



Protocolo para autorización de procedimientos de
cirugía plástica funcional-estética en los usuarios del
subsistema de salud de las Fuerzas Militares

Oscar Martín Gómez García

Trabajo de grado para optar al título profesional:
Curso de Información Militar (CIM)

Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"
Bogotá D.C., Colombia

2008

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA



TRABAJO DE FUERZA

**PROTOCOLO PARA AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA
PLASTICA FUNCIONAL – ESTETICA EN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA
DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES**

Mayor Médico OSCAR MARTIN GOMEZ GARCIA
Curso CIM-2008

Bogotá D.C.

25 de abril de 2008

Bogotá, 25 de Mayo de 2008

TABLA DE CONTENIDO

Nota de aceptación:

	Pág.
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
2.2 OBJETIVO GENERAL	12
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. MARCO LEGAL	14
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1 PROCEDIMIENTOS EN PARPADOS	18
4.2 PROCEDIMIENTOS EN PABELLON AURICULAR	22
4.3 CIRUGIA NASAL	24
4.4 INTERVENCIONES EN LA MAMA	27
4.5 TEJIDO TEGUMENTARIO	35
4.6 CIRUGIA DEL CONTORNO CORPORAL	36
5. PROTOCOLO DE DECISIONES	41
5.1 PARPADOS	41
5.2 PABELLON AURICULAR	42
5.2.1 Corrección de Orejas Prominentes	42
5.2.2 Otitis	43
5.2.3 Rinoplastia	43
5.2.4 Supercilios	43
5.4 INTERVENCIONES EN LA MAMA	45
5.4.1 Mastoplastia	45
5.4.2 Mastopexia	45
5.4.3 Mastopexia	45

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá ____ Mayo de 2008

	Pág.
5.5 CIRUGIA DEL CONTO	48
5.5.1 Abdominoplastia	48
5.5.2 Liposucción (Liposucción)	48
5.5.3 Liposucción (Liposucción)	48
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
2.2 OBJETIVO GENERAL	12
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. MARCO LEGAL	14
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1 PROCEDIMIENTOS EN PARPADOS	18
4.2 PROCEDIMIENTOS EN PABELLON AURICULAR	22
4.3 CIRUGIA NASAL	24
4.4. INTERVENCIONES EN LA MAMA.	27
4.5 TEJIDO TEGUMENTARIO	35
4.6 CIRUGÍA DEL CONTORNO CORPORAL	36
5. PROTOCOLO DE DECISIONES	41
5.1 PARPADOS	41
5.2 PABELLON AURICULAR	42
5.2.1 Corrección de Orejas Prominentes.	42
5.3 NARIZ	43
5.3.1 Rinoplastia.	43
5.3.2 Septorinoplastia.	43
5.4 INTERVENCIONES EN LA MAMA	45
5.4.1 Mamoplastia de aumento	45
5.4.2 Mamoplastia de reducción	45
5.4.3 Mamopexia	45

5.5 CIRUGIA DEL CONTORNO CORPORAL	48
5.5.1 Abdominoplastia	48
5.5.2 Lipoescultura (Liposucción)	48
5.5.3 Lipoinyección (Lipoinjerto)	48
5.5.4 Paniclectomía	48
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXO A	59
ANEXO B.	76

RESUMEN

Para este efecto, se ha realizado una revisión de la normatividad vigente dentro del subsistema de salud de las Fuerzas Militares para establecer el marco legal en que se aplicará este protocolo, determinando que procedimientos de la especialidad de cirugía plástica y en particular, están administrativamente autorizados y cuando no. Seguidamente se hizo una revisión bibliográfica contrastada con la experiencia personal del autor a fin de obtener además un soporte teórico actualizado con la literatura mundial y orientado a las patologías más frecuentemente manejadas en el Hospital Militar Central con estas características.

Finalmente, se llegó a diseñar un protocolo, basado en criterios objetivos de tipo clínico principalmente, que permitirá facilitar y estandarizar el proceso de decisión para cada uno de los procedimientos seleccionados por su frecuente aparición en el Hospital de referencia.

Palabras Clave: Cirugía Plástica, autorización, Fuerzas Militares, protocolo, criterios, estética, funcional.

RESUMEN

El propósito de este proyecto ha sido diseñar un protocolo objetivo, con criterios técnica y científicamente diseñados, para permitir tomar decisiones en cuanto a la autorización, de algunos procedimientos de cirugía plástica, que tradicionalmente han sido considerados del campo de la cirugía estética, para ser aplicados como correctivos, reconstructivos o funcionales en pacientes afiliados o beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Para este efecto, se ha realizado una revisión de la normatividad vigente dentro del subsistema de salud de las Fuerzas Militares para establecer el marco legal en que se aplicará este protocolo, determinando que procedimientos, de la especialidad de cirugía plástica, y en qué casos están administrativamente autorizados y cuando no. Seguidamente se hizo una revisión bibliográfica contrastada con la experiencia personal del autor a fin de obtener además un soporte teórico actualizado con la literatura mundial y orientado a las patologías más frecuentemente manejadas en el Hospital Militar Central con estas características.

Finalmente, se llegó a diseñar un protocolo, basado en criterios objetivos de tipo clínico principalmente, que permitirá facilitar y estandarizar el proceso decisorio para cada uno de los procedimientos seleccionados por su frecuente aparición en el Hospital de referencia.

Palabras Clave: Cirugía Plástica, autorización, Fuerzas Militares, protocolo, criterios, estética, funcional.

INTRODUCCIÓN

El presente documento, realizado como requisito de grado para el Curso de Información Militar en la Escuela Superior de Guerra, establece una serie de parámetros objetivos que permitan facilitar y estandarizar el proceso decisorio para autorizar procedimientos en el área de cirugía plástica, que siendo parte típicamente del campo de la cirugía estética, pretenden ser aplicados para corregir alteraciones de tipo funcional o con fines reconstructivos en pacientes afiliados o beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares que consultan al Hospital Militar Central.

Para tal efecto, se ha realizado una revisión bibliográfica buscando identificar y soportar argumentos que permitan diferenciar claramente las indicaciones de procedimientos estéticos para la corrección de problemas de tipo funcional y esta información se ha complementado con el conocimiento práctico y la experiencia del autor que ha venido desempeñándose como parte de la Junta Quirúrgica y el Comité Científico que abordan este problema en el Hospital Militar Central en estrecha colaboración con la Dirección General de Sanidad Militar.

En primer lugar, se ha hecho una revisión de la reglamentación vigente en lo que respecta al tema y a los diferentes pronunciamientos que ha hecho el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para establecer el marco legal en que se desenvolverá el proyecto, buscando así respetar el ámbito de legitimidad y legalidad que se requiere para su posterior implementación.

Seguidamente, se ha construido un marco teórico que sintetiza los conceptos más importantes y la discusión que se hace de ellos para forjarlos como base que

soportará el andamiaje de parámetros o criterios que, en el tercer aparte de este trabajo, se formularán para que faciliten y estandaricen el proceso de toma de decisiones para autorizar o no como funcional o reconstructivo un procedimientos del campo de la cirugía estética.

Se iniciará por definir claramente qué es un procedimiento con fines estéticos y qué otro con carácter funcional o reconstructivo como marco general de discusión, para luego entrar a establecer criterios objetivos, estandarizados, verificables y reproducibles, técnica y científicamente respaldados, para definir, en cada uno de los procedimientos de cirugía plástica más frecuentemente solicitados en el Hospital Militar Central, si se trata de una alteración de tipo funcional que requiere de dicho procedimiento del área de la cirugía estética para su corrección.

Finalmente, se anexan apartes de los acuerdos y reglamentos más relevantes de la normatividad que rige el ámbito de aplicación del presente trabajo.

JUSTIFICACIÓN

La cirugía plástica, a través de sus dos campos más sobresalientes de aplicación, la cirugía funcional o reconstructiva y la cirugía estética, se ha convertido en fuente de bienestar y calidad de vida para muchos pacientes, sin embargo, desde el punto de vista administrativo presenta algunos retos que deben ser resueltos.

El subsistema de salud de las Fuerzas Militares, específicamente la Dirección General de Sanidad Militar y el Hospital Militar Central, se ha visto enfrentado a la situación en que un paciente requiere, o solicita, un procedimiento a la especialidad de cirugía plástica que, tradicionalmente, se considera del campo de la cirugía estética, aduciendo síntomas y signos que corresponden a dolencias de tipo funcional. Ante esta dualidad se presenta la dificultad administrativa de autorizar el procedimiento pues la cirugía estética está expresamente prohibida en la reglamentación del subsistema de salud de las FF.MM.

Esta reglamentación no es suficientemente clara para regular las excepciones en que procedimientos típicamente estéticos se puedan aplicar a alteraciones funcionales y por lo tanto cuando se toman decisiones al respecto con esas precarias herramientas, no siempre el paciente se encuentra satisfecho y entonces vienen las quejas y aún las demandas judiciales por parte del mismo buscando tutelar su derecho a la salud.

El problema se complica aún más cuando se involucran factores subjetivos tanto del paciente, que puede desear, consciente o inconscientemente, recibir una "cirugía estética con fines de embellecimiento" utilizando como pretexto una supuesta afección funcional, o, por otro lado, factores subjetivos del cirujano plástico que por cuestiones de tipo personal, laboral o simplemente de afinidad

puede ver, también consciente o inconscientemente, sesgada su decisión, cayendo de esta manera en dos escenarios posibles, ambos igualmente indeseables, en el primer caso autorizando un procedimiento estético generando un costo elevado injustificado por no estar dirigido a corregir un problema funcional o reconstructivo verdadero, o, por otro lado, negándolo y dejando a un paciente con un problema real sin resolver y además con sentimientos de frustración que puede volcar en contra de la Institución a través de diferentes acciones legales y/o administrativas.

El establecimiento e implementación de parámetros o criterios objetivos, verificables, reproducibles y basados en argumentos técnico – científicos para estandarizar el proceso de decisión en los casos mencionados, permitirá a la Institución ofrecer un servicio más confiable, con una adecuada administración de los recursos, más justo y equitativo para los pacientes y con mayor soporte para los especialistas que deben realizar la valoración de los pacientes y emitir un concepto decisorio.

En otros países se han implementado guías de decisión para problemas similares, sin embargo, no son aplicables directamente a nuestro medio por las características propias de nuestra población y por los lineamientos jurídicos particulares de nuestro sistema de salud. En diferentes Entidades Prestadoras de Salud tampoco existen protocolos claros para estos casos y el que se desarrolla en este documento podría, luego de su validación en la práctica, extrapolarse a esas entidades llenando ese vacío.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirugía plástica es una especialidad en constante evolución y en los últimos años ha ganado un gran espacio en el ámbito científico, social y cultural en nuestro país. Por un lado su función reconstructiva, o reparadora como se le llama en algunos países, ha permitido mejorar la forma y función de porciones corporales anormales desde el nacimiento (congénitas) o que han sufrido alteraciones de diversa índole durante la vida del paciente (trauma, alteraciones del desarrollo, etc.), lo que se traduce en un mejor desempeño personal, social y laboral de los pacientes.

De otro lado, está el campo de la cirugía estética que se dedica al mejoramiento de estructuras anatómicas sanas o normales, con el fin de reacondicionarlas de tal manera que el resultado final se adapte a los estándares de belleza imperantes en la sociedad. De esta manera también contribuye la cirugía plástica al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes aumentando su autoestima, proporcionando una sensación de seguridad en sí mismos lo que generalmente deriva en un mejor desenvolvimiento social y personal.

El problema que se abordará en el presente documento surge cuando se involucra el aspecto administrativo y financiero. Estos deben ser tenidos en cuenta a la hora de programar un paciente para cirugía. Los miembros de las Fuerzas Militares, tanto en actividad como en retiro, así como sus familiares más cercanos, han sido cobijados por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para la prestación de los servicios de sanidad y se ha dispuesto, para su adecuado funcionamiento, una normatividad que establece, entre otras muchas normas, el **Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial** en un documento conocido como el Acuerdo 002 del año 2001 expedido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de

la Policía Nacional. En este “Plan de Servicios” se establece a qué tipo de servicios en salud tienen derecho los afiliados y beneficiarios de este subsistema, es decir, delimita qué procedimientos pueden ser realizados para que puedan ser cubiertos sus costos.

El mencionado Acuerdo 002, expresamente, prohíbe la realización de procedimientos de cirugía plástica con fines de embellecimiento dejando así fuera de aplicación el campo de la cirugía estética de que se había hablado. Sin embargo, establece para unos pocos procedimientos que, generalmente pertenecen al campo de la cirugía estética, indicaciones poco claras y difusas en que se podrían practicar para corregir problemas de tipo funcional en los pacientes.

Es precisamente en esa falta de claridad de los parámetros establecidos para autorizar administrativamente procedimientos del campo de la cirugía estética con el fin de corregir problemas de tipo funcional, en lo que pretende contribuir el presente documento.

Actualmente, cuando un paciente solicita un procedimiento en el servicio de cirugía plástica del Hospital Militar Central y surgen dudas sobre su condición de funcional o estético, el paciente es llevado a una junta quirúrgica donde todos los cirujanos plásticos del hospital evalúan el paciente, sus condiciones, sus aspiraciones y llegan a un consenso definiendo el área a que pertenece el procedimiento requerido por el paciente.

En esta decisión influyen muchos factores, casi todos ellos de tipo técnico – científico, pero innegablemente, por tratarse de seres humanos, hay factores distorsionadores de tipo subjetivo que pueden llegar a afectar la decisión en uno u otro sentido. La situación se complica cuando el paciente no se siente a gusto con

la decisión o la cree injusta y llega incluso a interponer acciones de tipo legal para presionar un cambio en la misma.

