



## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO **001132** DE 2017

( 11 ABR 2017 )

Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las que le confieren los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el Decreto – Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del artículo 5 de la Resolución 4678 de 2015 y,

**CONSIDERANDO**

Que mediante la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, se adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud – CUPS, como el ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para tal efecto, la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país. Igualmente, se adoptaron los Anexos Técnicos 1 “Manual de Uso” y 2 “Lista Tabular”, los cuales forman parte integral de la CUPS destacando la obligatoriedad de su aplicación en todo el territorio nacional y define los mecanismos para su actualización periódica.

Que el artículo 5 ibídem, señala que la actualización de la CUPS abarca la inclusión, modificación, aclaración, adición, sustitución o supresión de procedimientos y servicios en salud de la misma, así como la modificación de la descripción, proceso que será coordinado por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, con la periodicidad que requieran las condiciones del sistema y bajo la metodología prevista para el efecto.

Que posteriormente, con la expedición de la Resolución 3804 de 2016, se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimiento en Salud –CUPS, disposición normativa que surte efectos a partir del 1º de enero de 2017.

Que en el marco de los mecanismos para la actualización periódica de la CUPS a que refiere la precitada Resolución 4678 de 2015, desde ese año la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio ha venido adelantando diferentes mesas de trabajo y análisis en conjunto con los expertos de diversas sociedades científicas o agremiaciones como: Sociedad Colombiana de Urología (SCU), Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCCOT), Asociación Colombiana de Audiología (ASOAUDIO), Asociación Colombiana de Otología y Neurotología (ACON), Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial (ACORL), Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax (ASONEUMOCITO), Asociación Colombiana de Cirugía (ASCOLCIRUGÍA), Asociación Colombiana de Terapia Neural (ACOLTEN), Asociación Colombiana de Reumatología (ASOREUMA), Asociación Colombiana de Fonoaudiología (ASOFONO), Asociación Colombiana de Mastología (ACM), Asociación Colombiana de Coloproctología, Cirugía y Endoscopia Colorectal, Asociación Colombiana de Retina Vítreo (ACOREV), Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (A.C.R.O.); con el objetivo de actualizar el Anexo Técnico No. 2 “Lista Tabular” y recoger en un mismo acto normativo las disposiciones establecidas con relación a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

Que mediante Resolución 6408 de 2016 se establece el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, el cual se encuentra descrito en términos de CUPS, en sus Anexos No. 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" y No. 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC", cuyos listados deberán reflejar los contenidos del presente acto administrativo.

Que conforme con lo anteriormente señalado se hace necesario ajustar los procedimientos en salud de acuerdo con la práctica clínica actual y las necesidades en Salud del país, así como precisar la definición de procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo, para contribuir en la implementación de un lenguaje homogéneo entre los diferentes actores del sistema de salud.

En mérito de lo expuesto,

### RESUELVE

**Artículo 1.** Modifíquese la definición de "Procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo" contenido en el acápite de GLOSARIO del Anexo Técnico 1 "MANUAL DE USO" de la Resolución 4678 de 2015 modificado por la Resolución 5975 de 2016, el cual quedará así:

**"93. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO:** Procedimiento que evita el uso de la cirugía abierta o invasiva en favor de la cirugía cerrada o local, empleando con frecuencia incisiones más pequeñas durante la intervención. Este procedimiento generalmente implica el uso de dispositivos endoscópicos y la manipulación por control remoto de instrumentos con la observación indirecta del campo quirúrgico a través de un endoscopio o dispositivo similar".

**Artículo 2.** Sustitúyase el Anexo Técnico 2 "Lista Tabular" de la Resolución 4678 de 2015, modificado por la Resolución 5975 de 2016, por el Anexo Técnico 2 "Lista Tabular" el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

**Artículo 3. Descripción de coberturas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** La actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS de que trata el presente acto administrativo, deberá reflejarse en el "CODIGO" y la "DESCRIPCION" del Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC teniendo en cuenta que éste se encuentra descrito en términos de la CUPS.

**Parágrafo 1.** La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, publicará en la página web de este Ministerio, la actualización del "CODIGO" y la "DESCRIPCION" del Plan de Beneficios en Salud, en el marco de la actualización de la CUPS, cada vez que ésta última se modifique, entre tanto es expedido el acto administrativo que actualice el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

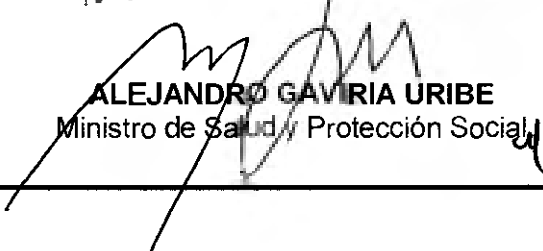
**Parágrafo 2.** El aplicativo web "Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC –MIPRES No PBS" deberá ser actualizado en los mismos términos del parágrafo anterior.

**Artículo 4. Vigencia y derogatorias.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica la Resolución 4678 de 2015 y deroga la Resolución 5975 de 2016.

### PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

**11 ABR 2017**

  
**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

**ANEXO TÉCNICO 2**  
**"Lista Tabular"**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Sección 00 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INTERVENCIONISTAS</b>	
<b>Capítulo 01 SISTEMA NERVIOSO</b>	
<b>01.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CRÁNEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES</b>
<b>01.0.</b>	<b>INCISIÓN DE CRÁNEO (PUNCIONES EN CRÁNEO)</b>
<b>01.0.1.</b>	<b>PUNCIONES EN CISTERNA</b>
01.0.1.01	PUNCIÓN CISTERNAL, VÍA LATERAL
01.0.1.02	PUNCIÓN CISTERNAL, VÍA MEDIAL
01.0.1.03	PUNCIÓN CISTERNAL
<b>01.0.2.</b>	<b>PUNCIONES (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) EN VENTRÍCULOS</b>
01.0.2.01	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR A TRAVÉS DE CATÉTER PREVIAMENTE IMPLANTADO
01.0.2.02	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACIÓN (SIN CATÉTER)
01.0.2.03	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR A TRAVÉS DE UN RESERVORIO
01.0.2.04	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR, VÍA TRANSFONTANELAR
01.0.2.05	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR
<b>01.0.9.</b>	<b>PUNCIÓN CRANEAL</b>
01.0.9.01	PUNCIÓN SUBDURAL
01.0.9.02	OTRA PUNCIÓN CRANEAL
<b>01.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN CRÁNEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES</b>
<b>01.1.1.</b>	<b>BIOPSIA EN CRÁNEO</b>
01.1.1.01	BIOPSIA ÓSEA EN CRÁNEO POR CRANEOTOMÍA
01.1.1.02	BIOPSIA ÓSEA EN CRÁNEO POR CRANIECTOMÍA
01.1.1.03	BIOPSIA DE CRÁNEO
<b>01.1.2.</b>	<b>BIOPSIAS DE MENINGE CEREBRAL</b>
01.1.2.01	BIOPSIA DE MENINGE, POR CRANEOTOMÍA
01.1.2.02	BIOPSIA DE MENINGE CEREBRAL
<b>01.1.3.</b>	<b>BIOPSIAS DE CEREBRO</b>
01.1.3.01	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE CEREBRO
<b>Simultáneo:</b>	<i>AYUDA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (87. - 88.)</i>
01.1.3.02	BIOPSIA ABIERTA (CRANEOTOMÍA) DE CEREBRO
<b>Incluye:</b>	<i>BIOPSIA DE REGIÓN PINEAL, TÁLAMO, CEREBELO O TALLO CEREBRAL</i>
01.1.3.03	BIOPSIA DE CEREBRO POR TREPANACIÓN
01.1.3.04	BIOPSIA ESTEREOTÁXICA DE CEREBRO
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS, INTRACEREBELOSOS, TUMORES DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES E INFRATENTORIALES, LESIONES EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES E INTRA AXIALES), LESIONES VENTRICULARES SUPRA E INFRATENTORIALES Y DE LÍNEA MEDIA</i>
01.1.3.05	BIOPSIA DE CEREBRO
<b>01.2.</b>	<b>CRANEOTOMÍA Y CRANIECTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA EMPLEADA COMO ACCESO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO), DESCOMPRESIÓN DE FRACTURA DE CRÁNEO (02.0.2.), EXPLORACIÓN DE ÓRBITA (16.1. - 16.9.)</i>
<b>01.2.1.</b>	<b>INCISIÓN O DRENAJE O DESFUNCIONALIZACIÓN DE SENOS FRONTALES</b>
01.2.1.01	CRANEALIZACIÓN DE SENOS FRONTALES

410

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
01.2.1.02	INCISIÓN Y DRENAJE DE SENOS FRONTAL
01.2.1.03	DESFUNCIONALIZACIÓN DE SENOS FRONTAL
<b>01.2.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN CON REEMPLAZO SIMULTÁNEO</i>
01.2.2.00	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL SOD
<b>01.2.3.</b>	<b>REAPERTURA DE CRANEOTOMÍA</b>
01.2.3.00	REAPERTURA DE CRANEOTOMÍA SOD
<b>01.2.4.</b>	<b>OTRAS CRANEOTOMÍAS (DESCOMPRESIVAS O EXPLORATORIAS)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR HEMATOMA EPIDURAL, EMPIEMA EPIDURAL U OTRA COLECCIÓN O LESIÓN LOCALIZADAS EN EL ESPACIO EPIDURAL</i>
01.2.4.01	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANEOTOMÍA
01.2.4.02	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMÍA
01.2.4.03	CRANEOTOMÍA (DESCOMPRESIVA O EXPLORATORIA)
01.2.4.10	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL, POR CRANEOTOMÍA
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER ESQUIRLECTOMÍA (02.0.2.)</i>
<b>01.2.5.</b>	<b>OTRAS CRANIECTOMÍAS</b>
01.2.5.01	SECUESTRECTOMÍA DE CRÁNEO, POR CRANIECTOMÍA
<b>Incluye:</b>	<i>DESBRIDAMIENTO O CURETAJE (LIMPIEZA) CRANEAL</i>
01.2.5.02	DRENAJE DE COLECCIÓN EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANIECTOMÍA
01.2.5.03	DRENAJE DE COLECCIÓN EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMÍA
01.2.5.04	CRANIECTOMÍA
<b>01.3.</b>	<b>INCISIÓN DE CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES</b>
<b>01.3.1.</b>	<b>INCISIONES DE MENINGES CEREBRALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR HEMATOMA SUBDURAL AGUDO, HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO, HIGROMA, EMPIEMA, LESIONES QUIÍSTICAS U OTRAS LESIONES LOCALIZADAS EN ESPACIO SUBDURAL O SUBARACNOIDEO</i>
01.3.1.01	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR CRANEOTOMÍA
01.3.1.02	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR TREPANACIÓN
01.3.1.03	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMÍA
01.3.1.04	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DRENAJE EXTERNO
01.3.1.05	DRENAJE DE ESPACIO SUBARACNOIDEO, POR DERIVACIÓN CISTO PERITONEAL
01.3.1.06	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DERIVACIÓN SUBDURO PERITONEAL
01.3.1.07	INCISIÓN DE MENINGES CEREBRALES
01.3.1.10	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS
<b>01.3.2.</b>	<b>LOBOTOMÍA Y TRACTOTOMÍA (LESIONES PARA CIRUGÍA FUNCIONAL)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CALLOSTOMIA, CINGULOTOMÍA, TRACTOTOMÍA MESENFALICA U OTRA LESIÓN DE TALLO, CEREBRAL, AMIGDALO HIPOCAMPECTOMÍA, ENTRE OTRAS</i>
01.3.2.01	SECCIÓN DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) POR ABLACIÓN (TERMOLESIÓN) ESTEREOTÁXICA
01.3.2.02	SECCIÓN DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES), POR CRANEOTOMÍA
<b>Incluye:</b>	<i>TEJIDO CEREBRAL CONVULSIVÓGENO</i>
01.3.2.03	SECCIÓN DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES)
<b>01.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN TÁLAMO Y GLOBO PÁLIDO</b>
<b>01.4.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN TÁLAMO</b>

UP

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
01.4.1.01	TALAMOTOMÍA POR ESTEREOTAXIA (ESTIMULACIÓN O ABLACIÓN DE UNO DE SUS NÚCLEOS)
01.4.1.02	TALAMOTOMÍA
<b>01.4.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN GLOBO PÁLIDO</b>
01.4.2.01	PALIDOTOMÍA POR ESTEREOTAXIA
01.4.2.02	PALIDOTOMÍA
<b>01.5.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CRÁNEO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>AQUELLA CON PREVIA EMBOLIZACIÓN (38.5.1.20)</i>
<b>01.5.1.</b>	<b>ESCISIONES DE LESIÓN CRANEAL</b>
01.5.1.01	RESECCIÓN TUMOR ÓSEO, POR CRANEOTOMÍA
01.5.1.02	RESECCIÓN TUMOR ÓSEO, POR CRANIECTOMÍA
01.5.1.03	ESCISIÓN DE LESIÓN CRANEAL
01.5.1.04	CORRECCIÓN DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRÁNEO POR CRANIECTOMÍA
<b>01.5.2.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR</b>
01.5.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR, VÍA CRANEOFACIAL ANTERIOR
01.5.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR, VÍA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL
01.5.2.03	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR, VÍA ANTEROLATERAL Y RINOTOMÍA LATERAL
01.5.2.04	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR, VÍA TRANSZIGOMÁTICA Y TRANSPALATAL
01.5.2.05	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR
<b>01.5.3.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLOS TUMORES EN SENO CAVERNOSO, APEX PETROSO, SENO ESFENOIDAL, REGIÓN SELAR</i>
01.5.3.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, POR CRANEOTOMÍA FRONTAL Y OSTEOTOMÍA FRONTO ETMOIDAL
01.5.3.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, POR ABORDAJE TRANSMAXILAR
01.5.3.03	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, POR CRANEOTOMÍA GUIADA POR ESTEREOTAXIA
01.5.3.04	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMÍA ZIGOMÁTICA
01.5.3.05	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA SUBFRONTAL EXTENDIDA
01.5.3.06	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA SUBTEMPORAL
01.5.3.07	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA PREAURÍCULAR INFRATENTORIAL Y CERVICOTOMÍA
01.5.3.08	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA SUBFRONTAL
01.5.3.09	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, POR ORBITOTOMÍA LATERAL
01.5.3.10	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA TRANSESFENOIDAL
01.5.3.11	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA
01.5.3.12	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA
<b>01.5.4.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR</b>

44

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLOS TUMORES EN CLIVUS, ÁNGULO PONTO CEREBELOSO; MONITOREO INTRAOPERATORIO NEUROFISIOLÓGICO DEL NERVIOS AUDITIVO Y FACIAL EN EL CASO DE NEURINOMAS, MENINGIOMAS ENTRE OTROS</i>
01.5.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA EXTREMO LATERAL
01.5.4.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA FRONTO ORBITO ETMOIDAL
01.5.4.03	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA SUBTEMPORAL PREAURÍCULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR
01.5.4.04	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA TRANSORAL
01.5.4.05	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA MAXILOTOMÍA EXTENDIDA
01.5.4.06	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA TRANSLABERINTICA
01.5.4.07	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA TRANSCOCLEAR
01.5.4.08	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA FOSA MEDIA
01.5.4.09	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA
01.5.4.10	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR
<b>01.5.5.</b>	<b>RESECCIONES DE TEJIDO CRANEAL</b>
01.5.5.01	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CRÁNEO
01.5.5.02	RESECCIÓN DE TEJIDO CRANEAL
<b>01.6.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE MENINGES CEREBRALES</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>AQUELLA CON PREVIA EMBOLIZACIÓN (38.5.1.20)</i>
<b>01.6.1.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TUMORES BENIGNOS O MALIGNOS EN MENINGES CEREBRALES</i>
01.6.1.01	RESECCIÓN TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMÍA
01.6.1.02	RESECCIÓN TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMÍA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA
01.6.1.03	RESECCIÓN DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES
<b>01.6.2.</b>	<b>RESECCIONES TUMORES DE LA HOZ</b>
01.6.2.01	RESECCIÓN TUMOR DE LA HOZ, POR CRANEOTOMÍA Y PLASTIA
01.6.2.02	RESECCIÓN TUMORES DE LA HOZ
<b>01.6.3.</b>	<b>RESECCIONES TUMORES DEL TENTORIO</b>
01.6.3.01	RESECCIÓN TUMOR DEL TENTORIO, POR CRANEOTOMÍA
01.6.3.02	RESECCIÓN TUMORES DEL TENTORIO
<b>01.6.4.</b>	<b>RESECCIÓN DE OTRAS LESIONES DE MENINGE CEREBRAL</b>
01.6.4.01	DRENAJE DE QUISTE ARACNOIDEO GUIADO POR ESTEREOTAXIA
01.6.4.02	RESECCIÓN DE OTRA LESIÓN DE MENINGE CEREBRAL
<b>01.7.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO CEREBRAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>
<b>01.7.0.</b>	<b>DRENAJES DE COLECCIONES INTRACEREBRALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>COLECCIONES POR HEMORAGIAS, ABSCESOS O QUISTES, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
01.7.0.01	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMÍA
01.7.0.02	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, GUIADO POR ESTEREOTAXIA
01.7.0.03	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR PUNCIÓN

