



Criterios para  
la solicitud de  
**procedimientos  
quirúrgicos**

procedimientos  
quirúrgicos



# Criterio ..... Pág

➤ Generalidades.....	03
➤ Oftalmología.....	04
➤ Otorrinolaringología.....	05
➤ Cirugía general.....	06
➤ Ginecología Oncológica / Cirugía Oncológica.....	07
➤ Cirugía plástica.....	08
➤ Urología.....	09

# Generalidades



## Criterios para la solicitud de procedimientos quirúrgicos

### Introducción

Famisanar presenta la cartilla Criterios para la Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos, dirigida a los médicos especialistas de la red prestadora y a los equipos responsables de la gestión clínica y administrativa del aseguramiento. Este documento tiene como propósito de orientar la indicación quirúrgica bajo principios de pertinencia clínica, racionalidad en el uso de tecnologías en salud y sostenibilidad del sistema. Asimismo, busca promover decisiones fundamentadas en la mejor evidencia científica disponible y en el marco normativo vigente, contribuyendo así a mejorar la atención brindada a nuestros afiliados.

Los criterios aquí definidos constituyen requisitos mínimos obligatorios para la solicitud de procedimientos quirúrgicos, y buscan:

- Garantizar que la indicación quirúrgica responda a una necesidad clínica real y documentada.
- Asegurar que exista confirmación diagnóstica suficiente.
- Verificar la severidad del cuadro clínico cuando aplique.
- Confirmar la falla o contraindicación de manejo conservador previo, salvo en escenarios de urgencia o indicación inmediata.
- Evitar la sobreutilización, la fragmentación del acto quirúrgico y la solicitud de procedimientos inherentes o incluidos dentro de la técnica principal.



### Lineamientos Generales

1

Los profesionales médicos de la red prestadora deberán adherirse a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y a las Guías de Práctica Clínica vigentes, garantizando coherencia con el modelo de atención y con los protocolos institucionales de cada IPS.

2

La definición de pertinencia quirúrgica deberá provenir del especialista correspondiente al procedimiento como lo establece el modelo de atención.

3

Para los casos que el procedimiento quirúrgico sea responsabilidad de una supraespecialidad médica, la remisión deberá realizarse desde la especialidad primaria correspondiente.

4

La indicación de un procedimiento quirúrgico deberá corresponder al siguiente abordaje terapéutico, una vez se haya documentado la falla, contraindicación o insuficiencia del manejo conservador. Además, deberá evidenciarse el impacto funcional, la progresión de la enfermedad o el riesgo de complicaciones que justifique la intervención quirúrgica. Se exceptúan de este criterio las situaciones de urgencia o aquellas que requieran indicación quirúrgica inmediata, basadas en el riesgo clínico del paciente.

5

Toda solicitud quirúrgica debe estar soportada en un diagnóstico claro y documentado, sustentado por evaluación clínica y ayudas diagnósticas pertinentes cuando estas sean necesarias para confirmar la indicación.

6

La solicitud deberá fundamentarse en criterios de necesidad, efectividad y seguridad, evitando la duplicidad de procedimientos, la indicación prematura o la utilización de tecnologías sin respaldo clínico suficiente.



### Aclaraciones de la Cartilla

1

Los criterios clínicos y paraclínicos definidos en este manual constituyen requisitos mínimos obligatorios para la solicitud. La ausencia de alguno de ellos deberá estar debidamente justificada en la historia clínica.