El presente trabajo busca establecer una serie de parámetros o criterios para cada uno de los procedimientos de cirugía plástica más frecuentemente solicitados en el Hospital Militar Central a fin de permitir estandarizar el proceso de toma de decisiones eliminando al máximo el factor subjetivo antes mencionado.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los criterios clínicos objetivos y estandarizados que permitirían establecer cuándo un procedimiento de cirugía plástica se considera estético y cuándo funcional o reconstructivo?

2.2 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un protocolo o guía de decisiones, basado en criterios clínicos, que permita diferenciar clara y objetivamente cuando un procedimiento de la especialidad de cirugía plástica se considera estético y cuando reconstructivo, para ser aplicado en el ámbito del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.3.1. Realizar una revisión de la normatividad vigente dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares con respecto a la autorización de procedimientos de la especialidad de cirugía plástica.

2.3.2 Efectuar una revisión bibliográfica suficiente en la literatura científica mundial a fin de conocer los criterios empleados en otras latitudes para definir como

estético o funcional un procedimiento de cirugía plástica en las patologías de interés para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

2.3.3 Definir criterios clínicos objetivos para clasificar como funcional o estético un determinado grupo de procedimientos quirúrgicos de la especialidad de cirugía plástica que presentan alta frecuencia en el Hospital Militar Central

El Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, en su Capítulo II "De las exclusiones y procedimientos administrativos", en su Artículo 10 "De las exclusiones del plan de servicio de sanidad militar y policial y reglamentación suministro de algunos elementos y servicios", en su numeral 1 establece que: El Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, tendrá las siguientes exclusiones, que en general serán todas aquellas consideradas como cosméticas, estéticas y suntuarias:

Línea A: Cirugía estética con fines de embellecimiento

En este punto radica el problema que pretende resolver el presente protocolo pues como se verá más adelante procedimientos como la blefaroplastia, la mamoplastia de reducción o la rinoplastia han sido tradicionalmente considerados procedimientos "cosméticos, estéticos y suntuarios" por lo que inicialmente se consideran no cubiertos por el plan de servicios de la sanidad militar. Sin embargo, en algunas ocasiones dichos procedimientos son de fines reconstructivos o funcionales para mejorar una afección y lo que se pretende es establecer los criterios que permitan separar los dos casos para apoyar objetivamente la autorización como "funcional o reconstructivo" de estos procedimientos.

El mismo acuerdo 002 de 2001, en su numeral 2 establece que será un "Comité Científico" quien tenga la capacidad de autorizar algunos procedimientos y establezca, muy a grosero modo, parámetros para realizar dicha autorización. La

3. MARCO LEGAL

Al revisar la normatividad vigente al respecto de la autorización de este tipo de procedimientos se encontró que el acuerdo 002 de 2001 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, por el cual, se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, en su Capítulo II “De las **exclusiones** y procedimientos administrativos”, en su Artículo 10 “De las exclusiones del plan de servicio de sanidad militar y policial y reglamentación suministro de algunos elementos y servicios”, en su numeral 1 establece que: El Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, tendrá las siguientes **exclusiones**, que en general serán todas aquellas consideradas como **cosméticas, estéticas y suntuarias**:

Literal A. Cirugía **estética** con fines de **embellecimiento**

En este punto radica el problema que pretende resolver el presente protocolo pues, como se verá más adelante, procedimientos como la blefaroplastia, la mamoplastia de reducción o la rinoplastia han sido tradicionalmente considerados procedimientos “cosméticos, estéticos y suntuarios” por lo que inicialmente se consideran no cubiertos por el plan de servicios de la sanidad militar. Sin embargo, en algunas ocasiones dichos procedimientos tienen fines reconstructivos o funcionales para mejorar una afección y lo que se pretende es establecer los criterios que permiten separar los dos casos para soportar objetivamente la autorización como “funcional o reconstructivo” de estos procedimientos.

El mismo acuerdo 002 de 2001, en su numeral 2 establece que será un “Comité Científico” quien tenga la capacidad de autorizar algunos procedimientos y establece, muy a grosso modo, parámetros para realizar dicha autorización: “La

Dirección General de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas Militares, así como los establecimientos de sanidad militar y policial y el Hospital Militar Central, aplicarán la siguiente reglamentación para el suministro de los elementos y limitación de tratamientos, así:

a. Los procedimientos correspondientes a los códigos:

08.3.1.00 corrección de ptosis palpebral, por suspensión frontal con sutura,

08.3.2.00 corrección de ptosis palpebral, por suspensión frontal con fascia lata

08.3.3.00 corrección de ptosis palpebral, por resección externa del elevador

08.3.4.00 corrección de ptosis palpebral, por resección del elevador vía conjuntival,

08.6.1.01 blefaroplastia superior,

08.6.1.02 blefaroplastia inferior,

08.6.1.10 blefaroplastia con láser,

08.8.6.00 ritidectomía de párpado inferior,

08.8.7.00 ritidectomía de párpado superior,

Serán realizados con **autorización previa** del Comité Científico, teniendo en cuenta el resultado de la **campimetría visual**.

b. Los procedimientos correspondientes a los códigos:

21.8.9.10 Rinoplastia estética total [tejido óseo, cartílago, piel y tejido celular subcutáneo],

21.8.9.11 Rinoplastia estética parcial [por áreas: base, dorso o punta nasal, ángulos nasofrontal o nasolabial],

21.8.9.12 Rinoplastia estética vía abierta [open rinoplasty],

86.6.4.00 Injerto de región pilosa,

86.64.02 Microinjerto de cuero cabelludo,

85.3.1.00 Mamoplastia de reducción,

Serán realizados sólo en casos de **cirugía reconstructiva**, con **autorización previa** del Comité Científico.”

Cabe destacar que para los procedimientos en los párpados menciona como único criterio la campimetría visual sin dar más detalles y que, para la rinoplastia, los microinjertos de cabello y la mamoplastia de reducción, solo permite al Comité Científico autorizar la “cirugía reconstructiva” sin entrar a especificar qué criterios definirán si esa cirugía es estética o funcional dejando en el limbo jurídico muchas solicitudes de pacientes pues los límites entre estos dos campos no siempre es fácil de establecer.

Cuando se llega a la conclusión de que se trata de un paciente que requiere un procedimiento con fines estéticos o de embellecimiento, el mismo Acuerdo 002 de 2001, abre la posibilidad de que los diferentes establecimientos de sanidad militar presten este servicio a sus afiliados y beneficiarios a través de “planes complementarios” que deberán ser enteramente costeados por los mismos usuarios. No menciona el tipo de tarifas ni establece formas de pago para este plan complementario. Dicho acuerdo en su Capítulo I, Artículo 9, parágrafo 2, establece que las excepciones determinadas serán prestadas por los

establecimientos de sanidad militar, establecimientos de sanidad policial y Hospital Militar Central como Planes Complementarios, en los términos señalados en el artículo 35 del Decreto 1795 de 2000. Consultado el Decreto 1795 de 2000 encontramos:

“ARTICULO 35. PLANES COMPLEMENTARIOS. El SSMP, previo concepto favorable del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá ofrecer planes complementarios a través de sus Establecimientos de Sanidad o de aquellos con las cuales tenga contratos para la prestación del Plan de Servicios de Sanidad. **Tales planes serán financiados en su totalidad por los afiliados o beneficiarios.**”

Los anteriores son los lineamientos generales de las normas pertinentes a los procedimientos de cirugía plástica que son expresamente mencionados en ellas aunque lo hacen de manera general y sin establecer suficientemente los parámetros o criterios para que el Comité Científico pueda definir objetivamente si autoriza o no la realización de este tipo de cirugía.

En el siguiente capítulo, Marco Teórico, se revisarán los conceptos técnicos y científicos pertinentes a algunos procedimientos específicos de la especialidad que presentan dificultad para decidir si se autorizan ante la duda de que se trate de una cirugía de tipo funcional o estético.

4.1 PROCEDIMIENTOS EN PARRADOS

4.1.1 Blefaroplastia. Es un procedimiento que reconstruye las deformidades de los párpados, mejora la función ocular y mejora la apariencia de los mismos.

4. MARCO TEÓRICO

En primer lugar deberá hacerse una clara definición de lo que es un procedimiento estético y uno funcional o reconstructivo para partir de una base conceptual sólida, para ello se tomará como referencia lo establecido por la American Medical Association en 1989: ¹

¹Cirugía Estética o Cosmética: Se realiza para remodelar estructuras *normales* del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia del paciente y su auto estima.

Cirugía Reconstructiva o Funcional: Se realiza en estructuras *anormales* del cuerpo, causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades. Generalmente se efectúan para mejorar la función, pero también pueden ser ejecutadas para lograr una apariencia aproximadamente normal.

Una vez establecida la diferencia entre los procedimientos funcionales - reconstructivos y los estéticos se analizará en forma individual cada uno de los procedimientos de la especialidad de cirugía plástica más frecuentemente solicitados para su autorización.

4.1 PROCEDIMIENTOS EN PÁRPADOS

4.1.1 Blefaroplastia Es un procedimiento que reconstruye las deformidades de los párpados, mejora la función anormal y/o mejora la apariencia de los mismos.

¹ http://www.plasticsurgery.org/medical_professionals/health_policy/recommended-insurance-coverage-criteria-papers.cfm

Veamos algunas definiciones relacionadas que permitirán una mejor comprensión del tema.

La Blefaroplastia Estética o Cosmética: Puede mejorar la *apariencia* de un paciente en ausencia de signos o síntomas de anomalías funcionales.

La Blefaroplastia Reconstructiva: Puede restituir la función transformando las *estructuras palpebrales anormales a un estado más normal.*

Blefarochalasis: Es una cantidad excesiva de piel indurada y redundante en el párpado con herniación de las bolsas grasas que se presenta en pacientes relativamente jóvenes y se asocia con episodios recurrentes de edema angioneurótico.²



Figura 1. Blefarochalasis, nótese la secuelas del edema palpebral

² Cosmetic oculoplastic surgery, Allen Putterman, tercera edición, 1999, W.B. Saunders Company, printed in the USA

Dermatochalasis: Se caracteriza por la deficiencia de fibras elásticas de la piel la cual se caracteriza por flacidez, arrugas y puede hacer pliegues colgantes. La redundancia de la piel y la laxitud muscular que comprometen los párpados pueden afectar el campo visual. Se considera inestética y su causa mas frecuente es el envejecimiento y la prolongada exposición al sol.



Figura 2. Dermatochalasis

4.1.2. Ptosis palpebral. Ocurre cuando el párpado cae más de lo que se considera normal, limitando potencialmente el campo visual. Puede ser dividida en dos categorías, la ptosis verdadera que implica una anomalía intrínseca de las estructuras palpebrales, y la Pseudoptosis que es una carencia del soporte normal del párpado o un exceso de tejido que forma un “capuchón” restringiendo el campo visual al mirar hacia arriba y en general la visión periférica.

Con base en las anteriores consideraciones se clasificaron como blefaroplastia reconstructiva o funcional, y además se autorizó por el comité Científico, cuando se reduce para corregir alteraciones del campo visual causadas por el descenso anormal de los párpados superiores (glósis) o por gran exceso de piel (dermatochalasis, dermatochalasis). La dermatochalasis que no obstruya el campo

Ptosis (drooping of the eyelid)



Figura 3. Ptosis palpebral



Figura 4. Ptosis Senil

Con base en las anteriores definiciones se considerará como blefaroplastia reconstructiva o funcional, y deberá ser autorizada por el comité Científico, cuando se realice para corregir alteraciones del campo visual causadas por el descenso anormal de los párpados superiores (ptosis) o por gran exceso de piel (blefarochalasis, dermatochalasis). La dermatochalasis que no obstruya el campo

visual no se autorizará como funcional, se considerará un procedimiento del campo de la cirugía estética y deberá derivarse al plan complementario que ofrezca el establecimiento de sanidad militar asumiendo el paciente el costo total del mismo.

4.2 PROCEDIMIENTOS EN PABELLON AURICULAR

4.2.1 Otoplastia por Orejas Prominentes. Las orejas prominentes o también llamadas orejas en pantalla son la más frecuente deformidad congénita de la cabeza y el cuello, se presenta por igual en ambos sexos y puede ser uni o bilateral.

Las causas más frecuente de la deformidad son el desarrollo insuficiente de la crura superior del antihélix en diferentes grados, la formación hipertrófica o la excesiva profundidad de la concha auricular o una combinación de las dos.

Esta deformidad normalmente no se presenta acompañada de alteraciones funcionales, particularmente la capacidad auditiva es normal.



Figura 5. Orejas Prominentes

Es la deformidad estética de esta patología la que afecta al paciente. La apariencia llamativa que origina esta deformidad, especialmente en los niños, los hace blanco de las bromas y burlas de sus contemporáneos, especialmente en la etapa escolar, produciendo diferentes grados de afectación psicológica por esta causa, la cual va desde una tolerancia adecuada sin consecuencias, hasta una severa baja de autoestima y problemas de socialización.

Definir si un paciente que solicita una otoplastia por orejas prominentes debe ser operado como una cirugía funcional involucra varios factores. Por un lado, desde el punto de vista legal, la otoplastia de orejas prominentes se encuentra incluida en el Plan de Servicios de Sanidad Militar (Anexo A) sin especificar en qué casos se autoriza. De otro lado, teniendo en cuenta que no existe una limitación funcional auditiva en esta deformidad, podría considerarse un procedimiento estético cuyo objetivo sea mejorar la apariencia física del paciente, y en este caso no podría ser autorizada en atención a lo establecido en el mismo Acuerdo 002 en lo referente a la cirugía estética.