*JP*

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	DIRIGIDA
01.7.0.04	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
01.7.0.05	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR, GUIADO POR ESTEREOTAXIA
01.7.0.06	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES
<b>01.7.2.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLOS TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS</i>
01.7.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, POR CRANEOTOMÍA
01.7.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, POR CRANEOTOMÍA OSTEOPLÁSTICA
01.7.2.03	RESECCIÓN DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, POR CRANEOTOMÍA GUIADA POR ESTEREOTAXIA
01.7.2.04	RESECCIÓN DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, CON ESTIMULACIÓN CORTICAL
01.7.2.05	RESECCIÓN VOLUMÉTRICA DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, CON ESTEREOTAXIA
01.7.2.06	RESECCIÓN DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS
01.7.2.09	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL
<b>01.7.3.</b>	<b>RESECCIONES TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFÉRICOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLOS TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS</i>
01.7.3.01	RESECCIÓN TUMOR INTRACEREBELOSO, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
01.7.3.02	RESECCIÓN TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFÉRICOS
01.7.3.03	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL INFRATENTORIAL
<b>01.7.4.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLOS TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS</i>
01.7.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIAL, POR CRANEOTOMÍA
01.7.4.02	RESECCIÓN DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES
<b>01.7.5.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLOS TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS</i>
01.7.5.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
01.7.5.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMÍA GUIADA POR ESTEREOTAXIA
01.7.5.03	RESECCIÓN DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIALES
01.7.5.04	RESECCIÓN DE LESIONES EXOFÍTICAS SÓLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
01.7.5.05	RESECCIÓN DE LESIONES EXOFÍTICAS SÓLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMÍA DE FOSA MEDIA
01.7.5.08	RESECCIÓN DE LESIONES SÓLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
01.7.5.09	RESECCIÓN DE LESIONES SÓLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMÍA SUBTEMPORAL
<b>01.7.6.</b>	<b>RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES</b>
01.7.6.01	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES, POR CRANEOTOMÍA
01.7.6.02	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES
01.7.6.03	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA
<b>01.7.7.</b>	<b>RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES</b>

MPS.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
01.7.7.01	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
01.7.7.02	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA
01.7.7.03	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES
<b>01.7.8.</b>	<b>RESECCIONES DE LESIONES INTRAVENTICULARES DE LÍNEA MEDIA</b>
01.7.8.01	RESECCIÓN DE LESIONES INTRAVENTICULARES DE LÍNEA MEDIA, POR CRANEOTOMÍA
01.7.8.02	RESECCIÓN DE LESIONES INTRAVENTICULARES DE LÍNEA MEDIA
01.7.8.03	RESECCIÓN DE LESIONES INTRAVENTICULARES DE LÍNEA MEDIA, POR ENDOSCOPIA
01.7.8.05	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LÍNEA MEDIA INTRAVENTICULAR
<b>01.8.</b>	<b>HEMISFERECTOMIAS</b>
<b>01.8.1.</b>	<b>HEMISFERECTOMIAS CEREBRALES</b>
01.8.1.01	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL POR CRANEOTOMÍA
01.8.1.02	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL
<b>01.8.2.</b>	<b>HEMISFERECTOMIAS CEREBELOSAS</b>
01.8.2.01	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
01.8.2.02	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA
<b>01.9.</b>	<b>RESECCIÓN DE LÓBULOS CEREBRALES [LOBECTOMÍA]</b>
<b>01.9.1.</b>	<b>LOBECTOMÍA POR CRANEOTOMÍA</b>
01.9.1.00	LOBECTOMÍA POR CRANEOTOMÍA SOD
<b>01.9.2.</b>	<b>LOBECTOMÍA POR CRANIECTOMÍA</b>
01.9.2.00	LOBECTOMÍA POR CRANIECTOMÍA SOD
<b>02.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN CRÁNEO, CEREBRO O MENINGES CEREBRALES</b>
<b>02.0.</b>	<b>REPARACIÓN EN CRÁNEO [CRANEOPLASTIA]</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON REPARACIÓN SIMULTÁNEA DE ENCEFALOCELE (02.1.)</i>
<b>02.0.1.</b>	<b>APERTURAS DE SUTURAS CRANEALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ESCAFOCEFALIA-TRIGONOCEFALIA TURRICEFALIA DOLICOCEFALIA- PLAGIOCEFALIA; CROUZON APERT-PFIFER-CRÁNEO EN TRÉBOL, HIPERTELORISMO ENTRE ALGUNAS PATOLOGÍAS</i>
02.0.1.01	CORRECCIÓN DE CRÁNEO SINOSTOSIS, POR CRANIECTOMÍA SIN AVANCES
02.0.1.02	CORRECCIÓN DE CRÁNEO SINOSTOSIS, POR CRANIECTOMÍA CON AVANCE FRONTAL
02.0.1.03	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS MÚLTIPLE CON BRAQUICEFALIA, POR CRANIECTOMÍA MÚLTIPLE
02.0.1.04	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS MÚLTIPLE CON BRAQUICEFALIA, CON AVANCE FRONTAL
02.0.1.05	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRÁNEO FACIAL COMPLEJA, POR CRANEOTOMÍA
02.0.1.06	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRÁNEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO-ORBITARIO
02.0.1.07	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRÁNEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO NASAL (LEFORT III)
02.0.1.08	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRÁNEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO MAXILAR (LEFORT II)
02.0.1.09	APERTURA DE SUTURA CRANEAL
<b>02.0.2.</b>	<b>ELEVACIÓN DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRÁNEO (ESQUIRLECTOMÍA)</b>
02.0.2.01	ESQUIRLECTOMÍA CRANEAL A TRAVÉS DE TREPANACIÓN
02.0.2.02	DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRÁNEO

240



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
02.0.2.03	REDUCCIÓN DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMÍA Y CRANEOPLASTIA
02.0.2.04	REDUCCIÓN DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRÁNEO, CON PLASTIA DURAL Y LIMPIEZA HEMOSTASIA CEREBRAL (DESBRIDAMIENTO) EN UN SOLO TIEMPO
02.0.2.05	ELEVACIÓN DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRÁNEO
<b>02.0.4.</b>	<b>INJERTOS ÓSEOS EN CRÁNEO</b>
02.0.4.01	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA, CON INJERTO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO
02.0.4.02	INJERTO ÓSEO EN CRÁNEO
<b>02.0.5.</b>	<b>INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PLACA CRANEAL (METÁLICA, ACRÍLICA)</b>
02.0.5.00	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PLACA O MALLA CRANEAL (METÁLICA, ACRÍLICA) SOD
<b>02.0.6.</b>	<b>OTRAS OSTEOPLASTIAS CRANEALES</b>
02.0.6.01	CORRECCIÓN DISPLASIA FIBROSA POR CRANEOPLASTIA
02.0.6.02	OSTEOPLASTIA CRANEAL
<b>02.0.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE PLACA CRANEAL</b>
02.0.7.00	EXTRACCIÓN DE PLACA CRANEAL SOD
<b>02.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE MENINGES CEREBRALES</b>
<b>02.1.1.</b>	<b>SUTURA DE DURAMADRE CEREBRAL</b>
02.1.1.01	CORRECCIÓN DE DESGARRO DURAL POST TRAUMÁTICO EN BÓVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMÍA
02.1.1.02	CORRECCIÓN DE DESGARRO DURAL POST TRAUMÁTICO EN BÓVEDA CRANEANA, CON PLASTIA DURAL
02.1.1.03	CORRECCIÓN DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRÁNEO, POR CRANEOTOMÍA
02.1.1.04	CORRECCIÓN DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRÁNEO, CON PLASTIA AUTÓLOGA O HETERÓLOGA, POR CRANEOTOMÍA
02.1.1.05	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL
<b>02.1.2.</b>	<b>OTRAS REPARACIONES DE MENINGES CEREBRALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR MENINGOCELE, MENINGOENCEFALOCELE, MENINGOHIDROENCEFALOCELE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
02.1.2.01	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BÓVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMÍA Y CRANEOPLASTIA
02.1.2.02	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BÓVEDA CRANEANA, POR DUROPLASTIA
02.1.2.03	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO ANTERIOR, VÍA SUBFRONTAL
02.1.2.04	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO ANTERIOR, VÍA TRANSESFENOIDAL
02.1.2.05	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO ANTERIOR, VÍA ENDOSCÓPICA TRANSNASAL
02.1.2.06	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO MEDIO, POR CRANIECTOMÍA
02.1.2.07	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO MEDIO, VÍA TRANSESFENOIDAL
02.1.2.08	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO POSTERIOR, VÍA SUBOCCIPITAL
02.1.2.09	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE, POR CRANIECTOMÍA
02.1.2.10	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA
02.1.2.11	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, POR CRANIECTOMÍA Y PLASTIA DE MENINGE
02.1.2.12	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, CON AVANCE FRONTO ORBITARIO Y PLASTIA DE MENINGE

*WJ*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
02.1.2.13	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
02.1.2.14	CORRECCIÓN DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMÍA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA
02.1.2.15	REPARACIÓN DE MENINGE CEREBRAL
02.1.2.16	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO MEDIO VÍA TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA
<b>02.2.</b>	<b>VENTRICULOSTOMÍAS</b>
<b>02.2.1.</b>	<b>VENTRICULOSTOMÍAS INTERNA</b>
Incluye:	AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE HIDROCEFALIA
02.2.1.01	DERIVACIÓN DE VENTRÍCULO A CISTERNA MAGNA
02.2.1.02	CRANEOSTOMÍA CON FENESTRACIÓN ENDOSCÓPICA
02.2.1.03	CRANEOSTOMÍA CON FENESTRACIÓN ESTEREOTÁXICA
02.2.1.04	VENTRICULOSTOMÍA INTERNA
<b>02.2.2.</b>	<b>VENTRICULOSTOMÍAS EXTERNAS</b>
02.2.2.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRICULAR AL EXTERIOR
02.2.2.02	DERIVACIÓN VENTRICULAR A ESPACIO SUBARACNOIDEO CERVICAL
02.2.2.03	VENTRICULOSTOMÍA EXTERNA
<b>02.2.3.</b>	<b>COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL, SIN VÁLVULA</b>
02.2.3.00	COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL, SIN VÁLVULA SOD
<b>02.3.</b>	<b>DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTRACRANEAL</b>
<b>02.3.2.</b>	<b>DERIVACIONES VENTRICULARES A APARATO CIRCULATORIO</b>
02.3.2.01	DERIVACIÓN VENTRÍCULOATRIAL
02.3.2.02	DERIVACIÓN VENTRICULAR A APARATO CIRCULATORIO
<b>02.3.4.</b>	<b>DERIVACIONES VENTRICULARES A CAVIDAD Y ÓRGANOS ABDOMINALES</b>
02.3.4.01	VENTRICULOPERITONEOSTOMÍA
02.3.4.02	DERIVACIÓN CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)
02.3.4.03	DERIVACIÓN VENTRICULAR A CAVIDAD Y ÓRGANOS ABDOMINALES
<b>02.3.5.</b>	<b>DERIVACIONES VENTRICULARES AL APARATO URINARIO</b>
02.3.5.00	DERIVACIÓN VENTRICULAR AL APARATO URINARIO SOD
<b>02.4.</b>	<b>REVISIÓN, EXTRACCIÓN E IRRIGACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR</b>
<b>02.4.1.</b>	<b>IRRIGACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR</b>
02.4.1.00	IRRIGACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR SOD
<b>02.4.2.</b>	<b>SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE DERIVACIÓN VENTRICULAR</b>
02.4.2.01	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACIÓN
02.4.2.02	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACIÓN
02.4.2.03	SUSTITUCIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR
<b>02.4.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN</b>
02.4.3.00	RETIRO DE DERIVACIÓN SOD
<b>02.5.</b>	<b>INSERCIÓN O IMPLANTE DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO</b>
Incluye:	AQUEL PARA DRENAR PORCIÓN QUISTICA EN CRÁNEOFARINGIOMA O PARA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA
<b>02.5.0.</b>	<b>IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO</b>
02.5.0.00	IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO SOD
<b>02.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN CRÁNEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES</b>
Excluye:	PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULAS PINEAL (07.5.) E HIPÓFISIS (07.6.)

48

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>02.8.1.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES</b>
02.8.1.00	LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES SOD
<b>02.8.2.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO PARA PRESIÓN INTRACRANEANA</b>
02.8.2.01	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER INTRACEREBRAL
02.8.2.02	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO EXTRADURAL
02.8.2.03	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO INTRACEREBRAL (ELECTRODOS, TRASDUCTORES DE PIC)
02.8.2.04	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO PARA MONITORIA DE PRESIÓN INTRACRANEANA
<b>02.8.3.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES INTRACRANEALES</b>
02.8.3.01	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADOR POR CRANEOTOMÍA GUIADA POR ESTEREOTAXIA
02.8.3.02	COLOCACIÓN EPIDURAL DEL ELECTRODO DE NEUROESTIMULACIÓN INTRACRANEAL
02.8.3.03	IMPLANTACIÓN PARENQUIMATOSA DEL ELECTRODO DE NEUROESTIMULACIÓN INTRACRANEAL
02.8.3.04	IMPLANTACIÓN DE RECEPTOR ELECTROENCEFALOGRAFICO POR TREPANACIÓN
02.8.3.05	INSERCIÓN DE REJILLA SUBDURAL
02.8.3.06	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL
<b>02.8.4.</b>	<b>COLOCACIÓN DE TRACCIÓN CEFÁLICO O ESQUELÉTICA CERVICAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
02.8.4.01	COLOCACIÓN DE TRACTOR CEFÁLICO
02.8.4.02	COLOCACIÓN DE TRACTOR ESQUELÉTICO CERVICAL
<b>02.8.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN O RETIRO DE TRACCIÓN CEFÁLICO O ESQUELÉTICA CERVICAL</b>
02.8.5.01	EXTRACCIÓN O RETIRO DE TRACTOR CEFÁLICO
02.8.5.02	EXTRACCIÓN O RETIRO DE TRACTOR ESQUELÉTICO CERVICAL
<b>02.8.6.</b>	<b>INJERTOS INTRACEREBRALES</b>
02.8.6.01	INJERTO INTRACEREBRAL DE TEJIDO SUPRARRENAL
02.8.6.02	INJERTO INTRACEREBRAL
<b>03.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN MÉDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DESCOMPRESIÓN MEDIANTE VERTEBRECTOMÍA (77.8.9. Y 77.9.9.), DISCECTOMÍA, Y DISCÓLISIS (80.5.)</i>
<b>03.0.</b>	<b>EXPLORACION Y DESCOMPRESIÓN DE ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO; AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE CANAL ESTRECHO SEGMENTARIO; INSERCIÓN DE DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>03.0.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN CANAL RAQUÍDEO</b>
03.0.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUÍDEO POR LAMINECTOMÍA
03.0.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUÍDEO POR HEMILAMINECTOMÍA
03.0.1.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUÍDEO POR LAMINOTOMÍA
03.0.1.04	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUÍDEO
<b>03.0.2.</b>	<b>EXPLORACIONES Y DESCOMPRESIONES DE CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES</b>
03.0.2.01	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES POR LAMINECTOMÍA
03.0.2.02	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES POR HEMILAMINECTOMÍA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
03.0.2.03	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES POR LAMINOTOMÍA O LAMINOPLASTIA
03.0.2.04	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES
03.0.2.07	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAÍCES ESPINALES, POR FORAMINOTOMÍA POSTERIOR
<b>03.0.3.</b>	<b>EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS ESPINALES</b>
03.0.3.01	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DEL NERVIOS ESPINAL
<b>03.0.4.</b>	<b>DRENAJES DE COLECCIÓN ESPINAL EPIDURAL</b>
03.0.4.01	DRENAJE DE COLECCIÓN EPIDURAL POR LAMINOTOMÍA
03.0.4.02	DRENAJE DE COLECCIÓN EPIDURAL POR LAMINECTOMÍA
03.0.4.03	DRENAJE DE COLECCIÓN ESPINAL
<b>03.1.</b>	<b>DIVISIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS INTRAESPINALES</b>
<b>03.1.1.</b>	<b>RIZOTOMÍA DE NERVIOS ESPINALES</b>
03.1.1.00	RIZOTOMÍA DE RAÍZ NERVIOS ESPINAL SOD
<b>03.2.</b>	<b>CORDOTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA MANEJO DE ESPASTICIDAD</i>
<b>03.2.1.</b>	<b>CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA</b>
03.2.1.00	CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA SOD
<b>03.2.2.</b>	<b>CORDOTOMÍA ABIERTA</b>
03.2.2.00	CORDOTOMÍA ABIERTA SOD
<b>03.2.3.</b>	<b>TRACTOTOMÍAS DE MÉDULA ESPINAL</b>
03.2.3.03	TRACTOTOMÍA DE MÉDULA ESPINAL
03.2.3.04	LESIÓN DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAÍCES POSTERIORES [DREZ]
<b>03.2.4.</b>	<b>MIELOTOMÍAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA EN EL MANEJO DE ESPASTICIDAD O DOLOR</i>
03.2.4.01	MIELOTOMÍA ABIERTA CON LÁSER
03.2.4.02	MIELOTOMÍA ABIERTA
<b>03.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA MÉDULA ESPINAL O ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO</b>
<b>03.3.1.</b>	<b>PUNCIÓN LUMBAR</b>
03.3.1.00	PUNCIÓN LUMBAR SOD
<b>03.3.2.</b>	<b>BIOPSIAS DE MÉDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES</b>
03.3.2.01	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES, DORSALES, LUMBOSACROS O COCCÍGEOS
03.3.2.02	BIOPSIA ABIERTA DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, VÍA LATERAL
03.3.2.03	BIOPSIA DE MÉDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES
<b>03.4.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL O DE MENINGES ESPINALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR TUMOR, ABSCESOS, HEMATOMAS O EMPIEMAS; RESECCIÓN PARCIAL O TOTAL EN SEGMENTOS CERVICALES, DORSALES, LUMBOSACROS O COCCÍGEOS</i>
<b>03.4.1.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES DEL FORÁMEN MAGNO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>
03.4.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, POR CRANEOTOMÍA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISIÓN DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VÍA POSTERIOR
03.4.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, VÍA TRANSCONDILEA
03.4.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, VÍA TRANSORAL
<b>03.4.2.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES EXTRADURALES</b>

