4. Hematuria de etiología a definir.
5. Incontinencia urinaria (masculina o femenina) moderada a severa, persistente o refractaria al manejo inicial, o asociada a síntomas obstructivos, infecciones urinarias recurrentes o deterioro de la calidad de vida.
6. Prolapso vesical (cistocele) sintomático en mujeres, especialmente cuando se asocia a incontinencia urinaria, infecciones recurrentes, vaciamiento incompleto o falla al manejo conservador.

Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica

- Ecografía Vías Urinarias (Riñones, vejiga y próstata transabdominal)
- Uroanálisis.
- Creatinina y BUN.
- PSA (Antígeno Prostático Específico)

Otorrinolaringología



Diagnósticos	Criterios de remisión a la especialidad	Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica
<p>Hipoacusia</p> <ul style="list-style-type: none"> • CI10 del H900 al H919. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipoacusia asimétrica (una diferencia de 15 dB o mayor de PTA entre ambos oídos). 2. Hipoacusia conductiva o mixta. 3. Hipoacusia neurosensorial simétrica con PTA (promedio tonal audiometrico) mayor o igual a 35 dB. 4. Hallazgos de patologías óticas asociadas (perforación de tímpano, malformaciones etc.). 5. Deterioro auditivo progresivo que impacta la comunicación, el desempeño laboral o la calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiometría tonal, logaudiometría impedanciometría • La valoración y solicitud de estudios audiológicos en población pediátrica debe ser ordenada y guiada por el especialista en Otorrinolaringología.
<p>Rinitis Alérgica</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10 del J300 a J348. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidencia de obstrucción mecánica de la vía aérea superior (desviación septal, masas, etc.). 2. Falta de respuesta clínica tras ≥ 3 meses de manejo médico adecuado. 3. Rinosinusitis agudas recurrentes. 4. Sospecha de rinosinusitis crónica o poliposis nasal. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se requieren pruebas alérgicas de rutina para la remisión. • La indicación de IgE específica, pruebas cutáneas o imágenes será definida por el especialista ORL.
<p>Apnea del Sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10: G473 Apnea del sueño. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez manejados los síntomas nasales obstructivos, implementado las recomendaciones de higiene del sueño y cambios de estilo de vida no presentan mejoría. 2. Síntomas que persisten luego de manejo inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Ronquidos fuertes y persistentes. • Despertares frecuentes durante la noche. • Sensación de cansancio o somnolencia durante el día. • Dolor de cabeza matutino. • Dificultad para concentrarse o recordar cosas. • Pérdida de la libido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rx cavum faríngeo en niños.
<p>Otorrea crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10: H921 Otorrea. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otorrea persistente $> 2-6$ semanas a pesar de tratamiento. 2. Otorrea recurrente con pérdida auditiva. 3. Sospecha de colesteatoma (perforación marginal, epitelio blanco). 4. Signos de complicación (mastoiditis, parálisis facial, dolor intenso, fiebre). 	<ul style="list-style-type: none"> • Otoscopia • Audiometría tonal y timpanometría. • Cultivo de exudado si hay secreción purulenta prolongada.
<p>Epistaxis recurrente o masiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10: R040 Epistaxis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epistaxis que no cede con maniobras básicas (compresión nasal 10–15 min, vasoconstrictor tópico) o que recidiva frecuentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina/hematocrito si sangrado significativo. • TP/INR/TPT en pacientes anticoagulados.
<p>Sinusitis complicada / crónica refractaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10: J01 y J32. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fracaso de tratamiento médico >12 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma y PCR.
<p>Vértigo con signos neurológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIE 10: H81. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vértigo súbito con nistagmo persistente, déficit neurológico focal, cefalea severa, diplopía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neurológico. • Audiometría si hay hipoacusia asociada.

Psiquiatría



Diagnósticos

Criterios de remisión a la especialidad

Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica

Trastornos del Afecto

Trastornos del Afecto

1. Trastornos del afecto

- CIE 10 F32 Episodio Depresivo
- CIE 10 del F804 al F413
- CIE 10 del F418 y F419
- CIE 10 del F928 al F932
- CIE 10 F603
- CIE 10 R458

Pacientes con síntomas como:

- Síntomas asociados a trastornos del ánimo que persistan a pesar de manejo de 1ra y 2da línea a dosis óptimas por el médico general.
- Toda gestante, mujer lactando debe tener valoración por psiquiatría cuando tenga síntomas asociados a trastornos del estado de ánimo.
- Pacientes con trastorno depresivo de acuerdo con criterios DSM. De acuerdo con clínica y gravedad del cuadro (leve) pueden ser manejados por psicología.