La Asociación Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS por sus siglas en inglés) considera que la corrección de las orejas prominentes debe ser considerada una cirugía de tipo funcional pues la consideran una deformidad congénita que puede provocar problemas sociales y psicológicos al paciente.

Por lo tanto se considera reconstructiva y no estética cuando se lleva a cabo para acercar la apariencia del paciente a un mejor grado de normalidad aunque no se realice ninguna mejora en la función. (Ver arriba definición de Cirugía Reconstructiva o Funcional).

Son múltiples los estudios que establecen el gran incremento en la calidad de vida de los pacientes a quienes se les corrige esta deformidad.³

Para evitar una injustificada solicitud de este tipo de procedimiento en niños que pudieran tener padres especialmente aprensivos frente a la deformidad de las orejas de su hijo, puede adoptarse una posición ecléctica dejando en manos del especialista en psicología el determinar el grado de afectación que esta patología causa en el infante como factor decisivo para autorizar la cirugía de tipo funcional o reconstructivo, logrando así hacer más objetiva la decisión, dándole más importancia al impacto que la patología cause al menor frente a la que produce en sus padres.

4.3 CIRUGIA NASAL

La cirugía nasal se define como cualquier procedimiento que se realice en las estructuras internas o externas de la nariz, el septum nasal o los cornetes. Generalmente implica resecciones o remodelaciones de las estructuras óseas y cartilagosas que soportan la pirámide nasal y en ocasiones la cobertura cutánea de la misma.

4.3.1 Rinoplastia: Es un procedimiento quirúrgico dirigido a cambiar la apariencia de la nariz, en especial su dorso, la proyección de la punta y la amplitud de las narinas. Puede acompañarse de procedimientos accesorios de tipo funcional como la septoplastia o la turbinoplastia para corregir defectos congénitos o

³ Cooper-Hobson G, Jaffe W, The benefits of otoplasty for children: Further evidence to satisfy the modern NHS, J Plast Reconstr Aesthet Surg (2007), doi:10.1016/j.bjps.2007.09.02

adquiridos a través del trauma que producen obstrucciones de la vía aérea debido a desviaciones septales u óseas.

4.3.1.1 Rinoplastia Estética. Transforma estructuras nasales normales para lograr una mejor apariencia del conjunto nasal.



Figura 6. Rinoplastia Estética

4.3.1.2 Rinoplastia de tipo Reconstructivo. Transforma estructuras nasales anormales o lesionadas para conseguir un estado más próximo a la normalidad funcional y estructural.

4.3.1.3 Septoplastia. Es el procedimiento quirúrgico que permite corregir defectos o desviaciones del septum o tabique nasal que generalmente producen obstrucciones de diferente grado en la vía aérea.

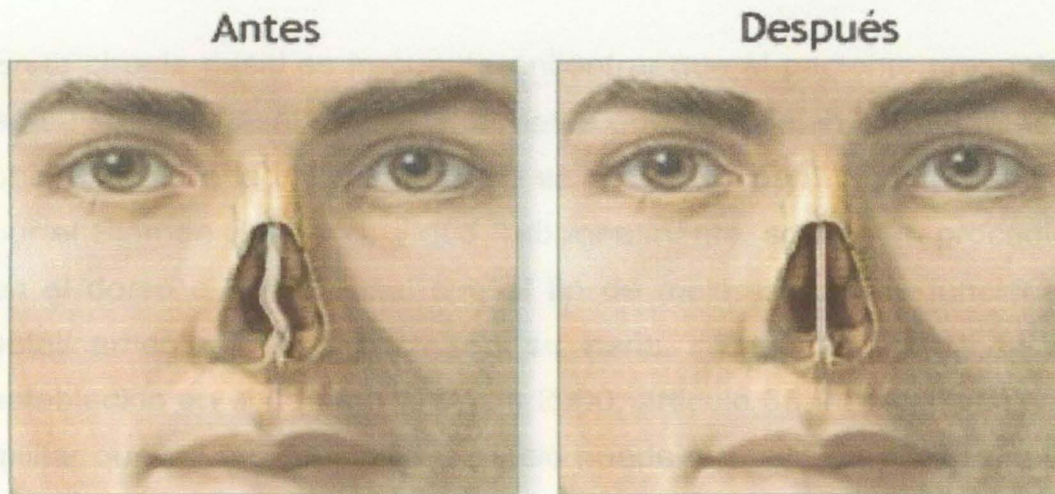


Figura 7. Septoplastia

ADAM.

4.3.1.4 Turbinoplastia. Es el procedimiento quirúrgico que permite corregir la obstrucción de la vía aérea causada por la hipertrofia del comete o turbina inferior.

Si se consultan las definiciones anteriores se llegará a la conclusión de que la cirugía nasal se considera funcional y médicamente necesaria (no estética o suntuaria) si se realiza con el fin de mejorar la función respiratoria; para tratar anomalías anatómicas de tipo congénito (nariz fisurada) o como consecuencia de diversas enfermedades (leishmaniasis, neoplasias) y para corregir alteraciones estructurales derivadas de trauma cerrado o abierto.

La Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos considera que cuando una cirugía se lleva a cabo únicamente para mejorar la apariencia del paciente, sin que exista ningún tipo de síntomas de anomalías funcionales o defectos nasales, la

cirugía debe considerarse de tipo estético y no debe ser cubierta por los planes de salud comunes⁴

En la cirugía nasal es frecuente encontrar que el paciente presenta deformidades en su septum nasal o en sus cornetes que se reflejan en síntomas funcionales de obstrucción de la vía aérea y que se programa para dicho procedimiento cubierto por el Plan de Servicios, y que, adicionalmente, solicita un procedimiento estético en el dorso o punta nasal con el fin de mejorar no solo funcional sino también estéticamente la apariencia de su nariz. En estos casos, y a la luz de lo establecido en el decreto 1795 de 2000, artículo 35, el establecimiento de sanidad militar que vaya a prestar el servicio puede ofrecer un plan complementario para que el paciente sufrague con sus propios recursos el costo del procedimiento estético solicitado.

4.4. INTERVENCIONES EN LA MAMA.

4.4.1. Definiciones. Nuevamente se iniciará con la definición de términos que clarificarán la terminología empleada.

4.4.1.1 Mamoplastia de Aumento. También se conoce como aumento mamario con prótesis, está diseñada para conseguir un mayor volumen de las glándulas mamarias mediante la colocación de un implante, generalmente de silicona, mejorando la apariencia de las mismas.

⁴ . ASPS Recommended Insurance Coverage Criteria for Third-Party Payers American Society of Plastic Surgeons. *Practice Parameter for Nasal Surgery* July 2006

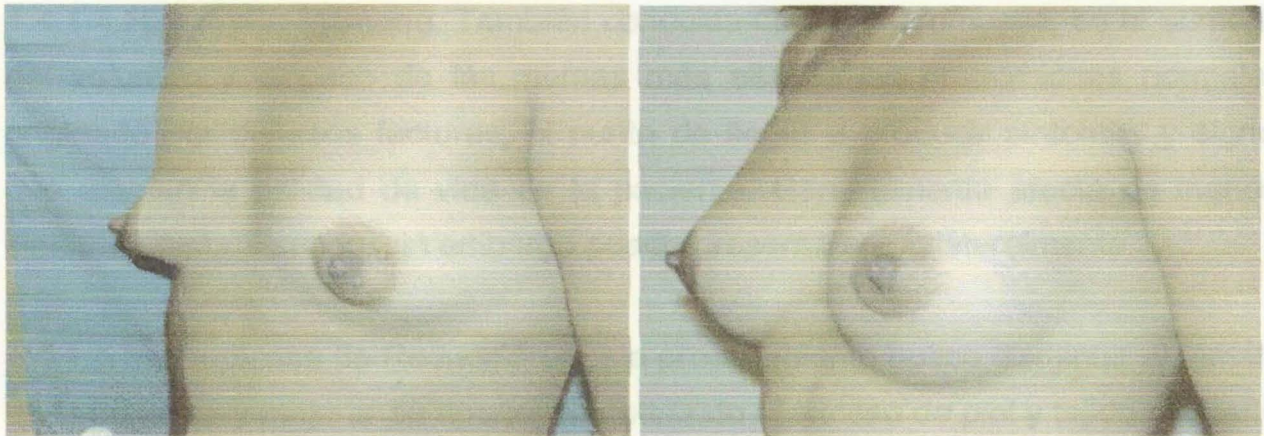


Figura 8. Paciente con hipoplasia mamaria a la que se le practicó una mamoplastia de aumento

4.4.1.2 Ptosis Mamaria. Descenso del tejido mamario y del nivel del complejo areola pezón, generalmente acompañado de exceso de piel, producidos usualmente por cambios de peso y/o lactancia.

4.4.1.3 Mamopexia. Es el procedimiento dirigido a levantar y reafirmar las mamas mediante la remoción del exceso de piel y reposicionamiento del tejido mamario para lograr un mejor contorno y una mejor apariencia.

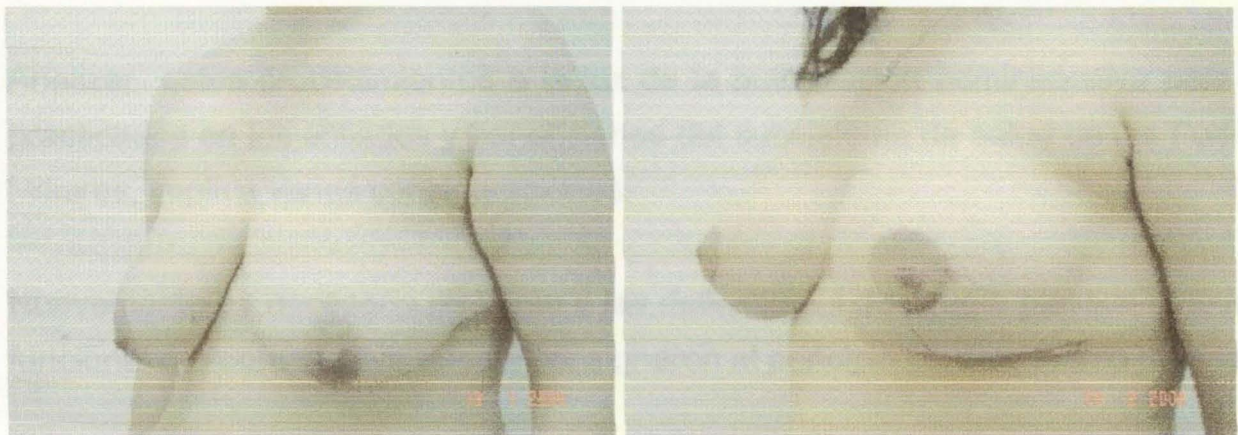


Figura 9. Paciente con ptosis mamaria a la que se le practicó una mamopexia

4.4.1.4 Hipertrofia Mamaria. También conocida como macromastia, es el aumento del volumen y el peso de las mamas más allá de las proporciones normales, originado por diversos factores, al punto de llegar a producir síntomas y signos que afectan la calidad de vida de la paciente. Generalmente afecta de manera simétrica ambos senos, sin embargo puede presentarse unilateralmente.

4.4.1.5 Mamoplastia de Reducción. Este procedimiento busca disminuir el tamaño de las mamas y mejorar su apariencia retirando el exceso de piel y tejido mamario.

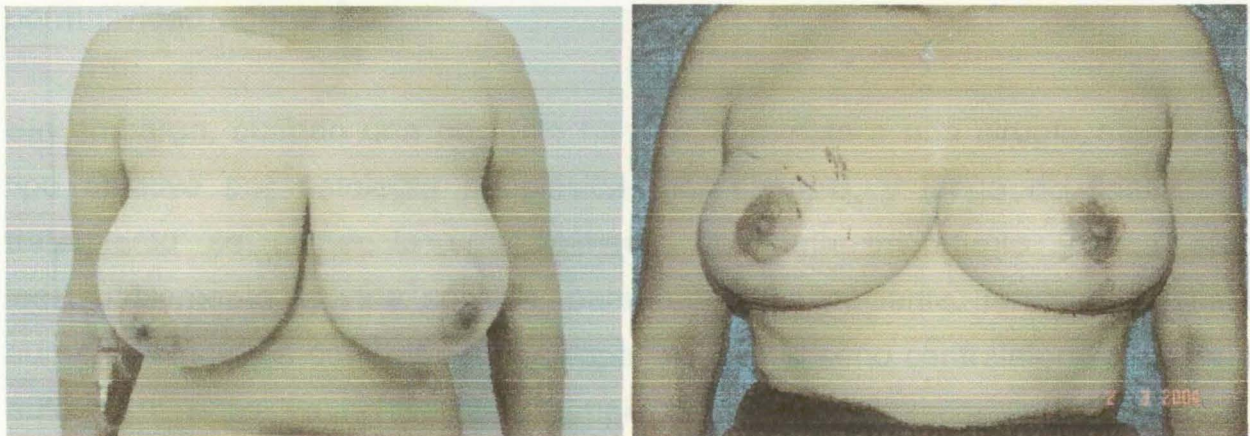


Figura 10. Paciente con hipertrofia mamaria a la que se le practicó una mamoplastia de reducción

Analizar estos procedimientos a la luz de la autorización administrativa para ser practicados en los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de las Fuerzas Miliars, implica varias consideraciones.