UP

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
03.4.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA POSTERIOR, CON LAMINECTOMÍA BILATERAL
03.4.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA POSTERIOR, CON LAMINOPLASTIA
03.4.2.03	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA POSTERIOR, CON SACRECTOMÍA TOTAL O PARCIAL
03.4.2.04	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA ANTERIOR, CON CORPECTOMÍA Y ARTRODESIS
03.4.2.05	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA ANTERIOR, CON CORPECTOMÍA, ARTRODESIS E INSTRUMENTACIÓN
03.4.2.06	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ANTERIOR Y POSTERIOR
03.4.2.07	RESECCIÓN DE TUMORES EXTRADURALES DE RAÍZ VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL
<b>03.4.3.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES</b>
03.4.3.01	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR, POR LAMINECTOMÍA BILATERAL
03.4.3.02	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR, CON LAMINOPLASTIA O DUROPLASTIA
03.4.3.03	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR, POR LAMINECTOMÍA O FORAMINECTOMÍA
03.4.3.04	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR O POSTERO LATERAL
03.4.3.05	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA ANTERIOR
03.4.3.06	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR DE RAÍZ VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL
<b>03.4.4.</b>	<b>RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES INTRAMEDULARES</b>
03.4.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL INTRAMEDULAR, VÍA ANTERIOR
03.4.4.02	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL INTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR
<b>03.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR MENINGOCELE, MIELOMENINGOCELE, MIELOCELE, MENINGORADICULOCELE, DIASTEMATOMELIA, KLIPPEL FEIL, SIRINGOMIELIA CERVICAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>03.5.1.</b>	<b>CORRECCIONES DE MALFORMACIONES DE MÉDULA ESPINAL</b>
03.5.1.01	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON INSTRUMENTACIÓN VÍA POSTERIOR
03.5.1.02	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON MIELOTOMÍA POSTERIOR
03.5.1.03	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON DESCOMPRESIÓN VÍA ANTERIOR
03.5.1.04	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON FUSIÓN ÓSEA E INJERTO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO
03.5.1.05	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON RESECCIÓN DE TABIQUE ÓSEO
03.5.1.06	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON SECCIÓN DE FILUM TERMINALIS
03.5.1.07	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON RESECCIÓN DE CELE, DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL
03.5.1.08	CIERRE O LIGADURA DE COMUNICACIÓN PERSISTENTE ENTRE PIEL Y MÉDULA ESPINAL (SENO DÉRMICO)
<b>03.5.2.</b>	<b>CORRECCIONES DE ANOMALÍAS DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO I, II Y III, ENTRE OTRAS</i>

44

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
03.5.2.01	CORRECCIÓN DE ANOMALÍA DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMÍA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMÍA Y DUROPLASTIA
03.5.2.02	CORRECCIÓN DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMÍA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMÍA C1-C2 Y DUROPLASTIA
<b>03.5.4.</b>	<b>REPARACIONES DE MENINGES ESPINALES</b>
03.5.4.01	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL
03.5.4.02	ESQUIRLECTOMÍA CON PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL
03.5.4.03	REPARACIÓN DE MENINGE ESPINAL
<b>03.5.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [LCR]</b>
03.5.5.01	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (DUROPLASTIA ESPINAL)
<b>03.6.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS DE MÉDULA ESPINAL Y RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES</b>
<b>03.6.1.</b>	<b>LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES</b>
03.6.1.01	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MÉDULA ESPINAL O RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES VÍA ABIERTA
03.6.1.02	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MÉDULA ESPINAL O RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES VÍA ENDOSCÓPICA
<b>03.7.</b>	<b>DERIVACIÓN ESPINAL</b>
<b>03.7.1.</b>	<b>DERIVACIÓN SIRINGO PERITONEAL ESPINAL</b>
03.7.1.00	DERIVACIÓN SIRINGO PERITONEAL ESPINAL SOD
<b>03.7.2.</b>	<b>DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL</b>
03.7.2.00	DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL SOD
<b>03.7.3.</b>	<b>DERIVACIÓN LUMBAR INTERNA</b>
03.7.3.01	DERIVACIÓN LUMBO PERITONEAL
03.7.3.02	DERIVACIÓN LUMBO RETROPERITONEAL
<b>03.7.4.</b>	<b>DERIVACIÓN LUMBAR EXTERNA</b>
03.7.4.00	DERIVACIÓN LUMBAR EXTERNA SOD
<b>03.7.5.</b>	<b>DERIVACIÓN SIRINGO PLEURAL ESPINAL</b>
03.7.5.00	DERIVACIÓN SIRINGO PLEURAL ESPINAL SOD
<b>03.8.</b>	<b>INYECCIÓN DE AGENTE DESTRUCTIVO EN EL CANAL ESPINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EN SEGMENTOS CERVICAL TORÁCICO O LUMBAR</i>
<b>03.8.1.</b>	<b>INYECCIONES NEUROLÍTICAS SUBARACNOIDEAS</b>
03.8.1.00	INYECCIONES NEUROLÍTICAS SUBARACNOIDEAS SOD
<b>03.8.2.</b>	<b>NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES</b>
03.8.2.00	NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES SOD
<b>03.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÉDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO</b>
<b>03.9.0.</b>	<b>INSERCIÓN DE CATÉTER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INFUSIÓN CONTINUA O INTERMITENTE DE MEDICACIÓN (CON LA CREACIÓN DE ALGUN RESERVORIO); PARA DOLOR CRÓNICO, POST AMPUTACIÓN DE MIEMBRO, CON FINES ANALGÉSICOS O ANESTÉSICOS</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER IMPLANTACIÓN O BOMBA DE INFUSIÓN (86.1.8.)</i>
03.9.0.01	INSERCIÓN DE CATÉTER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA
03.9.0.02	INSERCIÓN DE CATÉTER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTA DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA
03.9.0.03	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA

43

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
03.9.0.04	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL CON PUERTA DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA
03.9.0.05	INSERCIÓN DE CATÉTER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA
<b>03.9.1.</b>	<b>INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN EL CANAL ESPINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR DOLOR CRÓNICO, O POST AMPUTACIÓN DE MIEMBRO ENTRE OTROS, CON FINES ANALGÉSICOS O ANESTÉSICOS</i>
03.9.1.00	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN EL CANAL ESPINAL SOD
<b>03.9.3.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES ESPINALES</b>
03.9.3.01	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL, INTRADURAL, POR LAMINECTOMÍA
03.9.3.02	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL, VÍA PERCUTÁNEA
<b>03.9.4.</b>	<b>RETIRO NEUROESTIMULADOR ESPINAL</b>
03.9.4.01	RETIRO DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL
<b>03.9.5.</b>	<b>PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL</b>
03.9.5.00	PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD
<b>03.9.6.</b>	<b>REPROGRAMACIÓN DE ESTIMULADORES ELÉCTRICOS NO CARDÍACOS</b>
03.9.6.01	REPROGRAMACIÓN DE ESTIMULADOR ELÉCTRICO NO CARDÍACO
<b>03.9.7.</b>	<b>REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL</b>
03.9.7.00	REEMPLAZO, IRRIGACIÓN O REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL SOD
<b>03.9.8.</b>	<b>RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL</b>
03.9.8.00	RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL SOD
<b>03.9.9.</b>	<b>REVISIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL</b>
03.9.9.01	REVISIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTORES DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL
<b>04.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS</b>
<b>04.0.</b>	<b>INCISIÓN, DIVISIÓN Y ESCISIÓN DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CRANEOTOMÍA COMO VÍA DE ABORDAJE</i>
<b>Excluye:</b>	<i>GANGLIONECTOMÍA SIMPÁTICA (05.2.)</i>
<b>04.0.0.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO</b>
04.0.0.01	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA RETROLABERÍNTICA
04.0.0.02	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA FOSA MEDIA
04.0.0.03	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA SUBOCCIPITAL O RETROSIGMOIDEA
04.0.0.04	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA TRANSLABERÍNTICA
04.0.0.05	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA TRANSÓTICA O TRANSCOCLEAR
<b>04.0.2.</b>	<b>SECCIÓN DE NERVIOS TRIGÉMINO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>NEUROTOMÍA RETROGASERIANA</i>
<b>Excluye:</b>	<i>RIZOTOMÍA DEL TRIGÉMINO (04.2.1.01)</i>
04.0.2.00	SECCIÓN DE NERVIOS TRIGÉMINO SOD
<b>04.0.3.</b>	<b>SECCIÓN DE OTROS NERVIOS CRANEALES</b>
04.0.3.01	SECCIÓN DE NERVIOS LARÍNGEO RECURRENTES
04.0.3.02	SECCIÓN DE OTRO NERVIOS CRANEALES
<b>04.0.5.</b>	<b>GANGLIONECTOMÍA DE GASER</b>

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
04.0.5.00	GANGLIONECTOMÍA DE GASER SOD
<b>04.0.7.</b>	<b>ESCISIÓN O RESECCIÓN DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3)</i>
04.0.7.01	RESECCIÓN DE TUMOR PRIMARIO DEL NERVIÓ ÓPTICO, POR CRANEOTOMÍA SUBFRONTAL
04.0.7.02	RESECCIÓN DE TUMOR PRIMARIO DEL NERVIÓ ÓPTICO, POR ORBITOTOMÍA LATERAL
04.0.7.03	ESCISIÓN [RESECCIÓN] DE NERVIÓ CRANEAL O PERIFÉRICO
04.0.7.04	NEURECTOMÍA DEL NERVIÓ TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMÍA DE FOSA MEDIA
04.0.7.05	NEURECTOMÍA DE NERVIÓ PERIFÉRICO EN CABEZA O CUELLO
<b>Incluye:</b>	<i>NERVIOS INFRAORBITARIO, ÓPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESIÓN</i>
04.0.7.06	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIÓ EN BRAZO
04.0.7.07	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIÓ EN ANTEBRAZO
04.0.7.08	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIÓ EN MANO O DEDOS
04.0.7.09	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIÓ EN MUSLO
04.0.7.10	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIÓ EN PIERNA
04.0.7.11	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIÓ EN PIE
<b>Incluye:</b>	<i>NEUROMA PERIFÉRICO O DE MORTON</i>
04.0.7.12	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIÓ EN MUÑÓN (DE AMPUTACIÓN O HERIDA) O EN PLEJO
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR NEUROMA POSTRAUMÁTICO</i>
04.0.7.13	NEURECTOMÍA DE OTRO NERVIÓ PERIFÉRICO VÍA ABIERTA
04.0.7.14	NEURECTOMÍA DE OTRO NERVIÓ PERIFÉRICO VÍA ENDOSCÓPICA
04.0.7.30	TOMA DE INJERTO DE NERVIÓ PERIFÉRICO
<b>04.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO</b>
<b>04.1.1.</b>	<b>BIOPSIAS (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE NERVIOS O GANGLIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS</b>
04.1.1.01	BIOPSIA NERVIÓ PERIFÉRICO (SUPERFICIAL O PROFUNDO), VÍA PERCUTÁNEA
04.1.1.02	BIOPSIA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE NERVIÓ O GANGLIO CRANEAL O PERIFÉRICO
<b>04.1.2.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE NERVIÓ O GANGLIO CRANEAL O PERIFÉRICO</b>
04.1.2.00	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIÓ O GANGLIO PERIFÉRICO SOD
<b>04.2.</b>	<b>ABLACIÓN DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS</b>
<b>04.2.1.</b>	<b>RIZOTOMÍAS DE NERVIOS CRANEALES</b>
04.2.1.01	RIZOTOMÍA DE NERVIÓ TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
04.2.1.02	RIZOTOMÍA DE NERVIÓ XI, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
04.2.1.03	RIZOTOMÍA DE NERVIÓ CRANEAL
<b>04.2.2.</b>	<b>NEUROLISIS DE NERVIOS CRANEALES</b>
04.2.2.01	NEUROLISIS DE NERVIÓ XI, POR AMIGDALECTOMÍA ESTEREOTÁXICA
04.2.2.02	NEUROLISIS DE NERVIÓ VIDIANO POR ELECTROCOAGULACIÓN O ESCISIÓN
04.2.2.04	NEUROLISIS DE NERVIÓ FACIAL
04.2.2.05	NEUROLISIS DE OTRO NERVIÓ CRANEAL
<b>04.2.3.</b>	<b>NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS</b>
04.2.3.01	NEUROLISIS DE NERVIÓ EN BRAZO
04.2.3.02	NEUROLISIS DE NERVIÓ EN ANTEBRAZO
04.2.3.03	NEUROLISIS EXTERNA EN NERVIÓ DE MANO
04.2.3.04	NEUROLISIS INTERNA EN NERVIÓ DE MANO