# Oftalmología



Procedimiento quirúrgico	Diagnóstico asociado	Indicaciones clínicas	Requisitos para solicitar el procedimiento
Blefaroplastia superior funcional (dermatocalasis)	Dermatocalasia / blefarocalasia con limitación funcional del campo visual	<ol style="list-style-type: none"> <li>Síntomas / limitación funcional (dificultad para lectura, conducción, fatiga ocular)</li> <li>Evidencia clínica de exceso de piel palpebral superior con interferencia visual.</li> <li>Diagnósticos diferenciales descartados (ptosis neurológica, masa palpebral, etc.)</li> <li>Procedimiento con finalidad funcional (no estética)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fotografía sencilla tomada con celular aportada por el paciente (Sin sonreír, mirando a la cámara fijamente, ojos completamente abiertos)</li> <li>Campimetría sin y con elevación de los párpados (en HC debe estar la interpretación de esta ayuda diagnóstica). Si en la fotografía se evidencia el tejido en exceso y párpados caídos, no se requiere de una campimetría.</li> </ol>
Corrección de ptosis palpebral (resección del elevador / suspensión frontal)	Ptosis palpebral (miogénica, aponeurótica, neurógena o mecánica)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ptosis clínicamente significativa con compromiso funcional.</li> <li>Limitación del campo visual o interferencia con actividades diarias.</li> <li>Procedimiento con finalidad funcional (no estética)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fotografía sencilla tomada con celular aportada por el paciente (Sin sonreír, mirando a la cámara fijamente, ojos completamente abiertos)</li> <li>Campimetría sin y con elevación de los párpados (en HC debe estar la interpretación de esta ayuda diagnóstica). Si en la fotografía se evidencia el tejido en exceso y párpados caídos, no se requiere de una campimetría.</li> <li>Concepto o valoración por Neurología solicitado por oftalmólogo tratante.</li> </ol>
Resección de pterigión con autoinjerto conjuntival	Pterigión progresivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pterigión con astigmatismo inducido clínicamente relevante.</li> <li>Pterigión grado 3-4 o crecimiento &gt;2-3 mm sobre córnea con disminución visual.</li> <li>Restricción de motilidad ocular. atribuible al pterigión.</li> <li>Pterigión temporal con sospecha de malignidad.</li> <li>Síntomas persistentes pese a manejo conservador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fotografía sencilla tomada con celular aportada por el paciente (Sin sonreír, mirando a la cámara fijamente, ojos completamente abiertos)</li> </ol>
Iridotomía láser periférica (LPI) – profiláctica	Glaucoma agudo de ángulo cerrado; Ángulo estrecho documentado; Presión intraocular elevada sin causa aparente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ángulo estrecho confirmado por gonioscopia (p. ej., grados 0-1 en ≥2 cuadrantes) o UBM menor de 15 grados con criterio anatómico.</li> <li>Síntomas de cierre angular intermitente o antecedente de cierre en ojo contralateral.</li> <li>Indicación preventiva o terapéutica documentada por Oftalmología; Síndrome de dispersión pigmentaria; Síntomas compatibles con cierre angular intermitente; Antecedentes familiares de glaucoma agudo de ángulo cerrado; Prevención en el ojo contralateral después de un ataque agudo en un ojo atribuible al pterigión.</li> <li>Pterigión temporal con sospecha de malignidad.</li> <li>Síntomas persistentes pese a manejo conservador</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Gonioscopia</li> <li>Presión intraocular</li> <li>Evaluación de nervio óptico (fondo de ojo)</li> <li>Agudeza visual</li> </ol>
Iridectomía (quirúrgica)	Glaucoma de ángulo cerrado; Bloqueo pupilar; Ángulo estrecho no tratable o no resuelto con iridotomía láser; Cierre angular con sinequias anteriores periféricas extensas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Glaucoma de ángulo cerrado con bloqueo pupilar documentado.</li> <li>Persistencia de cierre angular o hipertensión ocular pese a iridotomía láser o imposibilidad técnica para realizarla.</li> <li>Ángulo estrecho con sinequias anteriores periféricas extensas que limitan la eficacia del láser.</li> <li>Episodios recurrentes de cierre angular con indicación quirúrgica definida por Oftalmología.</li> <li>Intolerancia o contraindicación para tratamiento médico y/o láser.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Gonioscopia.</li> <li>Presión intraocular.</li> <li>Evaluación de nervio óptico (fondo de ojo)</li> <li>Agudeza visual.</li> <li>Documentación de falla o no viabilidad de iridotomía láser (cuando aplique)</li> </ol>
Vitrectomía anterior (como adicional en cirugía de cristalino/catarata)	Complicación intraoperatoria de catarata / prolapso vítreo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Disminución de la agudeza visual que afecta actividades de la vida diaria.</li> <li>Diagnóstico clínico de catarata confirmado por oftalmología.</li> <li>Expectativa razonable de mejoría visual posterior al procedimiento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Agudeza visual.</li> <li>Examen de fondo de ojo.</li> </ol>
Queratectomía (superficial / PRK terapéutica / lamelar) asociada a pterigión	Alteraciones corneales; pterigión avanzado con compromiso corneal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Indicación específica documentada por Oftalmología (cicatriz corneal extensa, adelgazamiento corneal u otra)</li> <li>En contexto de pterigión: justificar por invasión grado 3-4 con compromiso corneal relevante.</li> <li>Síntomas persistentes pese a manejo conservador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fotografía sencilla tomada con celular aportada por el paciente (Sin sonreír, mirando a la cámara fijamente, ojos completamente abiertos)</li> </ol>
Facoemulsificación (FACO)	Catarata con limitación funcional.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Disminución visual que afecta actividades de la vida diaria/laborales.</li> <li>Expectativa razonable de mejoría visual posterior al procedimiento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Registro en Historia clínica de Agudeza visual con afectación superior a 20/60 en ojo afectado.</li> <li>Diagnóstico clínico de catarata congénita o secundaria asociada a alguna de las siguientes causas: traumática, metabólica, tóxica, radiación, cirugía de glaucoma.</li> </ol>