Nuevamente es necesario remitirse a las definiciones de cirugía plástica estética y funcional o reconstructiva que se consignaron al principio de este marco teórico.

Luego de las definiciones y puntos preliminares, se analizarán los diferentes procedimientos discutiendo sus implicaciones médicas y administrativas.

4.4.2 Mamoplastia de Aumento y Mamopexia. La mamoplastia de aumento en su inmensa mayoría tiene como fin último el embellecimiento de los senos dándoles una mejor proyección y volumen logrando mejorar la apariencia de los mismos. Basados en esta premisa se puede afirmar que quedará expresamente prohibido autorizar este procedimiento cuando el fin perseguido es exclusivamente la mejoría de la apariencia estética de las mamas pues así lo establece la normatividad vigente.⁵

Sin embargo, cuando una paciente ha sido sometida a una cirugía mamaria de tipo ablativo por patología neoplásica, por ejemplo, y luego de finalizado el tratamiento se evidencia una asimetría mamaria importante y que afecta indiscutiblemente la vida social y personal de la paciente, la mamoplastia de aumento dirigida a corregir esa discrepancia con el seno contralateral debería ser autorizada pues ya no se trata simplemente de complacer la vanidad de la paciente sino de realizar un procedimiento de reconstrucción o de tipo funcional.

De manera similar, un paciente que ha requerido un procedimiento más radical que implica la amputación total del seno y que es llevada a reconstrucción del mismo, ya sea con un colgajo antólogo o con la combinación de colgajo y prótesis mamaria (generalmente de silicona), esta paciente tiene derecho a la integridad del tratamiento reconstructivo y así lo contempla el Acuerdo 002/2001 en el Plan de Servicios.

⁵ Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Acuerdo 002 de 2001. "Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial"

En el caso anterior no hay duda, sin embargo, la paciente que regresa a control luego de una exitosa reconstrucción mamaria y se encuentra que el seno contralateral, que no ha sido intervenido, presenta una gran asimetría con el seno reconstruido debido ya sea a la ptosis severa preexistente y que no pudo ser simulada en el seno reconstruido, o que presenta una mama hipoplásica francamente disímil con el neo-seno.

En este escenario estarían indicados los procedimientos de mamopexia, para corregir la ptosis del primer ejemplo, o una mamoplastia de aumento en la situación del segundo evento. Bajo estas circunstancias especiales, ninguno de los dos casos podrá ser considerado procedimiento con fines estéticos o de embellecimiento. Se encuadrarán perfectamente en la parte final de la definición de procedimiento funcional o reconstructivo: "Generalmente se efectúan para mejorar la función, pero también pueden ser ejecutadas para lograr una apariencia aproximadamente normal".⁶

4.4.3 Mamoplastia de Reducción. La situación con la hipertrofia mamaria o macromastia implica un análisis más detallado. La reducción mamaria es una de las cirugías más frecuentemente solicitadas por las usuarias y beneficiarias del Hospital Militar Central y ha resultado difícil definir cuándo la hipertrofia mamaria realmente causa los síntomas descritos por la paciente y cuándo el objetivo principal de la solicitud es la mejoría estética de las mamas.

El presente documento pretende facilitar procesos de decisión como el que se acaba de mencionar. Antes de entrar a definir algunos parámetros para tal efecto es necesario establecer algunos considerandos.

⁶ www.plasticsurgery.org

La hipertrofia mamaria o macromastia representa, según múltiples estudios⁷, un doble problema para la paciente, por un lado un problema de tipo físico que se caracteriza por una amplia gama de síntomas y signos, y por el otro, una afección psicológica que limita a la paciente en diverso grado para su desempeño personal (trabajo, deporte), social y psicoafectivo. Esto se ve reforzado por estudios como los de la Dra. Kerrigan de Minneapolis, donde se analiza el gran impacto que esta patología causa en la calidad de vida de estas pacientes, de igual forma, el estudio de la Dra. Chadbourne⁸, en un meta análisis realizado por la Clínica Mayo muestra la afectación de las pacientes y el gran incremento en la calidad de vida luego de la cirugía correctora. Para estos estudios se utilizaron instrumentos de recolección de la información estadísticamente validados.

Lo anterior solo demuestra que tanto la paciente que consulta por signos y síntomas de afección física y que persigue solo la mejoría de los mismos, tanto la paciente que además de mejorar unas dolencias mínimas también añora mejorar su apariencia física, están afectadas de manera importante en su calidad de vida. Es por esto que la decisión de autorizar el procedimiento en la primera no tendría dificultad pues está cubierta por el Plan de Servicios. No es así para el segundo caso pues los procedimientos con fines estéticos están expresamente prohibidos.

La solución ante este dilema es, a juicio del autor, el establecimiento de criterios de diagnóstico muy claros y verificables, en los que prime el juicio clínico y que permitan diferenciar ambos casos teniendo en cuenta el desmedro en la calidad de vida y la autoestima de la paciente en ambos casos planteados.

⁷ Carolyn L. Kerrigan, M.D., E. Dale Collins, M.D., Dana Striplin, M.H.S.A., H. Myra Kim, Sc.D., Edwin Wilkins, M.D., Bruce Cunningham, M.D., and Julie Lowery, Ph.D. The Health Burden of Breast Hypertrophy (Plast. Reconstr. Surg. 108: 1591, 2001).

⁸ Elenie b. Chadbourne, md; Shuhuan zhang, ms; Matthew j. Gordon, ba; eric y. Ro, ba; susan d. Ross, md, frpc; paul l. Schnur, md; and petra r. Schneider-redden, md Clinical Outcomes in Reduction Mammoplasty: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Studies. Mayo Clin Proc. 2001;76:503-510

Los síntomas y signos más frecuentemente referidos por los pacientes son el dolor de cabeza, dolor en el cuello, la espalda o en los mismos senos; surcos en los hombros causados por las tiras de soporte del brassier, el intertrigo, dolor y/o adormecimiento en las manos y aumento de la sifosis dorsal⁹; desde el punto de vista social y psicológico las pacientes presentan dificultad para hacer deporte y otras actividades físicas, insatisfacción con su imagen corporal, dificultad para encontrar ropa adecuada a su condición, interferencia con su vida sexual y afectiva. Todo este conjunto de manifestaciones ha hecho que “en recientes décadas la hipertrofia mamaria femenina ha sido reconocida como una condición médica que requiere tratamiento”

Un punto de gran debate es la influencia que ejerce el sobrepeso en la exacerbación de los síntomas y el hecho de que la obesidad haya sido uno de los argumentos usados por las compañías de seguros para negar la autorización del procedimiento quirúrgico a estas pacientes. El estudio del Dr. Coollins⁹, 2002, muestra como las pacientes afectadas por la macromastia, sin importar su índice de masa corporal, se veían altamente beneficiadas con la mamoplastia de reducción para el control de sus síntomas. Es más, sus instrumentos de medición, rigurosamente validados por pruebas estadísticas, mostraron que la reducción de peso antes de la cirugía no mejoraba los síntomas, por el contrario, las pacientes que se intervenían quirúrgicamente tenían mayor facilidad para incorporarse en un programa regular de ejercicio que les permitía mejorar sustancialmente su índice de masa corporal con los beneficios generales que ello implica. El mismo autor cita la controversia jurídica entre una paciente y su seguro médico en que el juez afirma que no hay justificación para excluir a una mujer de la cobertura de su seguro basándose únicamente en su peso.

⁹ Collins. E. Dale, M.D., The Effectiveness of Surgical and Nonsurgical Interventions in Relieving the Symptoms of Macromastia. *Plast. Reconstr. Surg.* 109: 155613 The efectivenes.

El tamaño de las mamas, medido en la longitud de la distancia entre la horquilla esternal y el complejo areola pezón, tampoco ha resultado un indicador confiable para el diagnóstico de la hipertrofia mamaria pues basado solo en él podría confundirse una ptosis severa con la hipertrofia generando un grave error de apreciación. Las variaciones en la talla de las pacientes tienen gran influencia en este aspecto pues se ha observado que pacientes con talla baja que presentan una evidente hipertrofia mamaria no superan los 28 a 30 cm en esta medida.

En conclusión se considera que para este efecto el punto de referencia podría ser el pliegue anterior del codo. Esto significa que si, sumado a los demás criterios diagnósticos, el punto más inferior de la mama sobrepasa caudalmente el pliegue anterior del codo, se considerará un indicador adicional en pro de la autorización del procedimiento como funcional.

Además del tamaño mismo de las mamas también es necesario considerar su composición a la hora de definir su influencia como causa de los síntomas de la paciente. Unas mamas que sobrepasan el nivel del pliegue anterior del codo pueden ser configurar una ptosis severa y no necesariamente una hipertrofia mamaria. El peso relativo de las mamas, en el que influye grandemente su composición, grasa o glandular, es el segundo factor a considerar, además de la longitud de la mama, para diagnosticar la hipertrofia.

El predominio de la composición glandular, establecido por la palpación, sobre el componente graso en la mama, y el peso percibido por el examinador en el momento de la evaluación, sumado a la longitud de la misma (referido al pliegue anterior del codo), permitirán soportar adecuadamente el diagnóstico de hipertrofia mamaria diferenciándolo de la ptosis severa.

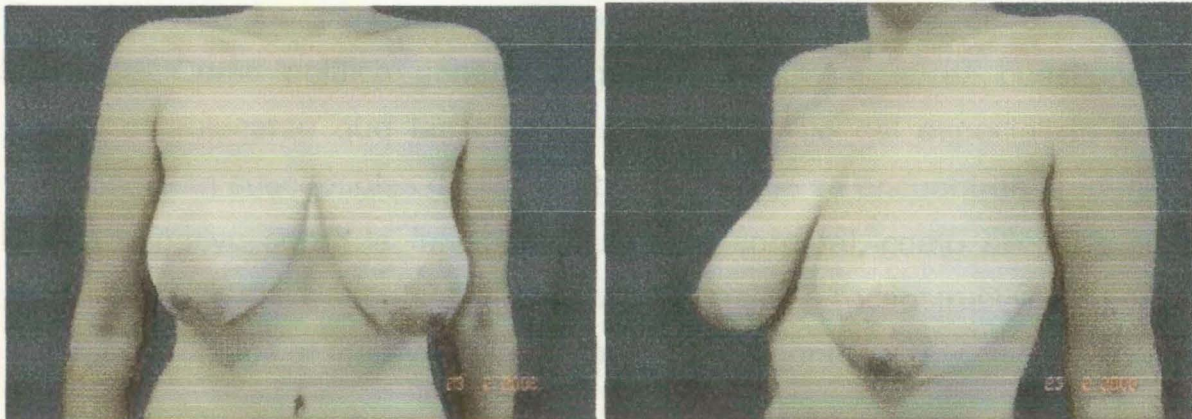


Figura 11. Paciente con ptosis mamaria severa

Como conclusiones luego de la revisión bibliográfica, combinada con la experiencia del autor en la evaluación de las pacientes del subsistema de salud de las Fuerzas Militares, puede decirse que la tendencia general en la literatura mundial es a considerar la hipertrofia mamaria como una afección funcional que debe ser cubierta por los seguros o planes de salud. En lo que no hay consenso y donde radica la mayor dificultad, es en el establecimiento de parámetros claros para establecer un punto de referencia en el tamaño de las mamas, por un lado, y la severidad de los síntomas por el otro, que permitan objetivar la autorización del procedimiento. En el aparte de este documento en que se establecen los criterios específicos para cada procedimiento, se ha elaborado un listado de los síntomas y signos sobre los que se ha reunido el consenso, buscando facilitar la decisión.

4.5 TEJIDO TEGUMENTARIO

4.5.1 Revisión de Cicatrices. Las cicatrices que aquejan a los pacientes luego de diferentes eventos traumáticos o como resultado de intervenciones quirúrgicas, son otro frecuente motivo de consulta.

En este tema los parámetros son menos complejos que en el de la cirugía mamaria. Como política general y que no admite mayores cuestionamientos, puede establecerse que las cicatrices, que a juicio del especialista en cirugía plástica, sean susceptibles de ser mejoradas, y que se encuentren produciendo un efecto negativo sobre la función de un área corporal, como pliegues cutáneos, manos, cuello, etc. deben considerarse funcionales o reconstructivos y por lo tanto serán autorizados al amparo de la normatividad vigente.

De igual manera se manejarán las cicatrices resultantes de quemaduras de diversa índole y las provenientes de intervenciones quirúrgicas de tipo funcional, más aún las originadas en heridas de guerra.

Por el contrario, cicatrices sobre las que, a juicio del especialista cirujano plástico, no tengan suficiente posibilidad de mejoría, o aquellas que se deriven de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos que no produjeron los resultados esperados, no podrán ser autorizadas por encontrarse fuera del espíritu de la norma reguladora (Acuerdo 002 /2001)

4.6 CIRUGÍA DEL CONTORNO CORPORAL

Los procedimientos para mejorar el contorno corporal, como tratamiento principal o accesorio del sobrepeso o la obesidad, también implican un reto a la hora de definir objetivamente su carácter de reconstructivo o estético.

Se empezará por hacer definición de algunos términos:

4.6.1 Abdominoplastia. Típicamente se realiza con propósitos cosméticos, involucra la remoción del exceso de piel y grasa desde el pubis hasta el ombligo y

generalmente incluye la plicatura de la fascia de los músculos abdominales para corregir la diastasis de los mismos y el diseño de un neo-ombligo.

4.6.2 Paniclectomía. Se realiza la escisión de piel y grasa en una forma de cuña transversa o vertical, generalmente en la zona del hipogastrio, sin que ello implique el decolamiento de colgajos adicionales ni la creación de un nuevo ombligo.