44



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
04.2.3.05	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO
04.2.3.06	NEUROLISIS DE NERVIOS EN MUSLO
04.2.3.07	NEUROLISIS DE NERVIOS EN PIERNA
04.2.3.08	NEUROLISIS DE NERVIOS EN PIE O DEDOS DE PIE
04.2.3.09	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS
<b>04.3.</b>	<b>SUTURA DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS</b>
<b>04.3.0.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE NERVIOS CRANEALES</b>
04.3.0.01	ANASTOMOSIS DE NERVIOS FACIALES
04.3.0.02	ANASTOMOSIS DE NERVIOS CRANEALES
<b>04.3.1.</b>	<b>NEURORRAFIAS EN NERVIOS PERIFÉRICOS</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>INJERTO DE NERVIOS PERIFÉRICOS (04.5.1.02)</i>
04.3.1.01	NEURORRAFIA DE NERVIOS PERIFÉRICOS
04.3.1.02	NEURORRAFIA DE NERVIOS DENTARIOS
04.3.1.03	NEURORRAFIA DE NERVIOS EN BRAZO
04.3.1.04	NEURORRAFIA DE NERVIOS EN ANTEBRAZO
04.3.1.05	NEURORRAFIA DE NERVIOS EN MANO
04.3.1.06	NEURORRAFIA DE NERVIOS COLATERALES EN DEDO DE MANO
04.3.1.07	NEURORRAFIA DE NERVIOS EN MUSLO
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA DE NERVIOS CIÁTICOS MAYORES</i>
04.3.1.08	NEURORRAFIA DE NERVIOS EN PIERNA
04.3.1.09	NEURORRAFIA DE NERVIOS EN PIE
<b>04.4.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS O DESCOMPRESIONES DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS</b>
<b>04.4.1.</b>	<b>DESCOMPRESIONES DE RAÍZ DE NERVIOS TRIGÉMINOS</b>
04.4.1.01	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIOS TRIGEMINALES, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
04.4.1.02	DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS TRIGÉMINOS
<b>04.4.2.</b>	<b>DESCOMPRESIONES DE OTROS NERVIOS CRANEALES</b>
04.4.2.01	DESCOMPRESIÓN INTRACANALICULAR DE NERVIOS ÓPTICOS, POR CRANEOTOMÍA
04.4.2.02	DESCOMPRESIÓN INTRACANALICULAR DE NERVIOS ÓPTICOS, VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
04.4.2.03	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)
04.4.2.04	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIOS ACÚSTICOS VESTIBULARES
04.4.2.05	DESCOMPRESIÓN INTRACANALICULAR DE NERVIOS FACIALES
04.4.2.06	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIOS FACIALES, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
<b>Incluye:</b>	<i>EN CUALQUIER PORCIÓN DE SU RECORRIDO INTRACANALICULAR</i>
04.4.2.07	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS FACIALES INTRATEMPORALES VÍA TRANSLABERÍNTICA
04.4.2.08	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS FACIALES INTRATEMPORALES VÍA TRANSMASTOIDEA
04.4.2.09	DESCOMPRESIÓN DE OTROS NERVIOS CRANEALES
04.4.2.10	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS FACIALES INTRATEMPORALES VÍA FOSA MEDIA
<b>04.4.3.</b>	<b>LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO</b>
04.4.3.01	DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE NERVIOS EN TÚNEL DEL CARPO
04.4.3.02	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN TÚNEL DEL CARPO
04.4.3.11	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN TÚNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS
<b>04.4.4.</b>	<b>LIBERACIÓN DE TÚNEL TARSAL</b>
04.4.4.00	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN TÚNEL DEL TARSO SOD

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>04.4.5.</b>	<b>DESCOMPRESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS</b>
04.4.5.01	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN BRAZO
04.4.5.02	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN ANTEBRAZO
04.4.5.03	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN MANO
04.4.5.04	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN DEDO DE LA MANO
04.4.5.05	DESCOMPRESIÓN DEL NERVIOS SAFENO, TERMINACION NERVIOS CRURAL (L2,L3,L4)
04.4.5.06	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN MUSLO
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA DE NERVIOS FEMOROCUTÁNEO</i>
04.4.5.07	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN PIERNA
04.4.5.08	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS EN PIE
04.4.5.09	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS
<b>04.5.</b>	<b>INJERTOS O PLASTIAS DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS</b>
<b>04.5.1.</b>	<b>INJERTOS DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS</b>
04.5.1.02	INJERTO DE NERVIOS PERIFÉRICOS
04.5.1.03	INJERTO DE NERVIOS PERIFÉRICOS A NERVIOS FACIAL IPSILATERAL
04.5.1.04	INJERTO DE NERVIOS PERIFÉRICOS A NERVIOS FACIAL CONTRALATERAL
<b>04.6.</b>	<b>TRANSPOSICIONES DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS</b>
<b>04.6.1.</b>	<b>TRANSPOSICIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS</b>
04.6.1.01	TRANSPOSICIÓN DE NERVIOS EN MIEMBRO SUPERIOR
04.6.1.02	TRANSPOSICIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS
<b>04.7.</b>	<b>NEUROPLASTIAS CRANEALES O PERIFÉRICAS</b>
<b>04.7.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE NERVIOS FACIAL</b>
04.7.1.02	REPARACIÓN DE NERVIOS FACIAL, POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL
04.7.1.04	REANIMACIÓN FACIAL CON COLGAJO MUSCULAR PEDICULADO
04.7.1.05	REANIMACIÓN FACIAL CON COLGAJO MUSCULAR CON TÉCNICA MICROVASCULAR
04.7.1.06	REANIMACIÓN FACIAL CON TÉCNICA DE SUSPENSIÓN VÍA ABIERTA
04.7.1.07	REANIMACIÓN FACIAL CON TÉCNICA DE SUSPENSIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
04.7.1.08	NEUROTIZACIÓN DE NERVIOS FACIAL POR INTERPOSICIÓN DE NERVIOS
<b>04.8.</b>	<b>INYECCIÓN DENTRO DE NERVIOS CRANEAL O PERIFÉRICOS</b>
<b>04.8.1.</b>	<b>INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEALES CON FINES ANALGÉSICOS</b>
04.8.1.01	BLOQUEO DE NERVIOS TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO
04.8.1.02	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEAL CON FIN ANALGÉSICO
<b>04.8.2.</b>	<b>INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS PERIFÉRICOS CON FINES ANALGÉSICOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA EN NERVIOS INTERCOSTALES</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA PARA ANESTESIA OPERATIVA (OMITIR CÓDIGO)</i>
04.8.2.00	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS PERIFÉRICOS CON FINES ANALGÉSICOS SOD
<b>04.8.3.</b>	<b>INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIOS DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS</b>
04.8.3.00	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIOS DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS SOD
<b>05.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS</b>
<b>05.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS</b>
<b>05.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE NERVIOS O GANGLIO SIMPÁTICO</b>
05.1.1.00	BIOPSIA DE NERVIOS O GANGLIO SIMPÁTICO SOD

JKD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>05.2.</b>	<b>SIMPATECTOMÍA</b>
<b>05.2.0.</b>	<b>SIMPATECTOMÍA TORÁCICA</b>
05.2.0.01	SIMPATECTOMÍA TORÁCICA POR TORACOSCOPIA
<b>05.2.1.</b>	<b>GANGLIONECTOMÍAS</b>
05.2.1.01	GANGLIONECTOMÍA ESFENOPALATINA
05.2.1.02	GANGLIONECTOMÍA
<b>05.2.2.</b>	<b>SIMPATECTOMÍA CERVICAL</b>
05.2.2.00	SIMPATECTOMÍA CERVICAL SOD
<b>05.2.3.</b>	<b>SIMPATECTOMÍA LUMBAR</b>
05.2.3.00	SIMPATECTOMÍA LUMBAR SOD
<b>05.2.4.</b>	<b>SIMPATECTOMÍAS PRESACRAS</b>
05.2.4.01	SIMPATECTOMÍA PRESACRA POR LAPAROTOMÍA
05.2.4.02	SIMPATECTOMÍA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA
05.2.4.03	SIMPATECTOMÍA PRESACRA
<b>05.2.5.</b>	<b>SIMPATECTOMÍA PERIARTERIAL</b>
05.2.5.00	SIMPATECTOMÍA PERIARTERIAL SOD
<b>05.2.6.</b>	<b>OTRAS SIMPATECTOMÍAS O GANGLIECTOMÍAS</b>
05.2.6.01	RESECCIÓN DE TUMOR EN NERVIOS O GANGLIO SIMPÁTICO
05.2.6.02	RESECCIÓN DE TUMOR EN NERVIOS O GANGLIO SIMPÁTICO CERVICAL
05.2.6.03	SIMPATECTOMÍA DIGITAL (DEDO)
05.2.6.04	TIMPANOSIMPATECTOMÍA [NEURECTOMÍA DEL JACOBSON]
05.2.6.05	SIMPATECTOMÍA O GANGLIECTOMÍA
<b>05.3.</b>	<b>INYECCIONES EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS</b>
<b>05.3.1.</b>	<b>INYECCIÓN DE ANESTÉSICOS EN NERVIOS SIMPÁTICOS</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES UTILIZADOS COMO GUÍA PARA LA UBICACIÓN DEL NERVIOS</i>
05.3.1.01	BLOQUEO DE NERVIOS SIMPÁTICO ÚNICO
05.3.1.02	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL
05.3.1.03	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO
05.3.1.04	BLOQUEO DE SENOS CAROTÍDEOS
05.3.1.05	BLOQUEO DE UNIÓN MIONEURAL
05.3.1.06	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL
05.3.1.07	BLOQUEO DE NERVIOS FRÉNICOS
05.3.1.08	BLOQUEO DE PLEJO CELÍACO
05.3.1.09	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS
05.3.1.10	BLOQUEO DE NERVIOS VAGO
05.3.1.11	BLOQUEO DEL NERVIOS HIPOGÁSTRICO SUPERIOR
05.3.1.12	BLOQUEO DE NERVIOS ESPLÁCNICOS
05.3.1.13	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO
05.3.1.14	BLOQUEO SIMPÁTICO REGIONAL (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR)
05.3.1.15	BLOQUEO DEL SIMPÁTICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)
05.3.1.16	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN NERVIOS SIMPÁTICOS
05.3.1.21	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN GANGLIO SIMPÁTICO CILIAL
<b>05.3.2.</b>	<b>INYECCIÓN DE AGENTE NEUROLÍTICO EN NERVIOS SIMPÁTICOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR NEUROMAS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
05.3.2.01	NEURÓLISIS DE PLEJO BRAQUIAL
05.3.2.02	NEURÓLISIS DE PLEJO LUMBAR
05.3.2.03	NEURÓLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)
05.3.2.04	NEURÓLISIS DE PLEJO TORÁCICO
05.3.2.05	NEURÓLISIS DE PLEJO CELÍACO

WD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
05.3.2.06	NEURÓLISIS DE PLEJO HIPOGÁSTRICO
05.3.2.07	NEURÓLISIS DEL GANGLIO SIMPÁTICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]
05.3.2.08	NEURÓLISIS DE NERVIOS SIMPÁTICOS ÚNICOS
<b>05.3.3.</b>	<b>LISIS DE GANGLIOS [GANGLIOLISIS]</b>
05.3.3.01	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN
05.3.3.02	GANGLIOLISIS
05.3.3.03	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS PARAVERTEBRALES, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN
05.3.3.04	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN
<b>05.4.</b>	<b>REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS</b>
<b>05.4.1.</b>	<b>NEURORRAFIAS DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS</b>
05.4.1.01	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIAL
05.4.1.02	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIAL, CON INJERTO DE TRONCOS
05.4.1.03	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS
05.4.1.04	NEURORRAFIA DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS
<b>05.4.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIONES EN PLEJOS</b>
05.4.2.01	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO, POR NEURORRAFIA
05.4.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO, POR INJERTO DE NERVIOS
05.4.2.03	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO, POR NEUROTIZACIÓN
05.4.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO
<b>05.5.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS</b>
<b>05.5.1.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE PLEJO O TRONCO</b>
05.5.1.01	EXPLORACIÓN SUPRA E INFRACLAVICULAR DE PLEJO BRAQUIAL
05.5.1.02	EXPLORACIÓN DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO)
<b>05.5.2.</b>	<b>DESCOMPRESIÓN DE PLEJO O TRONCO</b>
05.5.2.00	DESCOMPRESIÓN DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO) SOD
<b>Incluye:</b>	<i>TRONCO DEL PLEJO</i>
<b>Capítulo 02</b>	<b>SISTEMA ENDOCRINO</b>
<b>06.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN LAS GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL (40.3.) O CERVICAL (40.4.)</i>
<b>06.0.</b>	<b>INCISIÓN EN EL ÁREA TIROIDEA</b>
<b>06.0.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN DEL ÁREA TIROIDEA</b>
06.0.1.01	DRENAJE DEL ÁREA TIROIDEA VÍA PERCUTÁNEA
<b>06.0.2.</b>	<b>REAPERTURA DE HERIDA DE ÁREA TIROIDEA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA EVACUACIÓN DE HEMATOMA U OTRA COLECCIÓN EN ÁREA TIROIDEA, CONTROL DE HEMORRAGIA O EXPLORACIÓN POSTOPERATORIA</i>
06.0.2.01	REAPERTURA DE HERIDA DE ÁREA TIROIDEA VÍA ABIERTA
<b>06.0.9.</b>	<b>OTRA INCISIÓN DEL ÁREA TIROIDEA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR HEMATOMA, ABSCESO, QUISTE U OTRA PATOLOGÍA</i>
06.0.9.01	DRENAJE DE COLECCIÓN EN ÁREA TIROIDEA POR INCISIÓN
06.0.9.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISIÓN
06.0.9.03	EXPLORACIÓN DE CUELLO O ÁREA TIROIDEA POR INCISIÓN
06.0.9.04	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO ÁREA TIROIDEA) POR INCISIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR HEMATOMA, ABSCESO O FLEGMON, ENTRE OTRAS</i>

43

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	CAUSAS
<b>06.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN GLÁNDULAS PARATIROIDES Y TIROIDES</b>
<b>06.1.0.</b>	<b>BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES</b>
06.1.0.01	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA ABIERTA
06.1.0.02	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA
<b>Incluye:</b>	TRUCUT O AGUJA FINA
<b>06.1.3.</b>	<b>BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES</b>
06.1.3.01	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES VÍA ABIERTA
06.1.3.02	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES VÍA PERCUTÁNEA
<b>Incluye:</b>	TRUCUT O AGUJA FINA
<b>06.2.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE TIROIDES</b>
<b>Excluye:</b>	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL (06.5.1.)
<b>06.2.0.</b>	<b>TIROIDECTOMÍA PARCIAL (SUBTOTAL)</b>
06.2.0.01	TIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA
06.2.0.02	TIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>06.4.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE TIROIDES</b>
<b>06.4.1.</b>	<b>TIROIDECTOMÍA TOTAL</b>
06.4.1.01	TIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
06.4.1.02	TIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>06.5.</b>	<b>RESECCIÓN RETROESTERNAL DE TIROIDES</b>
<b>06.5.1.</b>	<b>TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL</b>
06.5.1.01	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL VÍA ABIERTA
06.5.1.02	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>06.5.2.</b>	<b>TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL</b>
06.5.2.01	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL VÍA ABIERTA
06.5.2.02	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>06.7.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO TIROGLOSO</b>
<b>06.7.0.</b>	<b>RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO</b>
06.7.0.01	RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VÍA ABIERTA
06.7.0.02	RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>06.7.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE FÍSTULA TIROGLOSA</b>
06.7.2.01	RESECCIÓN DE FÍSTULA TIROGLOSA VÍA ABIERTA
<b>06.8.</b>	<b>PARATIROIDECTOMÍA</b>
<b>06.8.1.</b>	<b>PARATIROIDECTOMÍA TOTAL</b>
06.8.1.01	PARATIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
06.8.1.02	PARATIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>06.8.9.</b>	<b>PARATIROIDECTOMÍA PARCIAL</b>
06.8.9.01	PARATIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA
06.8.9.02	PARATIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>06.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN REGIÓN TIROIDEA Y PARATIROIDEA</b>
<b>06.9.1.</b>	<b>REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO</b>
06.9.1.01	REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO VÍA ABIERTA
06.9.1.02	REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>06.9.3.</b>	<b>SUTURA DE GLÁNDULA TIROIDES</b>
06.9.3.01	SUTURA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA ABIERTA
<b>06.9.4.</b>	<b>REIMPLANTE DE TEJIDO TIROIDEO (AUTÓLOGO)</b>
06.9.4.00	REIMPLANTE DE TEJIDO TIROIDEO (AUTÓLOGO) SOD
<b>06.9.5.</b>	<b>REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO (AUTÓLOGO)</b>
06.9.5.01	REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO VÍA ABIERTA
06.9.5.02	REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO VÍA ENDOSCÓPICA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>07.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS</b>
<b>Incluye:</b>	GLÁNDULAS PINEAL, HIPÓFISIS, SUPRARENALES, TIMO
<b>Excluye:</b>	OVARIOS (65.); TESTÍCULOS (62.) PÁNCREAS (52.)
<b>07.0.</b>	<b>EXPLORACIÓN DEL ÁREA SUPRARENAL</b>
<b>07.0.0.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARENAL</b>
07.0.0.01	EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARENAL VÍA ABIERTA
07.0.0.02	EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARENAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN GLÁNDULAS SUPRARRENAL, PITUITARIA, PINEAL Y TIMO</b>
<b>07.1.0.</b>	<b>BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL</b>
07.1.0.01	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA ABIERTA
07.1.0.02	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA PERCUTÁNEA
07.1.0.03	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.1.3.</b>	<b>BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL</b>
07.1.3.00	BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL SOD
<b>07.1.4.</b>	<b>BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL</b>
07.1.4.01	BIOPSIA DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL
07.1.4.02	BIOPSIA DE HIPÓFISIS TRANSESFENOIDAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>07.1.6.</b>	<b>BIOPSIA DE TIMO</b>
07.1.6.00	BIOPSIA DE TIMO SOD
<b>07.1.7.</b>	<b>BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL</b>
07.1.7.00	BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL SOD
<b>07.2.</b>	<b>SUPRARRENALECTOMÍAS</b>
<b>07.2.0.</b>	<b>SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL UNILATERAL</b>
<b>Incluye:</b>	TOMA DE INJERTO
07.2.0.01	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL UNILATERAL VÍA ABIERTA
07.2.0.02	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.2.4.</b>	<b>SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL BILATERAL</b>
07.2.4.01	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL BILATERAL VÍA ABIERTA
07.2.4.02	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.2.5.</b>	<b>SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL</b>
07.2.5.01	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL VÍA ABIERTA
07.2.5.02	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.2.6.</b>	<b>SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL</b>
07.2.6.01	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL VÍA ABIERTA
07.2.6.02	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.2.7.</b>	<b>REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL</b>
07.2.7.01	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VÍA ABIERTA
07.2.7.02	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.4.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULAS SUPRARRENALES</b>
<b>07.4.1.</b>	<b>DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL</b>
07.4.1.01	DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA ABIERTA
07.4.1.02	DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA PERCUTÁNEA
07.4.1.03	DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.4.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL</b>
07.4.4.01	REPARACIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA ABIERTA
07.4.4.02	REPARACIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>07.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULA PINEAL</b>
<b>07.5.3.</b>	<b>ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL</b>
07.5.3.00	ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL SOD