# Otorrinolaringología



Procedimiento quirúrgico	Diagnóstico asociado	Indicaciones clínicas	Requisitos para solicitar el procedimiento
Amigdalectomía	Amigdalitis recurrente / hipertrofia amigdalina / apnea obstructiva del sueño.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amigdalitis recurrente documentada (p. ej., <math>\geq 7</math> episodios/1 año, <math>\geq 5</math>/año por 2 años o <math>\geq 3</math>/año por 3 años)</li> <li>2. Hipertrofia amigdalina grado III-IV con síntomas obstructivos.</li> <li>3. Apneas/ronquido y clínica compatible con trastorno respiratorio del sueño asociado.</li> <li>4. Sospecha de malignidad (asimetría amigdalina en adulto) o complicaciones específicas documentadas.</li> <li>5. Falla del manejo médico conservador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia clínica documentada de episodios (frecuencia / severidad)</li> <li>2. Polisomnografía o estudio de sueño (si sospecha SAHOS)</li> </ol>
Estapedectomía / estapedotomía	Otosclerosis con hipoacusia conductiva clínicamente significativa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico clínico-audiológico compatible con otosclerosis.</li> <li>2. Hipoacusia conductiva significativa (p. ej., ABG <math>\geq 30-40</math> dB) con pruebas clínicas concordantes (Rinne negativo)</li> <li>3. Impacto funcional auditivo documentado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Audiometría tonal.</li> <li>2. Logaudiometría.</li> <li>3. Impedanciometría / timpanometría.</li> </ol>
Uvulopalatofaringoplastia (UPFP)	Apnea obstructiva del sueño (SAHOS) con obstrucción faríngea.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico de SAHOS confirmado (idealmente por polisomnografía)</li> <li>2. Fallo/intolerancia a terapias no invasivas (PAP, medidas higiénico-dietéticas, dispositivos orales cuando aplique)</li> <li>3. Selección anatómica adecuada documentada por ORL (nivel de obstrucción y objetivo quirúrgico)</li> <li>4. Riesgos / beneficios y expectativas documentadas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Polisomnografía (IAH/AHI) o estudio de sueño equivalente.</li> <li>2. Nasofibrolaringoscopia (si disponible)</li> </ol>

# Cirugía general



## Procedimiento quirúrgico

## Diagnóstico asociado

## Indicaciones clínicas

## Requisitos para solicitar el procedimiento

Tiroidectomía

Bocio / nódulo tiroideo con indicación quirúrgica o cáncer diferenciado de tiroides

1. Sospecha / confirmación de malignidad (citología Bethesda, hallazgos ecográficos de alto riesgo)
2. Síntomas compresivos (disfagia, disnea, compresión traqueal) o crecimiento progresivo.
3. Hipertiroidismo por nódulo tóxico/bocio multinodular con indicación quirúrgica.

1. TSH.
2. Ecografía de tiroides.
3. Citología por aspiración con aguja fina (BAAF) si nódulo sospechoso.

# Ginecología Oncológica

## Cirugía Oncológica



### Procedimiento quirúrgico

Omentectomía (epiplectomía) en cirugía de estadificación/citorreducción

### Diagnóstico asociado

Cáncer epitelial de ovario / tumores abdominales con riesgo de metástasis omental

### Indicaciones clínicas

1. Indicación como parte de cirugía de estadificación y/o citorreducción según equipo oncológico.
2. Sospecha/confirmación de neoplasia donde el omento es sitio frecuente de metástasis.