El primer evento a analizar es el paciente obeso con piel redundante manifestada en pliegues colgantes. Sin más considerandos, la primera impresión es que no se trata de un paciente candidato a un procedimiento de la especialidad de cirugía plástica pues la obesidad no es una patología primariamente manejada por esa especialidad.

No obstante, algunas complicaciones de esa situación como la aparición de lesiones cutáneas crónicas tipo intertrigo o dermatitis de contacto o micosis cutáneas resistentes a múltiples tratamiento que tienen asiento en los mencionados pliegues cutáneos; o también, cuando el abultado panículo adiposo abdominal redundante se constituye en un factor de riesgo para la realización de intervenciones quirúrgicas abdominales por las dificultades que pueden derivarse de la difícil exposición del área quirúrgica y de complicaciones de la herida por una inadecuada cicatrización en esas zonas de pliegue, entonces el panorama cambia y llegan algunos autores a hablar de “paniclectomía médicamente necesaria” para corregir estas situaciones derivadas de la obesidad.¹⁰ También se considera funcional en casos de hernias incisionales recurrentes con complicaciones de la

¹⁰ Powell, John L. MD, Erica S. Cunill, MD, and Beata E. DiZoglio, MD “Medically Necessary” Panniclectomy Is an Integral Part of Pelvic Surgery in Obese Patients. *Journal of PELVIC MEDICINE & SURGERY Volume 11, Number 5 September/October 2005*

herida, en este caso se hace la paniclectomía y los resultados mejoran grandemente.¹¹

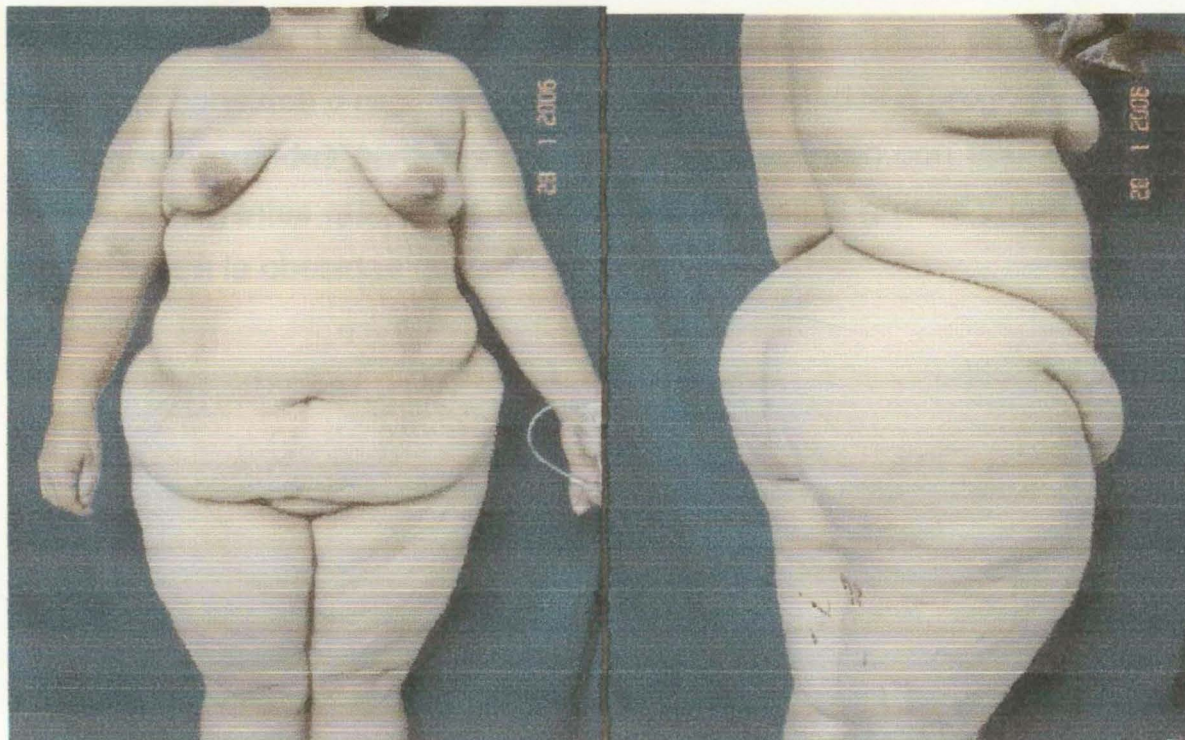


Figura 12. Paciente con obesidad severa y piel redundante. Nótese el pannus abdominal

Sin embargo no es posible establecer un consenso generalizado al respecto pues otros autores no consideran fundamentalmente necesaria la paniclectomía para facilitar el acceso y prevenir complicaciones de la herida quirúrgica y establecen otros parámetros para considerar funcional o estético.¹²

En este evento se puede extractar que con claridad solo se puede autorizar como funcional la paniclectomía en un paciente que por su obesidad los pliegues

¹¹ Berry, M.D Mark F., Sonya Paisley, M.D.a, David W. Low, M.D.b, Ernest F. Rosato, M.D.a Repair of large complex recurrent incisional hernias with retromuscular mesh and panniclectomy. *The American Journal of Surgery* 194 (2007) 199–204

¹² CIGNA HEALTHCARE COVERAGE POSITION Subject Abdominoplasty and Panniclectomy *Proprietary information of CIGNA. Copyright ©2008 CIGNA*

cutáneos presentan lesiones o infecciones cutáneas de difícil tratamiento y que alteran la calidad de vida de estos pacientes.

De otro lado están los pacientes que, por diferentes medios, ya sean tratamientos de cirugía bariátrica o regímenes alimentarios asociados a programas de ejercicio, han logrado grandes pérdidas de peso y se presentan con abundantes pliegues cutáneos colgantes que antes alojaban los depósitos grasos y que el tratamiento primario para la obesidad no logró mejorar.



Figura 12. Paciente con exceso de piel luego de gran pérdida de peso

En este campo el terreno es menos firme y no ha sido claramente dilucidado, especialmente en nuestro ámbito de acción, el subsistema de salud de las Fuerzas Militares donde la cirugía bariátrica no ha sido completamente regulada.

Sin embargo, el cirujano plástico enfrenta al paciente luego de ese proceso y con gran cantidad de piel sobrante y debe decidir si ante la solicitud para retirar esa piel se enfrenta a una cirugía de tipo estético o funcional.

5.1 PÁRPADOS

De entrada se debe establecer que si la solicitud del paciente es una cirugía para “terminar su tratamiento y conseguir una mejor figura”, se estará ante un procedimiento de tipo estético que no deberá ser autorizada. Si, por el contrario, el paciente que ha conseguido una importante reducción de peso consulta porque el exceso de piel se está complicando con lesiones cutáneas como las mencionadas más arriba en este documento (intertrigo, dermatitis, etc.), y adicionalmente sufre inconvenientes para el desarrollo de su vida diaria por la interferencia de dichos excesos de piel, entonces el procedimiento tendría un carácter más cercano al funcional o reconstructivo.

Criterio 2. Que no se trate de un procedimiento que tenga como único objetivo mejorar la apariencia estética del o de los párpados con fines de embellecimiento como la dermatochalasis que no obstruye el campo visual.

Criterio 3. De tratarse de una deformidad estética, es decir, que no cause limitación en la función de los párpados, esta debe ser de tipo congénito o como resultado de:

- Secuelas de heridas o trauma en general
- Se excluyen deformidades derivadas de procedimientos estéticos como el resultado de una blefaroplastia estética previamente realizada.

Criterio 4. Que se trate de una deformidad adquirida que disminuya la capacidad psicológica del afiliado del Subsistema de Salud de la Fuerzas Armadas de tipo a

5. PROTOCOLO DE DECISIONES

5.1 PÁRPADOS

Para la aprobación de procedimientos de Cirugía Plástica en párpados, deberán cumplirse los siguientes criterios:

Criterio 1. Procedimiento incluido en el Título II, Capítulo I “De La Nomenclatura y Clasificación De Procedimientos”, en su Artículo 9.- Actividades, Intervenciones y Procedimientos. Intervenciones y Procedimientos Medico-Quirúrgicas, Nomenclatura y Clasificación, Sección 00 Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicos, Capítulo 03 “Procedimientos en Párpados” (**Anexo 1.**)

Criterio 2. Que no se trate de un procedimiento que tenga como único objetivo mejorar la apariencia estética del o de los párpados con fines de embellecimiento como la dermatochalasis que no obstruye el campo visual.

Criterio 3. De tratarse de una deformidad estética, es decir, que no cause limitación en la función de los párpados, esta debe ser de tipo congénito o como resultado de:

- Secuelas de heridas o trauma en general
- Se excluyen deformidades derivadas de procedimientos estéticos como un mal resultado de una blefaroplastia estética previamente realizada.

Criterio 4. Que se trate de una deformidad adquirida que disminuya la capacidad psicofísica del afiliado del Subsistema de Salud de la Fuerzas Militares de apto a

aplazado para la permanencia en el servicio activo, de acuerdo a lo establecido en el decreto 094 de 1989 **(Anexo 2)**

Criterio 5. Se autorizará la corrección de todo tipo de ptosis palpebral ya sea congénita o adquirida.

Criterio 6. De acuerdo a lo establecido en el acuerdo 002 de 2001, la blefaroplastia superior e inferior solo se autorizará luego de verificar que la campimetría visual se ve disminuida por los párpados y luego de la evaluación de un Comité Científico.

Criterio 7. Se autorizará la corrección de la blefarochalasis cuando esta limite el campo visual.

Criterio 8. La campimetría deberá ser realizada por un oftalmólogo de un establecimiento de sanidad militar y certificada en forma escrita.

5.2 PABELLON AURICULAR

5.2.1 Corrección de Orejas Prominentes.

Criterio 1. Sí se encuentra incluida la corrección de orejas prominentes con o sin reducción de tamaño en el Acuerdo 002 de 2001, Título II, Capítulo I “De La Nomenclatura y Clasificación De Procedimientos”, en su Artículo 9.- Actividades, Intervenciones y Procedimientos. Intervenciones y Procedimientos Medico-Quirúrgicas, Nomenclatura y Clasificación, Sección 00 Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicos, Capítulo 04 Sistema Auditivo. **(Anexo 1)**

Criterio 2. Se presenta una contradicción pues la otoplastia de orejas prominentes se considera una cirugía de tipo estético y con fines de embellecimiento y esto la excluiría del plan de servicios.

Criterio 3. Solo se autorizará el procedimiento luego de una valoración psicológica especializada que determine que la deformidad representa una causa de conflicto social para el paciente y afecta negativamente su autoestima.

Criterio 4. La otoplastia compensadora para una oreja prominente se autorizará cuando su contralateral se haya visto afectada por un trauma o por intervención quirúrgica no estética, por ejemplo, la resección de un tumor en el pabellón auricular.

Criterio 5. Se autorizará la corrección de orejas prominentes en personal militar activo cuya deformidad afecte el uso de prendas militares de protección como el casco de combate o casco de vuelo.¹³

Criterio 6. No se autorizará la otoplastia de orejas prominentes para corregir las secuelas o resultados no satisfactorios de un procedimiento de tipo estético.

5.3 NARIZ

5.3.1 Rinoplastia.

5.3.2 Septorinoplastia.

¹³ Salgado CJ. Corrective otoplasty for symptomatic prominent ears in U.S. soldiers. - Mil Med - 01-FEB-2006; 171(2): 128-30

Criterio 1. Sí se encuentra incluida la rinoplastia y septorinoplastia, la corrección de fracturas de pirámide nasal en el Acuerdo 002 de 2001, Título II, Capítulo I “De La Nomenclatura y Clasificación De Procedimientos”, en su Artículo 9.- Actividades, Intervenciones y Procedimientos. Intervenciones y Procedimientos Medico-Quirúrgicas, Nomenclatura y Clasificación, Sección 00 Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicos, Capítulo 05 Nariz, Boca y Faringe. **(Anexo 1)**

5.4.1. Indicaciones de aumento

Criterio 2. El mismo decreto establece la condición de que para autorizar uno de estos procedimientos debe aprobarlo el Comité Científico y debe tratarse de un procedimiento de cirugía reconstructiva para corregir ya sea un defecto congénito o adquirido.

Criterio 3. La normatividad vigente no contempla la exclusión de preexistencias, **(ver anexo 1)** por lo que permite autorizar la corrección de deformidades causadas por traumatismos u otros eventos diferentes a procedimientos estéticos, aún si estos han ocurrido antes del ingreso a las Fuerzas Militares.

Criterio 4. Se autorizará la corrección estética de las deformidades nasales y de los labios por secuelas de labio y nariz fisuradas según lo establecido en el acuerdo 002 de 2001 (Anexo 1)

Criterio 5. El paciente debe presentar los siguientes signos o síntomas como reflejo de su afectación funcional para ser considerado candidato a una rinoplastia o septorinoplastia funcional – reconstructiva:

• Dolor cervical, dorsal y lumbar

- Deformidad de la pirámide nasal
- Desviación septal evidenciada a la especuloscopia
- Hipertrofia de cornete inferior

- Obstrucción nasal en reposo o en ejercicio
- Epistaxis recurrente.

5.4 INTERVENCIONES EN LA MAMA

5.4.1 Mamoplastia de aumento

5.4.2 Mamoplastia de reducción

5.4.3 Mamopexia

Criterio 1. Estas intervenciones quirúrgicas están incluidas en el listado de intervenciones quirúrgicas autorizadas en el acuerdo 002 de 2001. Sin embargo hace la salvedad de que solo se autorizarán si se trata de cirugía reconstructiva y no con fines meramente estéticos para embellecimiento.