4/2

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>07.5.4.</b>	<b>ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL [PINEALECTOMÍA]</b>
07.5.4.00	ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL [PINEALECTOMÍA] SOD
<b>07.6.</b>	<b>HIPOFISECTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CRIOHIPOFISECTOMÍA TOTAL O PARCIAL, INFUNDIBULECTOMÍA, HIPOFISECTOMÍA SUBTOTAL, DIVISIÓN DEL TALLO HIPOFISIARIO, ESCISIÓN DE LESIÓN HIPOFISIARIA, ABLACIÓN HIPOFISIARIA</i>
<b>07.6.1.</b>	<b>ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL</b>
07.6.1.00	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL SOD
<b>07.6.2.</b>	<b>ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL</b>
07.6.2.00	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL SOD
<b>07.6.4.</b>	<b>ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ABLACIÓN HIPOFISIARIA, CRIOHIPOFISECTOMIA TOTAL</i>
07.6.4.00	ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL SOD
<b>07.6.5.</b>	<b>ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL</b>
07.6.5.00	ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL SOD
<b>07.8.</b>	<b>TIMECTOMÍA</b>
<b>07.8.2.</b>	<b>ESCISIÓN DEL TIMO</b>
07.8.2.01	ESCISIÓN DEL TIMO VÍA ABIERTA
07.8.2.02	ESCISIÓN DEL TIMO POR TORACOSCOPIA
<b>07.8.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE TIMO</b>
07.8.3.00	REPARACIÓN DE TIMO SOD
<b>07.8.4.</b>	<b>TRASPLANTE DE TIMO</b>
07.8.4.00	TRASPLANTE DE TIMO SOD
<b>Capítulo 03</b>	
<b>SISTEMA VISUAL</b>	
<b>08.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PÁRPADOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS EN CEJAS</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA (08.6. - 08.8.)</i>
<b>08.0.</b>	<b>INCISIÓN DE PÁRPADO</b>
<b>08.0.1.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR HEMATOMA O ABSCESO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
08.0.1.00	DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMÍA SOD
<b>08.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PÁRPADOS</b>
<b>08.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE PÁRPADO</b>
08.1.1.00	BIOPSIA DE PÁRPADO SOD
<b>08.2.</b>	<b>ESCISIONES O ABLACIONES DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TUMOR BENIGNO O MALIGNO</i>
<b>08.2.0.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO</b>
08.2.0.00	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO SOD
<b>08.2.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE CHALAZIÓN</b>
08.2.1.00	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN SOD
<b>08.2.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIONES MAYORES DE ESPESOR PARCIAL EN PÁRPADOS</b>
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
08.2.3.03	ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR PARCIAL
<b>08.2.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIONES MAYORES DE ESPESOR COMPLETO EN PÁRPADOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TUMOR BENIGNO O MALIGNO</i>
08.2.4.01	RESECCIÓN TOTAL DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCIÓN, CON INJERTO

42

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	O COLGAJO
08.2.4.02	ESCISIÓN DE LESIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO
<b>08.2.5.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIONES EN PÁRPADOS</b>
08.2.5.01	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA
08.2.5.02	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR LÁSER
08.2.5.03	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR MEDIOS QUÍMICOS
08.2.5.04	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS
<b>08.2.6.</b>	<b>PLASTIAS EN TARSO</b>
08.2.6.01	TARSECTOMÍA
08.2.6.02	TARSORRAFIA
<b>08.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS Y RETRACCIÓN DE BORDES PALPEBRALES</b>
<b>08.3.1.</b>	<b>CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA</b>
08.3.1.00	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA SOD
<b>08.3.2.</b>	<b>CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON FASCIA LATA</b>
08.3.2.00	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON FASCIA LATA SOD
<b>08.3.3.</b>	<b>CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>FIJACIÓN SUPRATARSAL PARA FORMAR PLIEGUE PÁRPADO SUPERIOR</i>
08.3.3.00	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR SOD
<b>08.3.4.</b>	<b>CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>FIJACIÓN SUPRATARSAL PARA FORMAR PLIEGUE PÁRPADO SUPERIOR</i>
08.3.4.00	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL SOD
<b>08.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RESECCIÓN EN CUÑA O LENGÜETA TARSAL AL PERIOSTIO</i>
<b>08.4.1.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA</b>
08.4.1.00	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA SOD
<b>08.4.2.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO</b>
08.4.2.00	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO SOD
<b>08.4.3.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, CON INJERTO</b>
08.4.3.00	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, CON INJERTO SOD
<b>08.4.4.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA</b>
08.4.4.00	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA SOD
<b>08.5.</b>	<b>OTROS ARREGLOS DE POSICIÓN DE BORDES PALPEBRALES</b>
<b>08.5.1.</b>	<b>CANTOTOMÍA</b>
08.5.1.00	CANTOTOMÍA SOD
<b>08.5.2.</b>	<b>CANTORRAFIA</b>
08.5.2.00	CANTORRAFIA SOD
<b>08.5.3.</b>	<b>CANTOPLASTIA</b>
08.5.3.00	CANTOPLASTIA (FIJACIÓN DE CANTO) SOD
<b>08.6.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TARSOPLASTIA</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA ASOCIADA CON RESECCIÓN TOTAL DE PÁRPADO (08.2.4.); REPARACIÓN DE ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN (08.4.)</i>
<b>08.6.1.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS CON COLGAJOS O INJERTOS DE</b>



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<b>PIEL</b>
08.6.1.01	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR
08.6.1.02	BLEFAROPLASTIA INFERIOR
08.6.1.03	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL
08.6.1.10	BLEFAROPLASTIA CON LÁSER
08.6.1.11	BLEFAROPLASTIA INFERIOR TRANSCONJUNTIVAL
<b>08.6.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA</b>
08.6.2.00	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD
<b>08.6.3.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLÍCULO PILOSO</b>
08.6.3.00	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLÍCULO PILOSO SOD
<b>08.6.4.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL</b>
08.6.4.00	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL SOD
<b>08.7.</b>	<b>OTRA RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS</b>
<b>08.7.1.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO)</b>
08.7.1.00	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD
<b>08.7.3.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS</b>
08.7.3.00	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS SOD
<b>08.7.4.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN EPICANTO</b>
08.7.4.01	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE EPICANTO CON CUATRO COLGAJOS [MUSTARDE]
08.7.4.02	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE EPICANTO
<b>08.8.</b>	<b>REPARACIÓN DE PÁRPADO</b>
<b>08.8.1.</b>	<b>REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA</b>
08.8.1.00	REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA SOD
<b>08.8.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR PARCIAL</b>
08.8.2.01	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA ÚNICA DE PÁRPADO (BLEFARORRAFIA SIMPLE)
08.8.2.02	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MÚLTIPLE DE PÁRPADO (BLEFARORRAFIA SIMPLE)
<b>08.8.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TARSORRAFIA</i>
08.8.4.01	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA ÚNICA DE PÁRPADO (BLEFARORRAFIA COMPLEJA)
08.8.4.02	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PÁRPADO (BLEFARORRAFIA COMPLEJA)
08.8.4.03	SUTURA DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO O COLGAJO
<b>08.8.6.</b>	<b>RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO INFERIOR</b>
08.8.6.00	RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO INFERIOR SOD
<b>08.8.7.</b>	<b>RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO SUPERIOR</b>
08.8.7.00	RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO SUPERIOR SOD
<b>08.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN PÁRPADOS O CEJAS</b>
<b>08.9.1.</b>	<b>ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)</b>
08.9.1.01	ABLACIÓN DE PESTAÑAS, POR ELECTROLISIS
08.9.1.02	ABLACIÓN DE PESTAÑAS, POR LÁSER

20

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
08.9.1.03	ABLACIÓN DE PESTAÑAS
<b>08.9.2.</b>	<b>PLASTIAS O RECONSTRUCCIONES EN CEJAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR PTOSIS DE CEJAS, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
08.9.2.01	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE CEJAS POR RESECCIÓN DE PIEL PILOSA
08.9.2.02	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE CEJAS POR SUSPENSIÓN CON SUTURA
08.9.2.03	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE CEJAS POR TÉCNICA ENDOSCÓPICA
08.9.2.04	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE CEJAS
<b>08.9.3.</b>	<b>PLASTIAS O REPARACIONES EN REGIÓN INTERCILIAR</b>
08.9.3.01	PLASTIA DE REGIÓN INTERCILIAR POR TÉCNICA DE RELLENO
08.9.3.02	PLASTIA DE REGIÓN INTERCILIAR POR RESECCIÓN E INJERTO, VÍA FRONTAL
08.9.3.03	PLASTIA DE REGIÓN INTERCILIAR POR TÉCNICA ENDOSCÓPICA
08.9.3.04	PLASTIA O REPARACIÓN DE REGIÓN INTERCILIAR
<b>09.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN APARATO LAGRIMAL</b>
<b>09.0.</b>	<b>INCISIÓN DE GLÁNDULA LAGRIMAL</b>
<b>09.0.1.</b>	<b>DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO, QUISTE, HEMATOMA U OTRAS CAUSAS</i>
09.0.1.00	DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL SOD
<b>09.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN APARATO LAGRIMAL</b>
<b>09.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL</b>
09.1.1.00	BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL SOD
<b>09.1.2.</b>	<b>BIOPSIA DE SACO O CONDUCTO LAGRIMAL</b>
09.1.2.00	BIOPSIA DE SACO O CONDUCTO LAGRIMAL SOD
<b>09.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE GLÁNDULA LAGRIMAL [DACRIOADENECTOMÍA]</b>
<b>09.2.1.</b>	<b>DACRIOADENECTOMÍA PARCIAL</b>
09.2.1.00	DACRIOADENECTOMÍA PARCIAL SOD
<b>09.2.2.</b>	<b>DACRIOADENECTOMÍA TOTAL</b>
09.2.2.00	DACRIOADENECTOMÍA TOTAL SOD
<b>09.4.</b>	<b>MANIPULACIÓN DEL CONDUCTO LAGRIMAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON DILATACIÓN, EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>DACRIOCISTOGRAFÍA (87.4.6.)</i>
<b>09.4.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL</b>
09.4.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL SOD
<b>09.4.2.</b>	<b>SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES</b>
09.4.2.00	SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES SOD
<b>09.4.4.</b>	<b>INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES</b>
09.4.4.00	INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES SOD
<b>09.5.</b>	<b>INCISIÓN DE SACO Y CONDUCTO LAGRIMAL</b>
<b>09.5.3.</b>	<b>DRENAJE DE SACO LAGRIMAL</b>
09.5.3.00	DRENAJE DE SACO LAGRIMAL SOD
<b>09.6.</b>	<b>ESCISIÓN DE SACO Y CONDUCTO LAGRIMAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE SACO LAGRIMAL (09.1.2.)</i>
<b>09.6.1.</b>	<b>DACRIOCISTECTOMÍA (SACO LAGRIMAL)</b>
09.6.1.00	DACRIOCISTECTOMÍA (SACO LAGRIMAL) SOD
<b>09.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE PUNTO Y CANALÍCULO LAGRIMAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REPARACIÓN DE PÁRPADO (08.8.)</i>
<b>09.7.1.</b>	<b>PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES</b>
09.7.1.00	PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES SOD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>09.7.2.</b>	<b>PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGÍA DE WEBER]</b>
09.7.2.00	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGÍA DE WEBER] SOD
<b>09.7.3.</b>	<b>PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS)</b>
09.7.3.00	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS) SOD
<b>09.8.</b>	<b>FISTULIZACIÓN DE TRACTO LAGRIMAL HASTA CAVIDAD NASAL</b>
<b>09.8.1.</b>	<b>DACRIOCISTORRINOSTOMÍAS</b>
09.8.1.01	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA VÍA ABIERTA
09.8.1.02	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA
09.8.1.04	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA REVISIONAL
<b>09.8.2.</b>	<b>CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS</b>
09.8.2.01	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA SIMPLE VÍA ABIERTA
09.8.2.02	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA SIMPLE TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>09.8.3.</b>	<b>CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS CON INTUBACIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
09.8.3.01	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON DISPOSITIVO VÍA ABIERTA
09.8.3.02	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>09.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN APARATO LAGRIMAL</b>
<b>09.9.1.</b>	<b>OBLITERACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL</b>
09.9.1.00	OBLITERACIÓN O CAUTERIZACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL SOD
<b>09.9.2.</b>	<b>CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES</b>
09.9.2.01	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES POR TAPONES
<b>10.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CONJUNTIVA</b>
<b>10.0.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA SIN INCISIÓN O SUPERFICIAL (98.2.1.01)</i>
<b>10.0.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN</b>
10.0.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN SOD
<b>10.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CONJUNTIVA</b>
<b>10.2.1.</b>	<b>BIOPSIA DE CONJUNTIVA</b>
10.2.1.01	BIOPSIA DE CONJUNTIVA
10.2.1.02	CITOLOGÍA DE CONJUNTIVA
<b>10.3.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA</b>
<b>10.3.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIONES O TEJIDOS EN CONJUNTIVA</b>
10.3.1.01	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA
10.3.1.02	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO DE MUCOSA O MEMBRANA AMNIÓTICA
10.3.1.03	RESECCIÓN DE PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL) CON SUTURA
10.3.1.04	RESECCIÓN DE PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO
10.3.1.05	RESECCIÓN DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL), CON PLASTIA LIBRE O CITOSTÁTICOS
10.3.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA, CON PLASTIA
10.3.1.07	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA, SIN PLASTIA
10.3.1.08	PERITOMÍA TOTAL
10.3.1.09	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CONJUNTIVA
<b>10.3.2.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIONES EN CONJUNTIVAS</b>
10.3.2.01	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR DIATERMIA O CRIOCOAGULACIÓN