### Requisitos para solicitar el procedimiento

1. TAC abdominopélvica con contraste (estadificación si aplica)
2. Marcadores tumorales según sospecha
3. Ecografía pélvica/transvaginal (si aplica)

# Cirugía plástica



Procedimiento quirúrgico	Diagnóstico asociado	Indicaciones clínicas	Requisitos para solicitar el procedimiento
<p>Reconstrucción cutánea mediante injerto de piel o colgajo local/regional</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de sustancia cutánea posterior a trauma.</li> <li>2. Defectos cutáneos posteriores a resección de tumores de piel.</li> <li>3. Úlceras crónicas complejas (venosas, diabéticas, por presión)</li> <li>4. Quemaduras con pérdida de cobertura cutánea.</li> <li>5. Dehiscencia de heridas quirúrgicas con defecto cutáneo.</li> <li>6. Exposición de estructuras profundas (tendón, hueso, cartílago)</li> <li>7. Secuelas cicatriciales que generan limitación funcional.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defecto cutáneo que no puede cerrarse mediante cierre primario sin generar tensión excesiva.</li> <li>2. Pérdida de cobertura cutánea que requiere reconstrucción para protección de estructuras profundas (músculo, tendón, hueso o cartílago).</li> <li>3. Defectos cutáneos secundarios a resección oncológica que requieren reconstrucción.</li> <li>4. Úlceras crónicas o heridas complejas refractarias a manejo conservador (curaciones avanzadas, presión negativa, apósitos especializados).</li> <li>5. Quemaduras profundas con necesidad de cobertura cutánea definitiva.</li> <li>6. Cicatrices retráctiles o secuelas que generen compromiso funcional o limitación de la movilidad.</li> <li>7. Defectos en áreas anatómicas donde el cierre directo genere distorsión funcional o estética significativa (cara, párpados, nariz, labios, manos, genitales).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descripción detallada del defecto cutáneo en la historia clínica (localización, tamaño aproximado en cm, profundidad).</li> <li>2. Evolución de la herida o lesión documentando manejo previo (curaciones, antibióticos, desbridamientos, terapia de presión negativa, etc.).</li> <li>3. Diagnóstico etiológico de la lesión (trauma, úlcera crónica, tumor cutáneo, quemadura, etc.).</li> </ol> <p><b>En lesiones tumorales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte de patología o biopsia previa (si aplica).</li> </ol> <p><b>En úlceras crónicas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clasificación o caracterización de la úlcera (venosa, diabética, por presión, arterial).</li> <li>2. Control de factores asociados (glucemia, perfusión, infección).</li> <li>3. Documentación de ausencia de infección activa no controlada en el sitio quirúrgico o manejo antibiótico instaurado.</li> <li>4. Evaluación por cirugía plástica o especialidad tratante que defina tipo de reconstrucción (injerto vs colgajo).</li> </ol>
<p>Paniculectomía (resección de panículo adiposo abdominal)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Panículo abdominal redundante (pannus) grado II–V.</li> <li>2. Dermatitis intertriginosa crónica del pliegue abdominal.</li> <li>3. Infecciones cutáneas recurrentes (celulitis, intertrigo, candidiasis).</li> <li>4. Secuelas de pérdida masiva de peso (post cirugía bariátrica o manejo médico).</li> <li>5. Limitación funcional secundaria a exceso de tejido abdominal.</li> <li>6. Dificultad para la higiene personal por pannus abdominal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presencia de panículo abdominal que cubre el pubis o genitales (pannus grado II o mayor).</li> <li>2. Infecciones cutáneas recurrentes documentadas (<math>\geq 2-3</math> episodios en el último año) en el pliegue abdominal, tales como: Intertrigo, celulitis o infecciones micóticas.</li> <li>3. Dermatitis crónica del pliegue abdominal refractaria a manejo médico (antifúngicos, antibióticos tópicos o sistémicos, medidas higiénicas).</li> <li>4. Dificultad significativa para la higiene personal o cuidado del área.</li> <li>5. Limitación funcional documentada (deambulación, actividades de la vida diaria).</li> <li>6. Paciente con pérdida de peso significativa y peso estable por al menos 6 meses.</li> <li>7. Interferencia con trata.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia clínica completa que documente la evolución del pannus, síntomas asociados y antecedentes de interés (tabaquismo/diabetes).</li> <li>2. Registro fotográfico clínico, realizado previo consentimiento informado del paciente, que evidencie el panículo abdominal y zonas intertriginosas (vista frontal y lateral).</li> <li>3. Documentación de manejo médico previo (tratamiento de infecciones, medidas higiénicas, uso de barreras cutáneas, etc.) y su falta de respuesta.</li> <li>4. Evidencia de infecciones recurrentes o dermatitis crónica (notas médicas, fórmulas, atenciones previas).</li> <li>5. Índice de masa corporal (IMC) actual documentado.</li> </ol> <p><b>En pacientes post pérdida de peso:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidencia de pérdida ponderal significativa.</li> <li>2. Estabilidad del peso por <math>\geq 6</math> meses.</li> <li>3. Valoración por cirugía plástica o cirugía general, con justificación de indicación funcional (no estética).</li> <li>4. Descartar que el procedimiento tenga fin exclusivamente estético (ej. abdominoplastia sin indicación médica).</li> </ol>