Historia clínica completa con:

1. Frecuencia de los síntomas (este es un criterio de remisión)
2. Reporte de Tamizajes:
 - SRQ: detección temprana de trastornos mentales en adolescentes y adultos.
 - RQC: detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas.
 - ASSIT: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático.
 - AUDIT: población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol. Etapa del cambio ciclo PROCHASKA.
3. Pruebas de valoración funcional dependiendo el caso (Diagnósticos diferenciales)
4. Imagenología si se sospecha etiología orgánica, principalmente ante síntomas psicóticos SOLO si es primer episodio.
5. Perfil hormonal (TSH, T4) SOLO si es primer episodio.

Trastornos del Pensamiento

Trastornos del Pensamiento

2. Trastornos del pensamiento

- CIE 10 F20 Esquizofrenia
- CIE 10 F105, F107, F115, F117, F125, F127, F135, F137, F145, F147, F155, F157, F165, F167, F175, F177, F185, F187, del F190 al F199, del F230 al F233, del F238 al F239, F28, F29, F302 y del F311 al F315

Pacientes con síntomas como:

- Toda persona que muestre signos de síntomas psicóticos (por ejemplo, alucinaciones, delirios y alteraciones del comportamiento).
- Grupo especial: niños, adolescentes y adulto mayores con síntomas psicóticos.
- En los casos de personas con autolesión /suicidio y riesgo de hetero agresión.

Ideación Suicida, autolesiones

Ideación Suicida, autolesiones

3. Ideación suicida y autolesiones

- CIE 10 del X60 al X84.

Pacientes con síntomas como:

- Conducta autoagresiva grave previa y/o reciente.
- Plan de suicidio elaborado, intentos de suicidio previos.
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista.
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo.
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.
- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado.
- Intento suicida en adolescentes, adulto mayor, mujeres en período de gestación o lactancia.

Trastornos por Consumo

Trastornos por Consumo

4. Trastornos por consumo

- CIE 10 del F10 al F19.

Pacientes con síntomas como:

- Dependencia a consumo de sustancias psicoactivas.
- Autolesiones/intento de suicidio.
- Si la persona está embarazada o lactando.
- Consumo de sustancia en cantidades mayores o por más tiempo que el previsto inicialmente.
- Deseo de detener o reducir el uso de la sustancia.
- La persona pasa un tiempo considerable en obtener, usar, o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- Intenso deseo (craving) de utilizar la sustancia.
- Tolerancia: la persona necesita aumentar de manera progresiva la dosis de un fármaco para producir intoxicación o el efecto deseado o el efecto de una dosis determinada disminuye con el paso del tiempo.
- Abstinencia: efectos físicos indeseables cuando se detiene el consumo del fármaco o cuando su efecto es contrarrestado por un antagonista específico.
- Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño.
- Apnea del sueño.
- Dolor crónico intratable.
- Síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia y los no especificados.

Trastornos del sueño

Trastornos del sueño

5. Trastornos del sueño

- CIE 10 F51 Trastornos no orgánicos del sueño.
- CIE 10 G47 Trastornos del sueño.

Pacientes con trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño con fallo al tratamiento

Deterioro cognitivo

Deterioro cognitivo

7. Deterioro cognitivo

- CIE 10 F418
- CIE 10 del F000 al F024 y F028

Pacientes con síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia y los no especificados posterior a realización de pruebas neuropsicológicas.

Dermatología



Diagnósticos

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

- CIE 10 del L00-L94-Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo

Melanoma Maligno De La Piel

- CIE 10 C43.

Criterios de remisión a la especialidad

Pacientes con:

1. Lesiones o trastornos de la piel identificadas que hayan recibido manejo por médico general o medicina interna sin adecuada respuesta o sospecha de malignidad y/o enfermedad autoinmune.
2. Pacientes con infecciones de piel recurrentes a pesar de tratamiento adecuado o infección que no responde a antibióticos orales, en los que se descartaron comorbilidades.
3. Pacientes que no muestran mejoría clínica después de iniciar tratamiento antibiótico adecuado, lo que puede sugerir resistencia bacteriana, diagnóstico incorrecto, o presencia de complicaciones subyacentes.
4. Tumefacción, masa o prominencia de la piel y del tejido subcutáneo localizado.
5. Acné severo.

Estudios orientadores de acuerdo con la impresión diagnóstica

Al ingresar el paciente a la valoración el profesional de medicina general por medio del examen físico identificará lesiones en la piel y será el especialista quien se encargará de remitir exámenes más avanzados.