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
10.3.2.02	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR VÁRICES CONJUNTIVALES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
10.3.2.03	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CONJUNTIVA
<b>10.4.</b>	<b>CONJUNTIVOPLASTIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TRASPLANTE, PLASTIA O PERITOMÍA</i>
<b>10.4.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA</b>
10.4.1.00	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA SOD
<b>10.4.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE MUCOSA</b>
10.4.4.00	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE MUCOSA EXTRAOCULAR SOD
<b>10.5.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS EN CONJUNTIVA Y PÁRPADO</b>
<b>10.5.1.</b>	<b>DIVISIÓN DE SIMBLÉFARON</b>
10.5.1.00	DIVISIÓN DE SIMBLÉFARON SOD
<b>10.6.</b>	<b>REPARACIÓN DE LACERACIÓN DE CONJUNTIVA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON REPARACIÓN DE ESCLERÓTICA (12.8.1.)</i>
<b>10.6.1.</b>	<b>SUTURA DE LA CONJUNTIVA</b>
10.6.1.00	SUTURA DE LA CONJUNTIVA SOD
<b>10.7.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN CONJUNTIVA</b>
<b>10.7.1.</b>	<b>INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL</b>
10.7.1.00	INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL SOD
<b>11.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CÓRNEA</b>
<b>11.0.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CÓRNEA</b>
<b>11.0.0.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CÓRNEA</b>
11.0.0.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CÓRNEA SOD
<b>11.1.</b>	<b>INCISIÓN DE CÓRNEA</b>
<b>11.1.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CÓRNEA, POR INCISIÓN</b>
11.1.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CÓRNEA, POR INCISIÓN SOD
<b>11.1.2.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN EN CÓRNEA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
11.1.2.00	DRENAJE DE COLECCIÓN EN CÓRNEA SOD
<b>11.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CÓRNEA</b>
<b>11.2.1.</b>	<b>FROTIS DE CÓRNEA</b>
11.2.1.00	FROTIS DE CÓRNEA SOD
<b>11.2.2.</b>	<b>BIOPSIA DE CÓRNEA</b>
11.2.2.00	BIOPSIA DE CÓRNEA SOD
<b>11.4.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO U OTRA LESIÓN DE CÓRNEA</b>
<b>11.4.1.</b>	<b>RESECCIÓN SIMPLE DE TUMOR DE CÓRNEA</b>
11.4.1.00	RESECCIÓN SIMPLE DE TUMOR DE CÓRNEA SOD
<b>11.4.2.</b>	<b>CAUTERIZACIÓN DE CÓRNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACIÓN)</b>
11.4.2.00	CAUTERIZACIÓN DE CÓRNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACIÓN) SOD
<b>11.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE CÓRNEA</b>
<b>11.5.1.</b>	<b>SUTURAS DE LACERACIONES EN CÓRNEAS</b>
11.5.1.01	CORNOESCLERORRAFIA (REPARACIÓN DE HERIDA CORNEOESCLERAL)
11.5.1.02	SUTURA DE CÓRNEA
<b>11.5.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL</b>
11.5.2.00	REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL SOD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>11.5.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE LACERACIONES O HERIDAS EN CÓRNEAS</b>
11.5.3.01	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL
11.5.3.02	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL
11.5.3.03	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL CON MATERIAL (CIANOACRILATO)
11.5.3.04	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL
<b>11.5.8.</b>	<b>RETIRO DE SUTURA EN CÓRNEA</b>
11.5.8.00	RETIRO DE SUTURA EN CÓRNEA SOD
<b>11.6.</b>	<b>TRASPLANTE DE CÓRNEA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA CON INJERTO (10.3.1.)</i>
<b>11.6.1.</b>	<b>QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL</b>
11.6.1.00	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD
<b>11.6.2.</b>	<b>QUERATOPLASTIA PENETRANTE</b>
11.6.2.00	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD
<b>11.6.3.</b>	<b>QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGÍA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGÍA TRIPLE)</b>
11.6.3.00	QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGÍA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGÍA TRIPLE) SOD
<b>11.6.4.</b>	<b>ESCLEROQUERATOPLASTIA</b>
11.6.4.00	ESCLEROQUERATOPLASTIA SOD
<b>11.7.</b>	<b>CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y REFRACTIVA EN CÓRNEA</b>
<b>11.7.3.</b>	<b>IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA [QUERATOPRÓTESIS]</b>
11.7.3.00	IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA [QUERATOPRÓTESIS] SOD
<b>11.7.4.</b>	<b>QUERATOTOMÍA RADIAL MIÓPICA O ASTIGMÁTICA (CIRUGÍA REFRACTIVA INCISIONAL)</b>
11.7.4.00	QUERATOTOMÍA RADIAL MIÓPICA O ASTIGMÁTICA (CIRUGÍA REFRACTIVA INCISIONAL) SOD
<b>11.7.5.</b>	<b>QUERATOTOMÍA FOTORREFRACTIVA CON LÁSER MÁS QUERATOMILEUSIS [LASIK]</b>
11.7.5.00	QUERATOTOMÍA FOTORREFRACTIVA CON LÁSER MÁS QUERATOMILEUSIS [LASIK] SOD
<b>11.7.6.</b>	<b>QUERATECTOMÍA</b>
11.7.6.00	QUERATECTOMÍA SOD
<b>11.7.7.</b>	<b>QUERATECTOMÍA CON EXCIMER LÁSER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA) PTK</b>
11.7.7.00	QUERATECTOMÍA CON EXCIMER LÁSER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA) PTK SOD
<b>11.7.8.</b>	<b>TERMOQUERATOPLASTIA</b>
11.7.8.00	TERMOQUERATOPLASTIA SOD
<b>11.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN CÓRNEA</b>
<b>11.8.1.</b>	<b>QUERATOPIGMENTACIÓN [TATUAJE DE LA CÓRNEA]</b>
11.8.1.00	QUERATOPIGMENTACIÓN [TATUAJE DE LA CÓRNEA] SOD
<b>11.8.2.</b>	<b>IMPLANTE Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
11.8.2.01	IMPLANTE DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA
11.8.2.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA
<b>11.8.3.</b>	<b>ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL</b>
11.8.3.01	ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL UNILATERAL
11.8.3.02	ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL BILATERAL
<b>12.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN IRIS, CUERPO CILIAR, ESCLERA Y CÁMARA</b>

4423

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<b>ANTERIOR</b>
<b>12.0.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR</b>
<b>12.0.0.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO</b>
12.0.0.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO SOD
<b>12.1.</b>	<b>IRIDOTOMÍA E IRIDECTOMÍA SIMPLE</b>
<b>Excluye:</b>	<i>IRIDECTOMÍA ASOCIADA CON: ESCISIÓN DE LESIÓN (12.4.), EXTRACCIÓN DE CATARATA (13.1., 13.2. Y 13.6.) FISTULIZACIÓN ESCLERAL (12.6.)</i>
<b>12.1.1.</b>	<b>IRIDOTOMÍA CON TRANSFIXIÓN</b>
12.1.1.00	IRIDOTOMÍA CON TRANSFIXIÓN SOD
<b>12.1.2.</b>	<b>IRIDOTOMÍA CON LÁSER</b>
12.1.2.00	IRIDOTOMÍA CON LÁSER SOD
<b>12.1.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE IRIS PROLAPSADO [REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS]</b>
12.1.3.01	REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS, POR SUTURA DE IRIS
12.1.3.02	ESCISIÓN DE IRIS PROLAPSADO
<b>12.1.4.</b>	<b>IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)</b>
12.1.4.00	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL) SOD
<b>12.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN IRIS, CUERPO CILIAR, ESCLERA, Y CÁMARA ANTERIOR</b>
<b>12.2.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO</b>
12.2.1.00	PARACENTESIS DIAGNÓSTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO SOD
<b>12.2.2.</b>	<b>BIOPSIA DE IRIS</b>
12.2.2.00	BIOPSIA DE IRIS SOD
<b>12.2.3.</b>	<b>BIOPSIA DE ESCLERÓTICA</b>
12.2.3.00	BIOPSIA DE ESCLERÓTICA SOD
<b>12.2.4.</b>	<b>BIOPSIA DE CUERPO CILIAR</b>
12.2.4.00	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR SOD
<b>12.3.</b>	<b>IRIDOPLASTIA Y PUPILOPLASTIA</b>
<b>12.3.0.</b>	<b>IRIDOPLASTIAS</b>
12.3.0.01	IRIDOPLASTIA, CON SUTURA
12.3.0.02	IRIDOPLASTIA, CON LÁSER
12.3.0.03	IRIDOPLASTIA
<b>12.3.1.</b>	<b>LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES</b>
12.3.1.01	LISIS DE GONIOSINEQUIAS POR INYECCIÓN DE AIRE O LÍQUIDO
12.3.1.02	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES DE OJO
<b>12.3.3.</b>	<b>LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES</b>
12.3.3.00	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES SOD
<b>12.3.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE IRIDODIÁLISIS</b>
12.3.4.00	REPARACIÓN O SUTURA DE IRIDODIÁLISIS SOD
<b>12.3.5.</b>	<b>COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)</b>
12.3.5.00	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) SOD
<b>12.3.7.</b>	<b>OTRAS IRIDOPLASTIAS</b>
12.3.7.01	REPARACIÓN DE COLOBOMA DEL IRIS
<b>12.4.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS Y CUERPO CILIAR</b>
<b>12.4.1.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIONES EN IRIS</b>
12.4.1.01	ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS POR CAUTERIZACIÓN, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)
12.4.1.02	ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS
<b>12.4.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN EN IRIS</b>

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
12.4.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE IRIS
12.4.2.02	IRIDOCISTECTOMÍA
12.4.2.03	ESCISIÓN DE LESIÓN DE IRIS
<b>12.4.3.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIONES EN CUERPO CILIAR</b>
12.4.3.01	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR POR CAUTERIZACIÓN, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)
12.4.3.02	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR
<b>12.4.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIONES EN CUERPO CILIAR</b>
12.4.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE CUERPO CILIAR
12.4.4.02	IRIDOCICLECTOMÍA
12.4.4.03	ESCISIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR
<b>12.5.</b>	<b>FACILITACIÓN DE CIRCULACIÓN INTRAOCULAR (CIRUGÍA DE GLAUCOMA)</b>
<b>12.5.1.</b>	<b>GONIOTOMÍA</b>
12.5.1.00	GONIOTOMÍA SOD
<b>12.5.4.</b>	<b>TRABECULOTOMÍA</b>
12.5.4.00	TRABECULOTOMÍA SOD
<b>12.5.5.</b>	<b>CICLODIÁLISIS</b>
12.5.5.00	CICLODIÁLISIS SOD
<b>12.6.</b>	<b>FISTULIZACIÓN ESCLERAL</b>
<b>12.6.4.</b>	<b>TRABECULECTOMÍA (CIRUGÍA FILTRANTE)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON O SIN CITOSTÁTICOS</i>
12.6.4.01	TRABECULECTOMÍA SECUNDARIA (CON CIRUGÍA OCULAR PREVIA)
12.6.4.02	TRABECULECTOMÍA PRIMARIA
<b>12.6.6.</b>	<b>REVISIÓN POSTOPERATORIA DE PROCEDIMIENTOS DE FISTULIZACIÓN ESCLERAL</b>
12.6.6.01	REVISIÓN DE AMPOLLA FILTRANTE CON AGUJA
12.6.6.02	SUTURA DE COMPRESIÓN DE AMPOLLA FILTRANTE
12.6.6.03	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE FLAP ESCLERAL CON LÁSER
12.6.6.04	OBSTRUCCIÓN DE VENTANA FILTRANTE CON LÁSER
12.6.6.05	REVISIÓN POSTOPERATORIA DE FISTULIZACIÓN ESCLERAL
<b>12.6.7.</b>	<b>INSERCIÓN DE IMPLANTES PARA GLAUCOMA</b>
12.6.7.01	INSERCIÓN DE IMPLANTE (GLAUCOMA)
12.6.7.05	REVISIÓN ANTERIOR DE TUBO DE IMPLANTE
12.6.7.06	REVISIÓN DE IMPLANTE CON OBSTRUCCIÓN POSTERIOR
<b>12.7.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS PARA DISMINUIR LA ELEVACIÓN DE PRESIÓN INTRAOCULAR (ANTIGLAUCOMA)</b>
<b>12.7.5.</b>	<b>TRABECULOPLASTIAS</b>
12.7.5.01	TRABECULOPLASTIA CON LÁSER
12.7.5.02	TRABECULOPLASTIA
<b>12.8.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ESCLERA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>REPARACIÓN SIMULTÁNEA DE CONJUNTIVA</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLAS ASOCIADOS CON: FISTULIZACIÓN ESCLERAL (12.6.), REPARACIÓN DE RETINA (14.3.)</i>
<b>12.8.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCLERA</b>
12.8.1.00	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA] SOD
<b>12.8.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCLERAL</b>
12.8.2.00	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCLERAL (AMPOLLA FILTRANTE) SOD
<b>12.8.4.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES EN ESCLERA</b>
12.8.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA, VÍA ABIERTA
12.8.4.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA, POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA

4P

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
12.8.4.03	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA, POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)
12.8.4.04	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE ESCLERA
<b>12.8.8.</b>	<b>PLASTIAS EN ESCLERA [ESCLEROPLASTIA]</b>
12.8.8.00	PLASTIAS EN ESCLERA [ESCLEROPLASTIA] SOD
<b>12.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN IRIS, CUERPO CILIAR Y CÁMARA ANTERIOR</b>
<b>12.9.1.</b>	<b>EVACUACIÓN TERAPÉUTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR HIFEMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
12.9.1.00	PARACENTESIS TERAPÉUTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO SOD
<b>12.9.2.</b>	<b>INYECCIÓN EN CÁMARA ANTERIOR</b>
12.9.2.00	INYECCIÓN EN CÁMARA ANTERIOR DE AIRE, LÍQUIDO O MEDICAMENTO SOD
<b>12.9.3.</b>	<b>OTRA INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR</b>
12.9.3.01	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO
<b>12.9.4.</b>	<b>OTRA EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR</b>
12.9.4.01	EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO
<b>13.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CRISTALINO</b>
<b>13.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN INTRACÁPSULAR DE CRISTALINO</b>
<b>13.1.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN INTRACÁPSULAR DE CRISTALINO NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO</b>
13.1.1.00	EXTRACCIÓN INTRACÁPSULAR DE CRISTALINO SOD
<b>13.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO</b>
<b>13.2.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR TÉCNICA CONVENCIONAL</b>
13.2.1.00	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR TÉCNICA CONVENCIONAL SOD
<b>13.2.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACIÓN</b>
13.2.2.00	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACIÓN SOD
<b>13.2.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACIÓN</b>
13.2.3.00	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACIÓN SOD
<b>13.2.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA</b>
13.2.4.00	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA SOD
<b>13.6.</b>	<b>OTRA EXTRACCIÓN DE CATARATA</b>
<b>13.6.4.</b>	<b>DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA</b>
13.6.4.00	DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUÉS DE CATARATA) SOD
<b>13.6.5.</b>	<b>ESCISIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA</b>
13.6.5.01	CAPSULOTOMÍA
13.6.5.02	CAPSULOTOMIA CON LÁSER
13.6.5.03	RESECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA
<b>13.6.6.</b>	<b>FRAGMENTACIÓN MECÁNICA DE MEMBRANA SECUNDARIA</b>
13.6.6.00	FRAGMENTACIÓN MECÁNICA DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUÉS DE CATARATA) SOD
<b>13.7.</b>	<b>INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (CRISTALINO PROTÉSICO)</b>
<b>13.7.1.</b>	<b>INSERCIÓN DE CRISTALINO INTRAOCULAR PROTÉSICO AL TIEMPO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA, UNA SOLA FASE</b>
13.7.1.00	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD
<b>13.7.2.</b>	<b>INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR</b>

40



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
13.7.2.01	INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR EN RESTOS CAPSULARES
13.7.2.02	INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR FIJADO A ESCLERA
13.7.2.03	INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR FIJADO AL IRIS
<b>13.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CRISTALINO IMPLANTADO</b>
<b>13.8.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO (PSEUDOCRISTALINO)</b>
13.8.1.00	EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD
<b>14.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN RETINA, COROIDES, VÍTREO Y CÁMARA POSTERIOR</b>
<b>14.2.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIÓN EN RETINA Y COROIDES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR CORIORETINOPATÍA O LESIÓN CORIORETINAL AISLADA</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA PARA REPARACIÓN DE RETINA (14.3., 14.5.)</i>
<b>14.2.0.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIONES CORIORETINALES</b>
14.2.0.01	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA
14.2.0.02	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)
14.2.0.03	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL POR RADIACIÓN
<b>14.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE RETINA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>REPARACIÓN DE DEFECTO, DESGARRO O DESPRENDIMIENTO DE RETINA</i>
<b>14.3.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA</b>
14.3.4.01	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA
14.3.4.02	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER) VÍA INTERNA
14.3.4.03	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER) VÍA EXTERNA
14.3.4.04	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA NEUMÁTICA
<b>14.3.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN</b>
14.3.5.01	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL
<b>14.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CUERPO VÍTREO</b>
<b>14.7.1.</b>	<b>VITRECTOMÍAS VÍA ANTERIOR</b>
14.7.1.01	VITRECTOMÍA ANTERIOR
14.7.1.03	ASPIRACION DIAGNÓSTICA DE VÍTREO
14.7.1.04	VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO
<b>14.7.4.</b>	<b>VITRECTOMÍAS VÍA POSTERIOR</b>
14.7.4.01	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES
14.7.4.02	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETINOPEXIA
14.7.4.03	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON ENDOLASER O CRIOTERAPIA
14.7.4.04	VITRECTOMÍA POSTERIOR SIN INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES
14.7.4.05	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO
14.7.4.06	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR
14.7.4.07	VITRECTOMÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA
14.7.4.08	DRENAJE DE HEMORRAGIA COROIDEA
<b>14.7.5.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VÍTREO</b>
14.7.5.01	INYECCIÓN DE SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS EN VÍTREO
14.7.5.02	IMPLANTE INTRAVÍTREO
14.7.5.03	VITRIOLISIS NO QUIRÚRGICA
<b>15.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS EXTRAOCULARES</b>
<b>15.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN MÚSCULOS Y TENDONES EXTRAOCULARES</b>
<b>15.0.1.</b>	<b>BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR</b>

W.D.