<p>Mamoplastia de reducción con fines funcionales</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertrofia mamaria (gigantomastia)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertrofia mamaria asociada a mastalgia crónica o síntomas osteomusculares (dolor cervical, dorsal o lumbar), persistentes por <math>\geq 6</math> meses, con falla documentada a manejo conservador (analgésicos, fisioterapia y uso de soporte mamario adecuado).</li> <li>2. Dermatitis intertriginosa, infecciones cutáneas recurrentes en el surco submamario o lesiones por presión de tirantes del sostén, documentadas clínicamente y refractarias a manejo médico, incluyendo tratamiento tópico y/o sistémico, medidas higiénicas y control de factores predisponentes.</li> <li>3. Limitación funcional objetivable en actividades de la vida diaria o ejercicio, atribuible al volumen mamario, documentada en la historia clínica (ej. dificultad para deambulación prolongada, actividad física o actividades laborales).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia clínica con examen físico, distancia pezón-horquilla esternal <math>&gt;32</math> cms, documentación de síntomas y tiempo de evolución.</li> <li>2. Concepto de ortopedia y fisiatría que descarten alteraciones en columna</li> <li>3. Concepto de nutrición para comorbilidades (obesidad)</li> <li>4. Evidencia de manejo conservador previo y su falla terapéutica.</li> <li>5. Valoración por cirugía plástica con estimación del volumen a reseca.</li> <li>6. Exclusión de indicación exclusivamente estética.</li> </ol>
<p>Reparación de diástasis de músculos rectos abdominales</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diástasis de los músculos rectos abdominales</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diástasis de músculos rectos abdominales <math>\geq 3</math> cm, medida en línea media, confirmada mediante imagen diagnóstica (ecografía o TAC) o examen físico estandarizado.</li> <li>2. Dolor abdominal y/o lumbar crónico (<math>\geq 6</math> meses), atribuible a la diástasis, con falla documentada a manejo conservador, incluyendo fisioterapia y fortalecimiento del core.</li> <li>3. Debilidad de la pared abdominal con repercusión funcional, evidenciada por alteración de la postura, estabilidad del core o limitación en actividades de la vida diaria.</li> <li>4. Fracaso de tratamiento conservador estructurado durante <math>\geq 6</math> meses, que incluya programa de ejercicios supervisado y/o fisioterapia, con adherencia documentada.</li> <li>5. Diástasis asociada a hernia de pared abdominal (umbilical, epigástrica u otra), confirmada clínicamente y/o por imagen, que requiera corrección quirúrgica simultánea.</li> <li>6. Riesgo de progresión clínica o complicaciones, sustentado en la evaluación médica (ej. aumento progresivo de la separación, empeoramiento de síntomas o deterioro funcional).dificultad para deambulación prolongada, actividad física o actividades laborales).</li> </ol>	<p><b>Historia clínica completa, que documente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Síntomas (dolor abdominal y/o lumbar, debilidad, limitación funcional)</li> <li>2. Tiempo de evolución (<math>\geq 6</math> meses)</li> <li>3. Relación clínica entre los síntomas y la diástasis</li> </ol> <p><b>Examen físico estandarizado (medición en cm), y/o imagen diagnóstica (ecografía o TAC), con reporte que indique separación <math>\geq 3</math> cm</b></p> <p><b>Evidencia de manejo conservador estructurado durante <math>\geq 6</math> meses, que incluya:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fisioterapia</li> <li>2. Programa de fortalecimiento del core</li> <li>3. Adherencia documentada</li> <li>4. Evolución clínica con persistencia de síntomas</li> </ol>

# Urología



## Procedimiento quirúrgico

Fotovaporización prostática con láser verde

## Diagnóstico asociado

1. Hiperplasia prostática benigna de alto riesgo.

## Indicaciones clínicas

1. Indicación quirúrgica por Hiperplasia prostática benigna de alto riesgo: Anticoagulación no suspendible o trastorno de coagulación, Estrechez uretral o uretra de bajo calibre, Riesgo por absorción de líquidos de irrigación.
2. Próstata pequeña–moderada (aprox. <60 g) o criterio urológico.
3. Deseo de preservar la eyaculación.

## Requisitos para solicitar el procedimiento

1. Documentación en historia clínica de Hiperplasia prostática benigna de alto riesgo
2. Uroanálisis
3. Creatinina sérica
4. PSA (según edad/riesgo)
5. Ecografía reno-vesico-prostática (residuo postmiccional)