Criterio 2. La mamoplastia de reducción se autorizará considerándola una cirugía funcional para evitar deformidades o dolores en la columna vertebral y espalda si la paciente reúne las siguientes condiciones:

Síntomas Físicos: (Deben estar presentes mínimo 2)

- Cefalea
- Dolor cervical, dorsal o lumbar
- Dolor en las mamas
- Adormecimiento de las manos especialmente en territorio cubital

Síntomas Psicosociales (Deben estar presentes mínimo 2)

- Limitación para hacer deporte o actividades laborales
- Afectación de su vida social, afectiva/sexual
- Dificultad para encontrar vestimenta adecuada
- Deterioro de la percepción de su imagen personal

Signos hallados al Examen Físico (deben estar presentes mínimo 4)

- Índice de masa corporal menor de 30
- Polo inferior del seno que sobrepasa el pliegue anterior del codo.
- Mamas pesadas, voluminosas al examen físico
- Predominio del componente glandular sobre el componente graso en la mama
- Surcos profundos en los hombros por las correas del brassier
- Talla de copa de brassier D o mayor
- Intertrigo

Criterio 3. La mamoplastia de reducción se autorizará cuando se trate de una mamoplastia oncológica y se incluye la mamoplastia de reducción compensadora en la mama contralateral.

Criterio 4. La mamoplastia de aumento con prótesis no se autorizará si se trata de una cirugía con fines estéticos para embellecimiento.

Criterio 5. La mamoplastia de aumento unilateral con prótesis se autorizará para corregir asimetrías mamarias severas

Criterio 6. La reconstrucción mamaria se autorizará ya sea con colgajos autólogos o con prótesis y colgajo luego de amputaciones totales o parciales de la mama por cáncer o patología similar.

Criterio 7. La mamoplastia de aumento con prótesis se autorizará para compensar el seno contralateral cuando se ha realizado reconstrucción mamaria del otro seno previamente amputado por patología oncológica.

Criterio 8. La mamopexia con fines estéticos, para corregir ptosis mamarias, para embellecimiento no se autorizará.

Criterio 9. Se autorizará la mamopexia como cirugía compensatoria de un seno contralateral a otro previamente sometido a reducción o reconstrucción post cáncer.

CORRECCION DE CICATRICES

Criterio 1. De acuerdo a lo establecido en el decreto 094 del 89, deberá autorizarse el tratamiento de cicatrices que causen desfiguración facial y cicatrices de cualquier origen que causen limitación de la función de la zona corporal en que se encuentren. **(Anexo 1)**

Criterio 2. En atención a lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001 deberá autorizarse el tratamiento quirúrgico de las cicatrices que:

- Se encuentren en zonas especiales como cara, cuello, manos, pliegues de flexión, genitales.
- Provengan de procedimientos quirúrgicos de tipo funcional especialmente por trauma o heridas de guerra
- Secuelas de quemaduras

Criterio 3. No deberá autorizarse la revisión quirúrgica de:

- Cicatrices no deformantes,
- Cicatrices que no produzcan limitación funcional
- Cicatrices que busquen simplemente la mejoría estética y que provengan de procedimientos quirúrgicos de tipo estético que no lograron un resultado satisfactorio

5.5 CIRUGIA DEL CONTORNO CORPORAL

5.5.1 Abdominoplastia

5.5.2 Lipoescultura (Liposucción)

5.5.3 Lipoinyección (Lipoinjerto)

5.5.4 Paniclectomía

Criterio 1. No se autorizarán procedimientos que busquen mejorar la apariencia estética del contorno corporal con fines de embellecimiento como:

- Lipoescultura (liposucción)
- Abdominoplastia (Dermolipectomía)
- Lipoinyección (Lipoinjerto)

Criterio 2. Se autorizarán procedimientos que busquen mejorar la apariencia del contorno corporal o facial como la lipoinyección cuando se busque corregir defectos o cicatrices deprimidas que provengan de afecciones congénitas o de secuelas de heridas o traumatismos de guerra

Criterio 3. Se autorizará y no se considerará de tipo estético o suntuaria la abdominoplastia realizada en el diseño de un colgajo Transverso de Recto Abdominal para la reconstrucción mamaria o para la reconstrucción de otra zona corporal afectada por heridas o secuelas de las mismas.

Criterio 4. Se autorizará la paniculectomía para corregir hernia incisional recurrente con complicaciones de la herida como dehiscencias y sobreinfección.

Criterio 5. La Paniculectomía para contribuir a mejorar defectos estructurales de la pared abdominal y/o dolor lumbar crónico debido a la incompetencia funcional de la pared abdominal anterior, se considerará como un procedimiento funcional.

5.5.5 Cirugía Bariátrica. En pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica y/o que han logrado pérdidas importantes de peso, y que como consecuencia de ello presentan grandes cantidades de piel redundante en el hipogastrio, se aplicarán los siguientes parámetros para clasificar el procedimiento:

Criterio 1. La resección de piel y panículo adiposo colgante de la región epigástrica, hipogástrica, de la región inguinocrural, del dorso, de la región lumbosacra y de los brazos sin otro motivo que mejorar el aspecto estético final o que se asuma como la culminación de un tratamiento de obesidad, no se autorizará por considerarse dentro del campo de la cirugía estética.

Criterio 2. Si el componente de piel y panículo adiposo colgante (pannus) presenta las siguientes características se considerará necesario autorizar el procedimiento como funcional o reconstructivo:

- El nivel más inferior del pannus abdominal se encuentra a nivel de la sínfisis púbica o aún sobrepasa sus límites inferiores.
- Se encuentra una condición cutánea crónica, asociada al pannus, del tipo intertrigo, dermatitis de contacto, dermatomicosis crónicas, foliculitis, celulitis, etc.
- El volumen y localización del pannus interfiere de manera evidente con las actividades normales del paciente.
- Evidencia de peso estable durante al menos 6 meses si ha logrado la pérdida de peso por medios no quirúrgicos.

Criterio 3. En el paciente que ha sido sometido a cirugía bariátrica, además de los criterios anteriores, deberá cumplir al menos 18 meses después de dicho procedimiento, de los cuales los 6 últimos no deben reportar variaciones importantes en el peso.

5.5.6 Cirugía Ginecológica Asociada. En cuanto a la Paniculectomía y abdominoplastia en pacientes que se someterán a cirugía ginecológica se aplicarán los siguientes criterios:

Criterio 1. No se autorizarán procedimientos de tipo abdominoplastia en forma conjunta con cirugía ginecológica (histerectomía, pomey, miomectomías, etc.) si con ello se pretende mejorar la apariencia estética del abdomen.

Criterio 2. En pacientes obesas y obesas mórbidas, (IMC: 30 a 40 o superior), que vayan a ser sometidas a cirugía ginecológica extensa (histerectomía, cirugía oncológica uterina o pélvica en general, etc.), la paniculectomía se autorizará como funcional o estética si a juicio del ginecólogo y el cirujano plástico, durante

una junta quirúrgica, se concluye que el pannus incrementa la dificultad del procedimiento (mayor tiempo quirúrgico) y las posibilidades de complicaciones de la herida quirúrgica.

Los límites entre la cirugía estética y la cirugía reconstructiva dentro del marco de la especialidad de cirugía plástica no son tan claros como a primera vista pareciera y esa condición se complica cuando de esa vaga delimitación depende la asignación de la responsabilidad de asumir los costos de la intervención quirúrgica por parte del paciente, si se trata de un procedimiento estético, o a expensas del Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas, si se configura una cirugía de tipo reconstructivo o funcional.

Luego de una extensa revisión bibliográfica y de contrastar la misma con la experiencia del autor en el Hospital Militar Central, resulta claro que hacer esta delimitación no puede ceñirse estrictamente a un protocolo como si se tratara de hacer una mezcla propia de una fórmula magistral con sus componentes exactamente medidos, por el contrario, lo que aquí se presenta pretende ofrecer unos puntos básicos de apoyo a las decisiones que sí serán efectivas a la luz del juicio clínico de los especialistas que conformarán la junta quirúrgica en que finalmente se adoptarán las decisiones.

No obstante, las limitaciones mencionadas, se considera que este documento reúne los parámetros necesarios para abordar exitosamente el problema planteado y será de gran ayuda para la estandarización del proceso permitiendo una evaluación de cada situación particular bajo una óptica objetiva y con un instrumento válido, reduciendo las posibilidades de sesgos o errores.

Adicionalmente, cabe mencionar que el presente documento no es un trabajo terminado sino que, al contrario, deberá ser revisado periódicamente y

CONCLUSIONES

Los límites entre la cirugía estética y la cirugía reconstructiva dentro del marco de la especialidad de cirugía plástica no son tan claros como a primera vista pareciera y esa condición se complica cuando de esa vaga delimitación depende la asignación de la responsabilidad de asumir los costos de la intervención quirúrgica por parte del paciente, si se trata de un procedimiento estético; o a expensas del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, si se configura una cirugía de tipo reconstructivo o funcional.

Luego de una extensa revisión bibliográfica y de contrastar la misma con la experiencia del autor en el Hospital Militar Central, resulta claro que hacer esta delimitación no puede ceñirse estrictamente a un protocolo como si se tratara de hacer una mezcla propia de una fórmula magistral con sus componentes exactamente medidos, por el contrario, lo que aquí se presenta pretende ofrecer unos puntos básicos de apoyo a las decisiones que solo serán efectivas a la luz del juicio clínico de los especialistas que conformarán la junta quirúrgica en que finalmente se adoptarán las decisiones.

No obstante, las limitaciones mencionadas, se considera que este documento reúne los parámetros necesarios para abordar exitosamente el problema planteado y será de gran ayuda para la estandarización del proceso permitiendo una evaluación de cada situación particular bajo una óptica objetiva y con un instrumento validado, reduciendo las posibilidades de sesgos o errores.

Adicionalmente, cabe mencionar que el presente documento no es un trabajo terminado sino que al contrario, deberá ser revisado periódicamente y

complementado con los nuevos aportes encontrados en los reportes de la literatura científica mundial y tendiente a resolver los retos, que en este tema, la práctica diaria vaya presentando.

El resultado final de este trabajo debe ser remitido a la Dirección General de Sanidad Militar con el fin de que sea evaluado e incorporado dentro del documento Guía de Manejo y Protocolo de Decisiones a fin de darle la validez legal que requiere para poder ser implementado de tal manera que pueda usarse en el Hospital Militar Central y en los demás Establecimientos de Sanidad Militar.

RECOMENDACIONES

El resultado final de este trabajo debe ser remitido a la Dirección General de Sanidad Militar con el fin de que sea evaluado e incorporado dentro del documento Guías de Manejo y Protocolo de Decisiones a fin de darle la validez legal que requiere para poder ser implementado de tal manera que pueda usarse en el Hospital Militar Central y en los demás Establecimientos de Sanidad Militar.

- American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology. 1995 Apr; 102(4):695-3.
- Pottmann AR. Cosmesis Oculoplastia Surgical. Terceira edição, 1999. W.B Saunders Company, printed in the USA.
- Stephen Boshak, MD. Reconstructive Lower Lid Blepharoplasty. Ophthalmol Clin N Am 18 (2005) 279 - 289.
- Bedrossian, Edward H., Jr, MD. Reconstructive Lower Lid Blepharoplasty. FACS Ophthalmol Clin N Am 18 (2005) 291 - 300.
- Cooper-Hobson G, Jaffe W. The benefits of surgery for children. Further evidence to satisfy the in-demand NHS. J Plast Reconstr Aesthet Surg (2007), Jan 10; 10(18):1195-2007.08.020.
- MacGregor FG. Ear deformities: social and psychological implications. Clin Plast Surg 1975;3:347e50.
- Salgado CJ. Corrective otoplasty for symptomatic prominent ears in U.S. soldiers. Mil Med - 01-FEB-2006; 171(2): 128-30.

BIBLIOGRAFIA

- Rodney J. Schaefer, MD; Stephen S. Park, MD Functional Rhinoplasty Operative Techniques in Otolaryngology-Head And Neck Surgery, Vol 10, No
- Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Acuerdo 002 de 2001. "Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial".
- Functional indications for upper and lower eyelid blepharoplasty. American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology. 1995 Apr; 102(4):693-5.
- Raymond Gola, M.D. Functional and Ethetic Rhinoplasty Aesth. Plast. Surg.
- Putterman, Allen. Cosmetic Oculoplastic Surgery, tercera edición, 1999, W.B. Saunders Company, printed in the USA.
- Chadbourne, Daniel B. MD; Shuhuan Zheng, MS; Matthew J. Gordon, BA; Eric
- Stephen Bosniak, MD Reconstructive Upper Lid Blepharoplasty Ophthalmol Clin N Am 18 (2005) 279 – 289.
- Bedrossian. Edward H., Jr, MD Reconstructive Lower Lid Blepharoplasty. , FACS Ophthalmol Clin N Am 18 (2005) 291 – 300.
- Kamigan, Carolyn L. M.D., E. Dale Collins, M.D., Dana Striplin, M.H.S.A., H.
- Cooper-Hobson G, Jaffe W, The benefits of otoplasty for children: Further evidence to satisfy the modern NHS, J Plast Reconstr Aesthet Surg (2007), doi:10.1016/j.bjps.2007.09.020.
- MacGregor FC. Ear deformities: social and psychological implications. Clin Plast Surg 1978;5:347e50.
- Salgado CJ. Corrective otoplasty for symptomatic prominent ears in U.S. soldiers. Mil Med - 01-FEB-2006; 171(2): 128-30.