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
15.0.1.00	BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR SOD
<b>15.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS SOBRE LONGITUD DE MÚSCULO EXTRAOCULAR</b>
<b>15.2.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR</b>
15.2.1.00	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR SOD
<b>15.2.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR</b>
15.2.2.00	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR SOD
<b>15.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES, UNO O AMBOS OJOS</b>
<b>15.4.1.</b>	<b>REINSERCIONES O RETROINSERCIONES DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ESTRABISMO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
15.4.1.01	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS (UNO O DOS)
15.4.1.02	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)
15.4.1.03	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTO Y OBLICUO
15.4.1.04	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES
<b>15.5.</b>	<b>TRANSPOSICIÓN MÚSCULOS EXTRAOCULARES</b>
<b>15.5.1.</b>	<b>TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES</b>
15.5.1.00	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES SOD
<b>15.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE INJURIA DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES</b>
<b>15.7.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE LACERACIÓN DE MÚSCULO EXTRAOCULAR, TENDÓN O CÁPSULA DE TENON</b>
15.7.1.00	REPARACIÓN DE LACERACIÓN DE MÚSCULO EXTRAOCULAR, TENDÓN O CÁPSULA DE TENON SOD
<b>16.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ÓRBITA Y GLOBO OCULAR</b>
<b>16.0.</b>	<b>ORBITOTOMÍA</b>
<b>16.0.1.</b>	<b>ORBITOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO</b>
16.0.1.00	ORBITOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO SOD
<b>16.0.2.</b>	<b>ORBITOTOMÍA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL</b>
16.0.2.00	ORBITOTOMÍA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL SOD
<b>16.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE DE ÓRBITA</b>
<b>16.1.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA</b>
16.1.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA SOD
<b>16.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ÓRBITA Y GLOBO OCULAR</b>
<b>16.2.2.</b>	<b>ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA</b>
16.2.2.00	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA SOD
<b>16.2.3.</b>	<b>BIOPSIA DE ÓRBITA Y GLOBO</b>
16.2.3.00	BIOPSIA DE PARED DE ÓRBITA SOD
<b>16.3.</b>	<b>EVISCERACIÓN DEL GLOBO</b>
<b>16.3.1.</b>	<b>EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE</b>
16.3.1.00	EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE SOD
<b>16.4.</b>	<b>ENUCLEACIÓN DEL GLOBO</b>
<b>16.4.1.</b>	<b>ENUCLEACIÓN CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO</b>
16.4.1.00	ENUCLEACIÓN CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO SOD
<b>16.4.2.</b>	<b>ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMOCRASO</b>
16.4.2.00	ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMOCRASO SOD
<b>16.5.</b>	<b>EXENTERACIÓN DE ÓRBITA</b>
<b>16.5.1.</b>	<b>EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES</b>
16.5.1.00	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS

42

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	ADYACENTES SOD
<b>16.5.2.</b>	<b>EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON EXTRACCIÓN TERAPÉUTICA DE HUESO ORBITAL</b>
16.5.2.00	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON EXTRACCIÓN TERAPÉUTICA DE HUESO ORBITAL SOD
<b>16.6.</b>	<b>PROCEDIMIENTO SECUNDARIO DESPUÉS DE ESCISIÓN DE GLOBO</b>
<b>16.6.1.</b>	<b>INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO</b>
16.6.1.01	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS CON FORMACIÓN DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES
16.6.1.02	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS ORBITARIO
<b>16.6.3.</b>	<b>REVISIÓN Y REINSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO</b>
16.6.3.00	REVISIÓN Y REINSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO SOD
<b>16.7.</b>	<b>REMOCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR</b>
<b>16.7.1.</b>	<b>RETIRO DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR</b>
16.7.1.00	RETIRO DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR SOD
<b>16.8.</b>	<b>REPARACIÓN DE LESIÓN DE GLOBO Y ÓRBITA</b>
<b>16.8.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERIDA DE ÓRBITA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REDUCCIÓN DE FRACTURA ORBITAL (76.7.8.01) REPARACIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES (15.7.)</i>
16.8.1.00	REPARACIÓN DE HERIDA DE ÓRBITA SOD
<b>16.8.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE RUPTURA DE GLOBO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>SUTURA DE LACERACIÓN DE CÓRNEA (11.5.1.) ESCLERÓTICA (12.8.1.)</i>
16.8.2.00	REPARACIÓN DE RUPTURA DE GLOBO SOD
<b>16.8.3.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE ÓRBITAS</b>
16.8.3.01	PLASTIA DE ÓRBITA CON RECONSTRUCCIÓN DE FONDOS DE SACO CON INJERTOS
16.8.3.02	RECONSTRUCCIÓN DE ÓRBITA
<b>16.8.4.</b>	<b>DESCOMPRESIONES DE ÓRBITAS</b>
16.8.4.01	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA TECHO DE ÓRBITA [TÉCNICA TRANSCRANEANA DE NAFZINGHER]
16.8.4.02	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA LATERAL [TÉCNICA DE KROMLIEN]
16.8.4.03	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA INFERIOR Y MEDIAL [TÉCNICA DE WALSH-OUGURA] VÍA TRANSMAXILAR ENDOSCÓPICA
16.8.4.04	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA INFERIOR Y MEDIAL [TÉCNICA DE WALSH-OUGURA] VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
16.8.4.05	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR
16.8.4.07	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA MEDIAL
16.8.4.08	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA TRANSCONJUNTIVAL
<b>16.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ÓRBITA Y GLOBO</b>
<b>16.9.1.</b>	<b>INYECCIÓN RETROBULBAR DE AGENTE TERAPÉUTICO</b>
16.9.1.00	INYECCIÓN RETROBULBAR DE AGENTE TERAPÉUTICO SOD
<b>16.9.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIONES EN ÓRBITAS</b>
16.9.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE ÓRBITA
16.9.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE ÓRBITA
16.9.2.03	DRENAJE DE COLECCIÓN ANTERIOR DE ÓRBITA
16.9.2.04	DRENAJE DE COLECCIÓN POSTERIOR DE ÓRBITA
16.9.2.05	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ÓRBITA
<b>Capítulo 04</b>	
<b>SISTEMA</b>	
<b>AUDITIVO</b>	
<b>17.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN HUESO TEMPORAL</b>
<b>17.0.</b>	<b>RESECCIÓN DE HUESO TEMPORAL</b>

WJ

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>17.0.0.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN DE HUESO TEMPORAL</b>
17.0.0.01	APICECTOMÍA VÍA INFRACOCLEAR
17.0.0.02	APICECTOMÍA VÍA TRASCOCLEAR
17.0.0.03	APICECTOMÍA VÍA RETROLABERÍNTICA O TRANSLABERÍNTICA
17.0.0.04	APICECTOMÍA FOSA MEDIA
17.0.0.05	PETROSECTOMÍA
17.0.0.06	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESO TEMPORAL
17.0.0.07	RESECCIÓN SUBTOTAL DE HUESO TEMPORAL
17.0.0.08	RESECCIÓN TOTAL DE HUESO TEMPORAL
17.0.0.09	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO VÍA TRANSCANAL
17.0.0.10	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y MASTOIDES VÍA TRANSMASTOIDEA
17.0.0.11	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VÍA FOSA INFRATEMPORAL
17.0.0.12	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VÍA TRANSMASTOIDEA
17.0.0.13	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VÍA TRANSLABERÍNTICA
17.0.0.14	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VÍA TRASCOCLEAR O TRANSCONDILAR O TRANSÓTICO
<b>18.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN OÍDO EXTERNO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, PIEL Y CARTÍLAGO DE PABELLÓN AURÍCULAR Y MEATO</i>
<b>18.0.</b>	<b>INCISIÓN DE OÍDO EXTERNO</b>
<b>18.0.1.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
18.0.1.00	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR SOD
<b>18.0.2.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
18.0.2.00	DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD
<b>18.0.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO</b>
18.0.3.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISIÓN
18.0.3.02	EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA
<b>18.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN OÍDO EXTERNO</b>
<b>18.1.1.</b>	<b>BIOPSIAS EN OÍDO EXTERNO</b>
18.1.1.01	BIOPSIA DE AURÍCULA (PABELLÓN AURÍCULAR)
18.1.1.02	BIOPSIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
18.1.1.03	BIOPSIA DE OÍDO EXTERNO
<b>18.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE TEJIDO O ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO</b>
<b>18.2.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE FÍSTULA PREAURÍCULAR</b>
18.2.1.00	RESECCIÓN DE FÍSTULA O QUISTE PREAURÍCULAR SOD
<b>18.2.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURÍCULAR</b>
18.2.2.00	RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURÍCULAR SOD
<b>18.2.3.</b>	<b>RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURÍCULAR</b>
18.2.3.00	RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURÍCULAR SOD
<b>18.2.4.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIÓN EN OÍDO EXTERNO</b>
18.2.4.01	ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO POR COAGULACIÓN, CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN, CRIOTERAPIA U OTRA TÉCNICA
18.2.4.02	ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>18.2.5.</b>	<b>TOMA DE INJERTO CONDRAL DEL PABELLÓN AURICULAR</b>
18.2.5.01	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLÓN AURICULAR
<b>18.3.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DEL OÍDO EXTERNO</b>
<b>18.3.1.</b>	<b>ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL (40.3.) O CERVICAL (40.4.)</i>
18.3.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
18.3.1.02	AURICULECTOMÍA PARCIAL
18.3.1.03	AURICULECTOMÍA TOTAL
<b>18.4.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE OÍDO EXTERNO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR HERIDA CON COMPROMISO DEL CARTÍLAGO; POR CUALQUIER CAUSA</i>
<b>18.4.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR</b>
18.4.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR SOD
<b>18.5.</b>	<b>CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PABELLÓN AURÍCULAR PROMINENTE</b>
<b>18.5.1.</b>	<b>PLASTIA EN OREJA [OTOPLASTIA]</b>
18.5.1.01	OTOPLASTIA SIN REDUCCIÓN DE TAMAÑO
18.5.1.02	OTOPLASTIA CON REDUCCIÓN DE TAMAÑO
18.5.1.04	PLASTIA EN LÓBULO DE OREJA
<b>18.6.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO</b>
<b>18.6.2.</b>	<b>MEATOPLASTIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ESTENOSIS CONGÉNITA O ADQUIRIDA, AGENESIA; RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD OPERATORIA EN RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO</i>
18.6.2.01	RECONSTRUCCIÓN DE MEATO AUDITIVO EXTERNO CON INJERTO LIBRE MICROVASCULARIZADO
18.6.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE MEATO AUDITIVO EXTERNO
18.6.2.03	RECONSTRUCCIÓN DE MEATO AUDITIVO EXTERNO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>18.7.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DEL OÍDO EXTERNO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR CUALQUIER CAUSA CONGÉNITA O ADQUIRIDA (TRAUMA)</i>
<b>18.7.1.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN EN PABELLÓN AURÍCULAR</b>
18.7.1.01	RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE AURÍCULA
18.7.1.02	RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE AURÍCULA, CON MINIPLACAS DE FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
18.7.1.03	RECONSTRUCCIÓN POR AGENESIA DE LA AURÍCULA (PRIMER TIEMPO), CON IMPLANTE ALOPLÁSTICO
18.7.1.04	RECONSTRUCCIÓN POR AGENESIA DE LA AURÍCULA (PRIMER TIEMPO), CON INJERTO DE CARTÍLAGO COSTAL
18.7.1.05	RECONSTRUCCIÓN POR AGENESIA DE LA AURÍCULA; TRANSPOSICIÓN DEL LÓBULO EN MICROTIA (SEGUNDO TIEMPO)
18.7.1.06	RECONSTRUCCIÓN POR AGENESIA DE LA AURÍCULA CON RECONSTRUCCIÓN DEL TRAGO Y SURCO RETROAURÍCULAR (TERCER TIEMPO)
18.7.1.07	RECONSTRUCCIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR
<b>18.7.2.</b>	<b>REPOSICION DE AURÍCULA (PABELLÓN AURÍCULAR) AMPUTADA</b>
18.7.2.00	REIMPLANTE DE AURÍCULA (PABELLÓN AURÍCULAR) SOD
<b>19.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS RECONSTRUCTIVOS EN OÍDO MEDIO</b>
<b>19.3.</b>	<b>CIRUGÍA DEL ESTRIBO</b>
<b>19.3.0.</b>	<b>MOVILIZACIÓN DEL ESTRIBO [ESTAPEDIOLISIS]</b>
19.3.0.01	ESTAPEDIOLISIS
19.3.0.02	ESTAPEDIOLISIS VÍA ENDOSCÓPICA
<b>19.3.1.</b>	<b>ESTAPEDECTOMÍAS O ESTAPEDOTOMÍAS CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS</b>

442

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
19.3.1.01	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS
19.3.1.02	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS VÍA ENDOSCÓPICA
<b>19.3.2.</b>	<b>REVISIONES DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA</b>
19.3.2.01	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA
19.3.2.02	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>19.4.</b>	<b>TIMPANOPLASTIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ATICOTOMÍA, LISIS DE ADHERENCIAS DE OÍDO MEDIO</i>
<b>19.4.1.</b>	<b>TIMPANOPLASTIAS O MIRINGOPLASTIAS</b>
19.4.1.05	CIERRE DE PERFORACIÓN DE MEMBRANA TIMPÁNICA [MIRINGOPLASTIA]
19.4.1.06	CIERRE DE PERFORACIÓN DE MEMBRANA TIMPÁNICA [MIRINGOPLASTIA] VÍA ENDOSCÓPICA
19.4.1.07	TIMPANOPLASTIA CON REVISIÓN DE LA CADENA OSICULAR
19.4.1.08	TIMPANOPLASTIA CON REVISIÓN DE LA CADENA OSICULAR VÍA ENDOSCÓPICA
<b>19.4.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA]</b>
19.4.2.01	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PRÓTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA ÓSEA
19.4.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PRÓTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA ÓSEA VÍA ENDOSCÓPICA
19.4.2.03	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PRÓTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA ÓSEA
19.4.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PRÓTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA ÓSEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>19.9.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE OÍDO MEDIO</b>
<b>19.9.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE FÍSTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO</b>
19.9.1.01	CIERRE DE FÍSTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO
19.9.1.02	CIERRE DE FÍSTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>19.9.3.</b>	<b>MASTOIDOPLASTIA</b>
19.9.3.00	MASTOIDOPLASTIA SOD
<b>20.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN EL OÍDO MEDIO Y EL OÍDO INTERNO</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER TIMPANOPLASTIA (19.4.)</i>
<b>20.0.</b>	<b>TIMPANOTOMÍA</b>
<b>20.0.1.</b>	<b>TIMPANOTOMÍA O TIMPANOSTOMÍA</b>
20.0.1.02	TIMPANOTOMÍA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPÁNICA
20.0.1.03	TIMPANOTOMÍA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPÁNICA VÍA ENDOSCÓPICA
20.0.1.04	TIMPANOSTOMÍA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
20.0.1.05	TIMPANOSTOMÍA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>20.2.</b>	<b>INCISIÓN DE MASTOIDES Y OÍDO MEDIO</b>
<b>20.2.1.</b>	<b>INCISIÓN DE MASTOIDES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
20.2.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE MASTOIDES
<b>20.2.3.</b>	<b>INCISIÓN DE OÍDO MEDIO</b>
20.2.3.01	TIMPANOTOMÍA EXPLORATORIA
20.2.3.02	TIMPANOTOMÍA EXPLORATORIA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>20.2.4.</b>	<b>ASPIRACIONES DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA</b>
20.2.4.01	ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA
20.2.4.02	ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA VÍA