- American Society of Plastic Surgeons. ASPS Recommended Insurance
- Rodney J. Schlosser, MD, Stephen S. Park, MD Functional Rhinoplasty Operative Techniques In Otolaryngology--Head And Neck Surgery, Vol 10, No 3 (Sep), 1999: Pp 203-208. [surgery.org](http://www.surgery.org)
- ASPS Recommended Insurance Coverage Criteria for Third-Party Payers American Society of Plastic Surgeons. *Practice Parameter for Nasal Surgery* July 2006. *Journal of Podiatric Medicine & Surgery* Volume 11, Number 3 September/October 2005
- Raymond Gola, M.D. Functional and Esthetic Rhinoplasty *Aesth. Plast. Surg.* 27:390-396, 2003. *D. Senya Paisley, M.D., David W. Low, M.D., Ernest P. Rosato, M.D. Repair of large complex recurrent nasal deformities with*
- Chadbourne. Elenie B. MD; Shuhuan Zhang, MS; Matthew J. Gordon, Ba; Eric Y. Ro, Ba; Susan D. Ross, MD, Frcpc; Paul L. Schnur, MD; And Petra R. Schneider-Redden, MD Clinical Outcomes In Reduction Mammoplasty: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Published Studies. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:503-510. *Proprietary information of CIGNA. Copyright ©2008*
- Kerrigan, Carolyn L. M.D., E. Dale Collins, M.D., Dana Striplin, M.H.S.A., H. Myra Kim, Sc.D., Edwin Wilkins, M.D., Bruce Cunningham, M.D., and Julie Lowery, Ph.D. The Health Burden of Breast Hypertrophy. *Plast. Reconstr. Surg.* 108: 1591, 2001.
- Collins, E. Dale M.D., The Effectiveness of Surgical and Nonsurgical Interventions in Relieving the Symptoms of Macromastia. *Plast. Reconstr. Surg.* 109: 1556, 2002.

- American Society of Plastic Surgeons. ASPS Recommended Insurance Coverage Criteria for Third-Party Payers. Practice Parameter for Surgical Treatment of Skin Redundancy for Obese and Massive Weight Loss Patients. Date July 2006 www.plasticsurgery.org.
- Powell, John L. MD, Erica S. Cunill, MD, and Beata E. DiZoglio, MD “Medically Necessary” Panniculectomy Is an Integral Part of Pelvic Surgery in Obese Patients. *Journal of Pelvic Medicine & Surgery* Volume 11, Number 5 September/October 2005.
- Berry, Mark F. M.D. Sonya Paisley, M.D.a, David W. Low, M.D.b, Ernest F. Rosato, M.D.a Repair of large complex recurrent incisional hernias with retromuscular mesh and panniculectomy. *The American Journal of Surgery* 194 (2007) 199–204.
- CIGNA HEALTHCARE COVERAGE POSITION Subject Abdominoplasty and Panniculectomy *Proprietary information of CIGNA. Copyright ©2008*

ANEXO A

CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES
Y DE LA POLICIA NACIONAL

ACUERDO No. 002

(Abril 27 de 2001)

Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial

TITULO II
CAPITULO I

DE LA NOMENCLATURA DE PROCEDIMIENTOS

ANEXOS

ARTICULO 1. ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS
INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS.
NOMENCLATURA Y CLASIFICACION

Sección 00 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRURGICOS

Capitulo 03 SISTEMA VISUAL

03 PROCEDIMIENTOS EN PÁRPADOS

Incluye PROCEDIMIENTOS EN CEJAS

Simultaneo CUALQUIER RECONSTRUCCION SIMULTANEA (085,083)

03 INCISION DE PÁRPADO

03.0.1 DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA

Incluye AQUEL POR HEMATOMA O ABSCESO ENTRE OTROS

03.0.1.00 DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA

500

ANEXO A

CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL

ACUERDO No. 002

(Abril 27 de 2001)

Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial

TITULO II CAPITULO I

DE LA NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

ARTICULO 9. ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS, NOMENCLATURA Y CLASIFICACION

Sección 00 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRURGICOS

Capítulo 03 SISTEMA VISUAL

08PROCEDIMIENTOS EN PARPADOS

Incluye: PROCEDIMIENTOS EN CEJAS

Simultaneo: CUALQUIER RECONSTRUCCION SIMULTANEA (086,088)

08.0INCISIÓN DE PÁRPADO

08.0.1 DRENAJE DE COLECCIÓN POR 'BLEFAROTOMÍA

Incluye: AQUEL POR HEMATOMA O ABSCESO ENTRE OTROS

08.0.1.00 DRENAJE DE COLECCIÓN POR 'BLEFAROTOMÍA
SOD

08.1 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN PÁRPADOS

08.1.1 BIOPSIA DE PÁRPADO

08.1.1.00 BIOPSIA DE PÁRPADO SOD

08.2 ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO

Incluye: POR TUMOR BENIGNO O MALIGNO

08.2.0 ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO, SIN OTRA

DESAGREGACION

08.2.0.00 ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO, SOD

08.2.1 RESECCIÓN DE CHALAZIÓN

08.2.1.00 RESECCIÓN DE CHALAZIÓN SOD

08.2.3 ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR PARCIAL

08.2.3.00 ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR PARCIAL SOD

08.2.3.01 RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO

08.2.3.02 RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS

08.2.4 ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR COMPLETO

Incluye: POR TUMOR BENIGNO O MALIGNO

08.2.4.00 ESCISIÓN DE LESIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO SOD

08.2.4.01 RESECCIÓN TOTAL DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCIÓN, CON INJERTO O COLGAJO

08.2.5 ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS

08.2.5.00 ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS SOD

08.2.5.01 ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR
DIATERMIA O CRIOTERAPIA

08.2.5.02 ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR LASER

08.2.5.03 ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR
MEDIOS QUÍMICOS

08.2.6 TARSECTOMÍA

08.2.6.00 TARSECTOMÍA SOD

**08.3 REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS Y RETRACCIÓN DE BORDES
PALPEBRALES**

**08.3.1 CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR
SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA**

08.3.1.00 CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR
SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA SOD

**08.3.2 CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR
SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATA**

08.3.2.00 CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR
SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATA SOD

**08.3.3 CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR
RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR**

Incluye: *FIJACION SUPRATARSAL PARA FORMAR
PLIEGUE PÁRPADO SUPERIOR*

08.3.3.00 CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR
RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR SOD

**08.3.4 CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION
DEL ELEVADOR VIA
CONJUNTIVAL**

08.3.3 Incluye: FIJACION SUPRATARSAL PARA FORMAR
PLIEGUE PARPADO SUPERIOR

08.3.4.00 CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR
RESECCION DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL
SOD

08.4 REPARACION DE ENTROPIÓN Y ECTROPION

Incluye: RESECCION EN CUÑA Y/O LENGÜETA TARSAL AL
PERIOSTIO

**08.4.1 CORRECCION DE ENTROPIÓN, POR TECNICA DE
SUTURA**

08.4.1.00 CORRECCION DE ENTROPIÓN, POR TECNICA DE
SUTURA SOD

08.4.2 CORRECCION DE ENTROPIÓN, CON INJERTO

08.4.2.00 CORRECCION DE ENTROPIÓN, CON INJERTO
SOD

08.4.3 CORRECCION DE ECTROPION, CON INJERTO

08.4.3.00 CORRECCION DE ECTROPION, CON INJERTO
SOD

**08.4.4 CORRECCION DE ECTROPION, POR TECNICA DE
SUTURA**

08.4.4.00 CORRECCION DE ECTROPION, POR TECNICA DE
SUTURA SOD

08.5 OTROS ARREGLOS DE POSICIÓN DE BORDES PALPEBRALES

08.5.1 CANTOTOMÍA

08.5.1.00 CANTOTOMÍA SOD

08.5.2 CANTORRAFIA

08.5.2.00 CANTORRAFIA SOD

08.5.3 CANTOPLASTIA

08.5.3.00 CANTOPLASTIA (FIJACION DE CANTO) SOD

08.6 RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO

Incluye: TARSOPLASTIA

Excluye: AQUELLA ASOCIADA CON RESECCION TOTAL DE PÁRPADO (0824); REPARACION DE ENTROPION Y ECTROPION (084)

08.6.1 RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL

08.6.1.00 RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL SOD

08.6.1.01 BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

08.6.1.02 BLEFAROPLASTIA INFERIOR

08.6.1.10 BLEFAROPLASTIA CON LASER

08.6.2 RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA

08.6.2.00 RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD

08.6.3 RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO

08.6.3.00 RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO SOD

08.6.4 RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL

08.6.4.00 RECONSTRUCCION DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL SOD

08.7 OTRA RECONSTRUCCION DE PÁRPADOS

08.7.1 RECONSTRUCCION DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO)

08.7.1.00 RECONSTRUCCION DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD

08.7.3 RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS

08.7.3.00 RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS SOD

08.7.4 RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE EPICANTO

08.7.4.00 RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE EPICANTO SOD

08.7.4.01 RECONSTRUCCION DE PLIEGUES CORRECCIÓN DE EPICANTO CON CUATRO COLGAJOS (MUSTARDE) SOD

08.8 REPARACIÓN DE PÁRPADO

08.8.1 REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA

08.8.1.00 REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA SOD

08.8.2 REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR

PARCIAL

08.8.2.01 SUTURA SIMPLE DE HERIDA UNICA DE PÁRPADO [BLEFARORRAFIA SIMPLE]

08.8.2.02 SUTURA SIMPLE DE HERIDA MULTIPLE DE PÁRPADO [BLEFARORRAFIA SIMPLE]

08.8.4 REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO

COMPLETO

08.8.4.01 SUTURA COMPLEJA DE HERIDA UNICA DE PÁRPADO [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]

08.8.4.02 SUTURA COMPLEJA DE HERIDA MULTIPLE DE PÁRPADO [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]

08.8.4.03 SUTURA DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO

08.8.6 RITIDECTOMIA DE PARPADO INFERIOR

08.8.6.00 RITIDECTOMIA DE PARPADO INFERIOR SOD

08.8.7 RITIDECTOMIA DE PARPADO SUPERIOR

08.8.7.00 RITIDECTOMIA DE PARPADO SUPERIOR SOD

08.9 OTROS PROCEDIMIENTOS EN PARPADOS Y CEJAS

08.9.1 ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR Y/O INFERIOR)

08.9.1.00 ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR Y/O INFERIOR) SOD

08.9.1.01 ABLACION DE PESTAÑAS, POR ELECTROLISIS

08.9.1.02 ABLACION DE PESTAÑAS, POR LASER

08.9.2 PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS

Incluye: PARA CORRECCION DE PTOSIS DE CEJAS

08.9.2.00 PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS SOD

08.9.2.01 PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCION DE PIEL PILOSA

08.9.2.02 PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA

08.9.2.03 PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR TECNICA ENDOSCOPICA

08.9.3 PLASTIA O REPARACION DE REGION INTERCILIAR

08.9.3.00 PLASTIA O REPARACION DE REGION INTERCILIAR

08.9.3.01 PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR TECNICA DE RELLENO

08.9.3.02 PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR RESECCION E INJERTO POR VIA FRONTAL

08.9.3.03 PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR TECNICA ENDOSCOPICA

Capítulo 04 SISTEMA AUDITIVO

18 PROCEDIMIENTOS EN OIDO EXTERNO

Incluye: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, PIEL Y CARTILAGO DE PABELLON AURICULAR Y MEATO

18.0 INCISION DE OÍDO EXTERNO

18.0.1 DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA DE PABELLÓN AURICULAR

18.0.1.00 DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA DE PABELLÓN AURICULAR SOD

18.0.2 DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

18.0.2.00 DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD

18.0.3 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISION

18.0.3.00 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON

INCISION SOD

18.1 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN OIDO EXTERNO

18.1.1 BIOPSIA DE OÍDO EXTERNO

18.1.1.00 BIOPSIA DE OÍDO EXTERNO SOD

18.1.1.01 BIOPSIA DE AURICULA (PABELLON AURICULAR)

18.1.1.02 BIOPSIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

18.2 ESCISION DE TEJIDO O ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO

18.2.1 RESECCIÓN DE FÍSTULA PREAURICULAR

18.2.1.00 RESECCIÓN DE FÍSTULA O QUISTE
PREAURICULAR SOD

18.2.2 RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURICULAR

18.2.2.00 RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURICULAR SOD

18.2.3 RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURICULAR

18.2.3.00 RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN
AURICULAR SOD

18.2.4 ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO

18.2.4.00 ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO SOD

18.2.4.01 ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO POR
COAGULACION, CAUTERIZACION, FULGURACIÓN,
CRIOTERAPIA U OTRA TÉCNICA

18.2.5 TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR

18.2.5.00 TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLON
AURICULAR SOD

18.3 OTRA ESCISION DEL OIDO EXTERNO

18.3.1 ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO

Simultaneo: CUALQUIER ESCISIÓN DE GANGLIO

EN SILLA DE MONTAR, Y RESECCION LINFATICO REGIONAL (403) O CERVICAL (404)

18.3.1.01 RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO

21.8.1 SUTURA DE HERIDAS DE PABELLÓN AURICULAR EN NARIZ

18.3.1.02 AURICULECTOMIA PARCIAL NARIZ SOD

18.3.1.03 AURICULECTOMIA TOTAL RIZ

18.3.1.04 AURICULECTOMIA (PARCIAL O TOTAL) CON

21.8.2 RESECCION PARCIAL O TOTAL DEL HUESO

21.8.2.01 RESECCION PARCIAL O TOTAL DEL HUESO TEMPORAL

18.4 SUTURA DE LACERACIÓN DE OÍDO EXTERNO

Incluye: HERIDA CON COMPROMISO DEL CARTILAGO; POR CUALQUIER CAUSA RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL CON INJERTO

18.4.1 SUTURA DE HERIDAS DE PABELLÓN AURICULAR BAJO

18.4.1.00 SUTURA DE HERIDAS DE PABELLÓN AURICULAR

21.8.3.04 SUTURA DE HERIDAS DE PABELLÓN AURICULAR SOD

18.5 CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PABELLON AURICULAR PROMINENTE

18.5.1 OTOPLASTIA TRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON

▪ OTOPLASTIA SOD SEDINTEGRADO

21.8.4

▪ OTOPLASTIA SIN REDUCCIÓN DE TAMAÑO RINOPLASTIA

▪ OTOPLASTIA CON REDUCCIÓN DE TAMAÑO

21.8.4.00 TOMA DE INJERTO CONDORAL DEL SEPTUM

21.8.4.00 REVISIÓN DE RINOPLASTIA (RINOPLASTIA)

Capítulo 05 NARIZ, BOCA Y FARINGE

21 PROCEDIMIENTOS EN NARIZ DE AUMENTO

21.8.5.00 RINOPLASTIA DE AUMENTO SOD

21.8 REPARACIÓN Y PLASTIAS EN LA PIRAMIDE NASAL PLANTE

Incluye: CORRECCIÓN DE APLANAMIENTO DE FOSAS NASALES,

EN SILLA DE MONTAR, Y RINOPLASTIA

21.8. SECUNDARIA

21.8.1 SUTURA DE LACERACIÓN EN NARIZ

21.8.1.00 SUTURA DE LACERACION EN NARIZ SOD

21.8.1.01 SUTURA DE HERIDA EN NARIZ

Incluye: CARTÍLAGO Y/O MUCOSA NASAL Y PIEL

21.8.2 CIERRE DE FISTULA NASAL

21.8.2.01 FISTULECTOMIA GINGIVONASAL

21.8.3 RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL

21.8.3.00 RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL SOD

21.8.3.01 RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL CON INJERTO

21.8.3.02 RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL CON COLGAJO

FRONTAL

21.8.3.04 RECONSTRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON
MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE
FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]

21.8.3.05 RECONSTRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON
IMPLANTE OSEOINTEGRADO

**21.8.4 REVISIÓN DE RINOPLASTIA (RINOPLASTIA
SECUNDARIA)**

Incluye: TOMA DE INJERTO CONDRAL DEL SEPTUM

21.8.4.00 REVISIÓN DE RINOPLASTIA (RINOPLASTIA
SECUNDARIA) SOD

21.8.4.01 SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL SECUNDARIA

21.8.5 RINOPLASTIA DE AUMENTO

21.8.5.00 RINOPLASTIA DE AUMENTO SOD

21.8.5.01 RINOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTE

SINTETICO

21.8.5.02 RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO

21.8.6 RINOPLASTIA LIMITADA

Incluye: *POR RINOFIMA ESTETICA PARCIAL (POR AREAS*

21.8.6.00 RINOPLASTIA LIMITADA SOD *ANGULOS*

21.8.6.01 RINOPLASTIA LIMITADA CON LASER

21.8.7 TURBINOPLASTIA ESTETICA VIA ABIERTA (OPEN

Incluye: *TURBINECTOMIA; TOMA DE INJERTO CONDRAL
DEL SEPTUM; RESECCION DE CONCHA BULOSA*

21.8.7.00 TURBINOPLASTIA SOD

21.8.7.01 TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL

21.8.7.02 TURBINOPLASTIA ENDOSCOPICA VIA
TRANSNASAL *PROCEDIMIENTO DE PBL Y TEJIDO CELULAR*

21.8.8 OTRA SEPTOPLASTIA (FEMENINA O MASCULINA) SITIO DE

21.8.8.01 SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA
NCOC *PREVIA*

21.8.8.02 SEPTOPLASTIA CON CIERRE DE PERFORACIÓN
SEPTAL *DE REDUCCION*

Incluye: *RESECCION SUBMUCOSA DEL TABIQUE;
LISIS DE ADHERENCIAS DE NARIZ*

21.8.9 OTRAS REPARACIONES EN LA NARIZ

21.8.9.01 REIMPLANTACION DE NARIZ AMPUTADA *85.5*

21.8.9.02 CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS, VIA
TRANSNASAL ENDOSCOPICA *85.5.0*

21.8.9.03 CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS, VIA
TRANSPALATINA *85.5.0.02*

21.8.9.04 RINOQUEILOPLASTIA (CORRECCION DE
SECUELA DE NARIZ FISURADA) *85.5.0.01*

21.8.9.10 RINOPLASTIA ESTETICA TOTAL [TEJIDO OSEO,

- 21.8.9.11 RINOPLASTIA ESTETICA PARCIAL [POR AREAS: BASE, DORSO O PUNTA NASAL, ANGULOS NASOFRONTAL O NASOLABIAL]
- 21.8.9.12 RINOPLASTIA ESTETICA VIA ABIERTA [OPEN RINOPLASTY]

Capítulo 14 SISTEMA TEGUMENTARIO

85 PROCEDIMIENTOS EN LA MAMA

Incluye: PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE MAMA (FEMENINA O MASCULINA), SITIO DE MASTECTOMIA ANTERIOR Y REVISIONES DE MASTECTOMIA PREVIA

85.3 MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN Y MASTECTOMIA SUBCUTANEA

85.3.1 MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN

- 85.3.1.00 MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN SOD
- 85.3.1.01 MAMOPLASTIA DE REDUCCION POR GINECOMASTIA

85.5 MAMOPLASTIA DE AUMENTO

Incluye: AQUELLA POR CANCER DE MAMA

85.5.0 MAMOPLASTIA DE AUMENTO COMPENSATORIA

- 85.5.0.01 MAMOPLASTIA ONCOLOGICA UNILATERAL
- 85.5.0.02 MAMOPLASTIA ONCOLOGICA BILATERAL

85.5.3 IMPLANTE MAMARIO UNILATERAL

- 85.5.3.01 RECONSTRUCCION DE MAMA CON IMPLANTE UNILATERAL

85.5.4 IMPLANTE MAMARIO BILATERAL

- 85.5.4.01 RECONSTRUCCION DE MAMA CON IMPLANTE BILATERAL

85.7 RECONSTRUCCION TOTAL DE MAMA

85.7.1 RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON PRÓTESIS

- 85.7.1.00 RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON PRÓTESIS SOD

85.7.2 RECONSTRUCCION DE MAMA CON COLGAJO

- 85.7.2.00 RECONSTRUCCION DE MAMA CON COLGAJO SOD

85.8 REPARACIONES Y PLASTIAS EN MAMA

85.8.1 SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA

- 85.8.1.00 SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA SOD

85.8.2 INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA

- 85.8.2.00 INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD

85.8.3 INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA

- 85.8.3.00 INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD

85.8.4 COLGAJO EN LA MAMA

- 85.8.4.01 COLGAJO LOCAL EN LA MAMA
- 85.8.4.02 COLGAJO LOCAL CUTANEO EN LA MAMA
- 85.8.4.03 COLGAJO LOCAL MUSCULOCUTANEO EN LA MAMA
- 85.8.4.05 COLGAJO LIBRE CON TECNICA MICROVASCULAR EN LA MAMA

85.8.7 RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN

- 85.8.7.01 RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA, PEZÓN

Incluye: POR COLGAJO, INJERTO O TATUAJE;
TRANSPOSICION DE PEZON

85.9 OTROS PROCEDIMIENTOS EN LA MAMA

85.9.4 EXTRACCION DE IMPLANTE DE MAMA

85.9.4.00 EXTRACCION DE IMPLANTE DE MAMA SOD

85.9.5 INSERCION DE EXPANSOR CUTÁNEO EN MAMA

85.9.5.00 INSERCION DE EXPANSOR CUTÁNEO EN MAMA
SOD

85.9.6 EXTRACCION DE EXPANSORES DE TEJIDO MAMARIO

85.9.6.00 EXTRACCION DE EXPANSORES DE TEJIDO
MAMARIO SOD

86 PROCEDIMIENTOS EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Incluye: PROCEDIMIENTOS SOBRE CUERPOS ADIPOSOS
SUBCUTANEOS,

FOLICULOS PILOSOS, FOSAS SUPERFICIALES, GLANDULAS
SUDORIPARAS, PERINE MASCULINO Y UÑAS

86.8 REPARACION Y RECONSTRUCCION DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Incluye: POR SECUELA DE QUEMADURA O SINDACTILIA

86.8.1 CORRECIÓN QUIRÚRGICA DE CICATRICES

86.8.1.02 RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA
ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE
FLEXION, GENITALES)

86.8.1.03 RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O
QUELOIDE, EN AREA GENERAL

86.8.1.04 RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O
QUELOIDE, EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO,

MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES)

86.8.4 PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL

86.8.4.01 PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS

86.8.4.02 PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO

86.8.4.03 PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, MAS DE CINCO

86.8.5 PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, ZONAS DE FLEXIÓN, MANOS, PIES Y GENITALES)

86.8.5.01 PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE UNO A DOS

86.8.5.02 PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO

86.8.5.03 PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), MAS DE CINCO

86.8.5.04 PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE UNA A DOS

86.8.5.05 PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE TRES A CINCO

86.8.5.06 PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), MAS DE CINCO

86.8.5.07 PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO

86.8.5.10 PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXION

Acuerdo 002 de 2001.

CAPITULO II

DECRETO NÚMERO 1094 DE 1999

DEL INICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS Y DEL PERIODO DE PROTECCION LABORAL

ARTÍCULO 8.- PREEXISTENCIAS. En el SSMP no existirán restricciones a los servicios de salud que se presten a los afiliados y beneficiarios.

Alumnos de las Escuelas de Formación y personal civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional.

TITULO SEGUNDO

DE LA CAPACIDAD SICOFISICA

Artículo 3. CALIFICACION DE LA CAPACIDAD SICOFISICA. La capacidad psicofísica de las personas para su ingreso y permanencia en el servicio, se califica con los conceptos de apto, aplazado y no apto.

Es apto el que presente condiciones físicas que permitan desarrollar normal y eficientemente la actividad militar, policial y civil correspondiente a su cargo, empleo o funciones.

Será aplazado el que presente alguna lesión o enfermedad y que, mediante tratamiento, pueda recuperar su capacidad psicofísica para el desempeño del cargo, empleo o funciones.

Será calificado no apto el que presente alguna alteración física, que no le permita desarrollar normal y eficientemente la actividad militar, policial o civil correspondiente a su cargo, empleo o funciones.

ANEXO B.

DECRETO NÚMERO 0094 DE 1989

(Enero 11)

Por el cual se reforma el estatuto de la capacidad psicofísica, incapacidades, invalideces e indemnizaciones del personal de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Soldados, Grumetes, Agentes, Alumnos de las Escuelas de Formación y personal civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional.

TITULO SEGUNDO

DE LA CAPACIDAD SICOFISICA

Artículo 3 CALIFICACION DE LA CAPACIDAD SICOFISICA. La capacidad psicofísica de las personas para su ingreso y permanencia en el servicio, se califica con los conceptos de apto, aplazado y no apto.

Es apto el que presente condiciones sicofísicas que permitan desarrollar normal y eficientemente la actividad militar, policial y civil correspondiente a su cargo, empleo o funciones.

Será aplazado el que presente alguna lesión o enfermedad y que, mediante tratamiento, pueda recuperar su capacidad psicofísica para el desempeño del cargo, empleo o funciones.

Será calificado no apto el que presente alguna alteración sicofísica, que no le permita desarrollar normal y eficientemente la actividad militar, policial o civil correspondiente a su cargo, empleo o funciones.

TITULO SEPTIMO

DE LA CLASIFICACION DE LAS LESIONES Y AFECCIONES CAUSALES GENERALES DE NO APTITUD.

Artículo 47. GRUPOS QUE CONTEMPLAN LESIONES Y AFECCIONES CAUSALES DE NO APTITUD. Establécese los siguientes grupos que contemplan las lesiones o afecciones, que ocasionan causales generales de no aptitud para ingreso y permanencia en el servicio:

Artículo 62. PIEL:

s) Cicatrices y queloides extensos que interfieren con la función de la región corporal afectada

TITULO NOVENO

DE LA CLASIFICACION DE LAS LESIONES O AFECCIONES QUE ORIGINAN INCAPACIDAD.

Artículo 71. GRUPOS QUE CONTEMPLAN LESIONES Y AFECCIONES QUE PRODUCEN DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL. Establécese los siguientes grupos que contemplan las lesiones o afecciones que producen disminución de la capacidad laboral, susceptibles de ser valorados en índices lesionales

GRUPO 10

ARTÍCULO 86. LESIONES Y AFECCIONES DE LA PIEL. NEOPLASIAS MALIGNAS. OTRAS ENFERMEDADES SISTEMÁTICAS NO CONTEMPLADAS EN LOS GRUPOS ANTERIORES.

SECCION A

LESIONES Y AFECCIONES DE LA PIEL

10 – 003 Cicatrices con desfiguración facial

10 – 004 Cicatrices no quirúrgicas de cualquier localización y no susceptible de corrección

10 – 005 Cicatrices no corregibles quirúrgicamente y que produzcan, limitación de funciones.

BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF. MM.
"TOMAS RUEDA VARGAS"



050536