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	ENDOSCÓPICA
<b>20.2.5.</b>	<b>INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN OÍDO MEDIO</b>
20.2.5.01	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA INTRATIMPÁNICA
<b>20.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN OÍDO MEDIO E INTERNO</b>
<b>20.3.1.</b>	<b>BIOPSIAS DE OÍDO MEDIO E INTERNO</b>
20.3.1.01	BIOPSIA DE OÍDO MEDIO E INTERNO
20.3.1.02	BIOPSIA DE OÍDO MEDIO E INTERNO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>20.4.</b>	<b>MASTOIDECTOMÍAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INCISIÓN DE CELDAS EN PIRÁMIDE PETROSA</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR (20.9.6.)</i>
<b>20.4.0.</b>	<b>MASTOIDECTOMÍA CON PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR</b>
20.4.0.01	ÁTICO ANTROMASTOIDECTOMÍA
20.4.0.02	ÁTICO ANTROMASTOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
20.4.0.03	MASTOIDECTOMÍA CON EPITIMPANECTOMÍA O TIMPANOTOMÍA POSTERIOR
20.4.0.04	MASTOIDECTOMÍA CON EPITIMPANECTOMÍA O TIMPANOTOMÍA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA
<b>20.4.2.</b>	<b>MASTOIDECTOMÍAS SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR</b>
20.4.2.01	MASTOIDECTOMÍA SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR
20.4.2.02	MASTOIDECTOMÍA SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA
<b>20.4.3.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN LA MASTOIDES</b>
20.4.3.01	DESFUNCIONALIZACIÓN DE LA MASTOIDES
20.4.3.02	DESFUNCIONALIZACIÓN DE LA MASTOIDES VÍA ENDOSCÓPICA
20.4.3.03	CORRECCIÓN DE DIVERTÍCULO DEL SENO SIGMOIDES
20.4.3.04	CORRECCIÓN DE DIVERTÍCULO DEL SENO SIGMOIDES VÍA ENDOSCÓPICA
20.4.3.05	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO EN EL TEGMEN TIMPÁNICO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA TRANSMASTOIDEA
20.4.3.06	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO EN EL TEGMEN TIMPÁNICO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA FOSA MEDIA
20.4.3.07	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO EN EL TEGMEN MASTOIDEO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA TRANSMASTOIDEA
20.4.3.08	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO EN EL TEGMEN MASTOIDEO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA FOSA MEDIA
<b>20.7.</b>	<b>INCISIÓN, ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN OÍDO INTERNO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON DIATERMIA, CRIOTERAPIA, ELECTROCOAGULACIÓN O ULTRASONIDO</i>
<b>20.7.3.</b>	<b>DESCOMPRESIÓN DE LABERINTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DRENAJE O FISTULIZACIÓN DE SACO ENDOLINFÁTICO O LABERINTO</i>
20.7.3.01	DESCOMPRESIÓN DE SACO ENDOLINFÁTICO CON DERIVACIÓN
20.7.3.02	DESCOMPRESIÓN DE SACO ENDOLINFÁTICO
<b>20.7.5.</b>	<b>LABERINTECTOMÍA</b>
20.7.5.01	LABERINTECTOMÍA Y VESTIBULOTOMÍA, VÍA TRANSMASTOIDEA
20.7.5.02	LABERINTECTOMÍA O VESTIBULOTOMÍA
<b>20.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN OÍDO MEDIO E INTERNO</b>
<b>20.9.0.</b>	<b>CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE CANALES SEMICIRCULARES</b>
20.9.0.01	CIERRE DE FÍSTULA DE CANALES SEMICIRCULARES BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA TRANSMASTOIDEA
20.9.0.02	CIERRE DE FÍSTULA DE CANALES SEMICIRCULARES BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA FOSA MEDIA
<b>20.9.1.</b>	<b>REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS O MASTOIDOPLASTIAS</b>

4/10

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
20.9.1.00	REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD
<b>20.9.6.</b>	<b>INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>MASTOIDECTOMÍA</i>
20.9.6.04	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE CONDUCCIÓN ÓSEA
20.9.6.05	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE OIDO MEDIO
20.9.6.06	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR CON PRESERVACIÓN DE RESTOS AUDITIVOS
20.9.6.07	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR SIN PRESERVACIÓN DE RESTOS AUDITIVOS
<b>20.9.7.</b>	<b>REVISIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES</b>
20.9.7.01	REVISIÓN DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE
<b>20.9.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES</b>
20.9.8.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE
<b>Capítulo 05 NARIZ, BOCA Y FARINGE</b>	
<b>21.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN NARIZ</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESQUELETO NASAL Y PIEL DE NARIZ</i>
<b>21.0.</b>	<b>CONTROL DE EPISTAXIS</b>
<b>21.0.0.</b>	<b>CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACIÓN</b>
21.0.0.01	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACIÓN VÍA TRANSNASAL
21.0.0.02	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACIÓN VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>21.0.1.</b>	<b>CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR</b>
21.0.1.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VÍA TRANSNASAL
<b>21.0.2.</b>	<b>CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR Y ANTERIOR</b>
21.0.2.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL
21.0.2.02	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
21.0.2.03	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR
<b>21.0.4.</b>	<b>CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES</b>
21.0.4.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VÍA TRANSNASAL
21.0.4.02	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VÍA ENDOSCÓPICA
<b>21.0.5.</b>	<b>CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA</b>
21.0.5.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VÍA TRANSNASAL
21.0.5.02	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>21.0.8.</b>	<b>CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA</b>
21.0.8.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VÍA TRANSNASAL
21.0.8.02	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>21.0.9.</b>	<b>CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA</b>
21.0.9.01	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VÍA TRANSNASAL

34



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
21.0.9.02	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>21.1.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN NARIZ</b>
<b>21.1.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RINOTOMÍA LATERAL</i>
21.1.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN VÍA TRANSNASAL
21.1.2.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
21.1.2.04	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ VÍA ABIERTA
<b>21.1.3.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN EN NARIZ</b>
21.1.3.01	DRENAJE DE LESIÓN (COLECCIÓN) EN PIRÁMIDE NASAL
<b>21.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN NARIZ</b>
<b>21.2.0.</b>	<b>BIOPSIA DE NARIZ VÍA TRANSNASAL</b>
21.2.0.01	BIOPSIA NASAL VÍA TRANSNASAL
<b>21.2.1.</b>	<b>BIOPSIA DE NARIZ VÍA ABIERTA</b>
21.2.1.01	BIOPSIA NASAL VÍA ABIERTA
<b>21.2.2.</b>	<b>BIOPSIA DE NARIZ VÍA ENDOSCÓPICA</b>
21.2.2.01	BIOPSIA NASAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>21.8.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN LA PIRÁMIDE NASAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE APLANAMIENTO DE FOSAS NAALES, EN SILLA DE MONTAR Y RINOPLASTIA SECUNDARIA</i>
<b>21.8.0.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LA PIRÁMIDE NASAL</b>
21.8.0.01	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PIRÁMIDE NASAL
21.8.0.02	RINECTOMÍA
<b>21.8.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN EN NARIZ</b>
21.8.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE NARIZ
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON COMPROMISO DE CARTÍLAGO O MUCOSA NASAL Y PIEL</i>
<b>21.8.2.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA NASAL</b>
21.8.2.01	FISTULECTOMÍA GINGIVONASAL
<b>21.8.3.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN NASAL</b>
21.8.3.01	RECONSTRUCCIÓN NASAL CON INJERTO
21.8.3.02	RECONSTRUCCIÓN NASAL CON COLGAJO FRONTAL
21.8.3.04	RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE NARIZ CON MINIPLACAS DE FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
21.8.3.05	RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE NARIZ CON IMPLANTE ÓSEOINTEGRADO
21.8.3.06	RECONSTRUCCION NASAL REMODELACIONES EN VARIOS TIEMPOS
21.8.3.07	RECONSTRUCCIÓN NASAL CON TEJIDO HETERÓLOGO U HOMÓLOGO O DISPOSITIVO
<b>21.8.4.</b>	<b>SEPTORRINOPLASTIAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TOMA DE INJERTO CONDRAL DEL SEPTUM</i>
21.8.4.03	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VÍA TRANSNASAL
21.8.4.04	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VÍA ABIERTA
21.8.4.05	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL SECUNDARIA VÍA TRANSNASAL
21.8.4.06	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL SECUNDARIA VÍA ABIERTA
21.8.4.07	REVISIÓN DE RINOPLASTIA VÍA TRANSNASAL
21.8.4.08	REVISIÓN DE RINOPLASTIA VÍA ABIERTA
<b>21.8.5.</b>	<b>RINOPLASTIA DE AUMENTO</b>
21.8.5.03	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTE SINTÉTICO VÍA TRANSNASAL
21.8.5.04	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTE SINTÉTICO VÍA ABIERTA

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
21.8.5.05	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO ÓSEO O CONDRAL VÍA TRANSNASAL
21.8.5.06	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO ÓSEO O CONDRAL VÍA ABIERTA
<b>21.8.6.</b>	<b>PLASTIA DE NARIZ [RINOPLASTIA] LIMITADA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR RINOFIMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
21.8.6.03	RINOPLASTIA LIMITADA VÍA TRANSNASAL
21.8.6.04	RINOPLASTIA LIMITADA VÍA ABIERTA
21.8.6.05	RECONSTRUCCIÓN DE VÁLVULA NASAL
<b>21.8.9.</b>	<b>OTRAS REPARACIONES EN LA NARIZ</b>
21.8.9.01	REIMPLANTACIÓN DE NARIZ AMPUTADA
21.8.9.05	RINOQUEILOPLASTIA UNILATERAL
21.8.9.06	RINOQUEILOPLASTIA BILATERAL
21.8.9.12	RINOPLASTIA ESTÉTICA VÍA ABIERTA
21.8.9.13	RINOPLASTIA ESTÉTICA VÍA CERRADA
21.8.9.14	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA NASAL
21.8.9.15	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASAL
<b>21.9.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS ENDONASALES</b>
<b>21.9.0.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES INTRANASALES</b>
21.9.0.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSNASAL
21.9.0.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
21.9.0.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VÍA ABIERTA
21.9.0.04	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
21.9.0.05	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VÍA CRANEOFACIAL
21.9.0.06	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSORBITARIA
21.9.0.07	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR RINOTOMÍA LATERAL
21.9.0.08	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR DESPEGAMIENTO FACIAL VÍA SUBLABIAL
21.9.0.09	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN INTRANASAL
21.9.0.10	ABLACIÓN DE LESIÓN INTRANASAL POR INFILTRACIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON ESTEROIDES</i>
<b>21.9.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CAVUM</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO, PAPILOMA INVERTIDO O TUMOR MALIGNO DE CAVUM</i>
21.9.1.01	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS VÍA TRANSNASAL
21.9.1.02	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
21.9.1.03	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS VÍA TRANSPALATINA
21.9.1.04	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE CAVUM VÍA TRANSNASAL
21.9.1.05	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE CAVUM VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
21.9.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSIÓN INTRACRANEANA
21.9.1.07	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VÍA TRANSPALATINA
21.9.1.08	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VÍA TRANSCLIVAL ENDOSCÓPICA
21.9.1.09	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VÍA TRANSPTERIGOIDEO ENDOSCÓPICA
<b>21.9.2.</b>	<b>TURBINECTOMÍAS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA COMO ACTIVIDAD DE LA TURBINOPLASTIA (21.9.3.)</i>

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
21.9.2.01	TURBINECTOMÍA VÍA TRANSNASAL
21.9.2.02	TURBINECTOMÍA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>21.9.3.</b>	<b>TURBINOPLASTIAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TURBINECTOMÍA; RESECCIÓN DE CONCHA BULOSA</i>
21.9.3.02	TURBINOPLASTIA VÍA TRANSNASAL
21.9.3.03	TURBINOPLASTIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>21.9.4.</b>	<b>SEPECTOMÍAS</b>
21.9.4.01	SEPECTOMÍA VÍA TRANSNASAL
21.9.4.02	SEPECTOMÍA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>21.9.5.</b>	<b>SEPTOPLASTIAS</b>
21.9.5.01	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL
21.9.5.02	SEPTOPLASTIA PRIMARIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
21.9.5.03	SEPTOPLASTIA EXTRACORPÓREA
21.9.5.04	SEPTOPLASTIA REVISIONAL TRANSNASAL
21.9.5.05	SEPTOPLASTIA REVISIONAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>21.9.6.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS POR LESIONES DE OZENA</i>
21.9.6.01	RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL VÍA TRANSNASAL
21.9.6.02	RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
21.9.6.03	RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL VÍA ABIERTA
21.9.6.04	CIERRE DE PERFORACIÓN SEPTAL
<b>22.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN SENOS PARANASALES</b>
<b>22.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN SENOS PARANASALES</b>
<b>22.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE SENO PARANASAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA DE SECRECIÓN DE SENO PARANASAL</i>
22.1.1.01	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VÍA OROANTRAL
22.1.1.02	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VÍA TRANSNASAL
22.1.1.03	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>22.1.4.</b>	<b>ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA EN SENOS PARANASALES</b>
22.1.4.01	NASOSINUSCOPIA
22.1.4.02	ANTROSCOPIA
<b>22.2.</b>	<b>ANTROTOMÍA INTRANASAL</b>
<b>22.2.1.</b>	<b>ANTROTOMÍA MAXILAR</b>
22.2.1.04	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VÍA TRANSNASAL
22.2.1.05	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.2.1.06	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VÍA TRANSNASAL
22.2.1.07	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.2.1.08	ASPIRACIÓN O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VÍA OROANTRAL
22.2.1.09	ASPIRACIÓN O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>22.3.</b>	<b>ANTROTOMÍA MAXILAR EXTERNA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>BIOPSIA DE SENO PARANASAL (22.1.1.)</i>
<b>22.3.1.</b>	<b>ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL</b>
22.3.1.01	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VÍA OROANTRAL
22.3.1.02	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VÍA TRANSNASAL
22.3.1.03	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.3.1.04	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VÍA ABIERTA
<b>22.3.9.</b>	<b>OTRA ANTROTOMÍA MAXILAR EXTERNA</b>
22.3.9.01	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VÍA TRANSNASAL

43

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
22.3.9.02	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VÍA OROANTRAL
22.3.9.03	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>22.4.</b>	<b>SINUSOTOMÍAS Y SINUSECTOMÍAS FRONTALES</b>
<b>22.4.1.</b>	<b>SINUSOTOMÍAS FRONTALES</b>
22.4.1.01	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA TRANSNASAL
22.4.1.02	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.4.1.03	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CORONAL CON COLGAJO OSTEOPLÁSTICO
22.4.1.04	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CORONAL CON FRONTOTOMIA RADICAL
22.4.1.05	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CORONAL CON CRANEALIZACIÓN DE SENO FRONTAL
22.4.1.06	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CILIAR CON TREPANACIÓN OBLITERATIVA, SIN COLGAJO OSTEOPLÁSTICO
22.4.1.07	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CILIAR CON TREPANACIÓN OBLITERATIVA, CON COLGAJO OSTEOPLÁSTICO
22.4.1.08	SINUSOTOMÍA FRONTAL BILATERAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>22.4.2.</b>	<b>SINUSECTOMÍAS FRONTALES O ETMOIDALES</b>
22.4.2.03	RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VÍA TRANSNASAL
22.4.2.04	RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.4.2.05	SINUSECTOMÍA FRONTAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.4.2.06	SINUSECTOMÍA FRONTAL VÍA ABIERTA
<b>22.5.</b>	<b>OTRA SINUSOTOMÍA PARANASAL</b>
<b>22.5.0.</b>	<b>SINUSOTOMÍAS REVISIONALES</b>
22.5.0.01	ANTROSTOMÍA MAXILAR REVISIONAL
22.5.0.02	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR REVISIONAL
22.5.0.03	ETMOIDECTOMÍA POSTERIOR REVISIONAL
22.5.0.04	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL
22.5.0.05	SINUSOTOMÍA FRONTAL REVISIONAL
22.5.0.06	ESFENOIDECTOMÍA REVISIONAL
<b>22.5.3.</b>	<b>INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INCISIÓN EN TRES O MÁS SENOS PARANASALES</i>
22.5.3.01	INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES VÍA TRANSNASAL
22.5.3.02	INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>22.6.</b>	<b>OTRA SINUSECTOMÍA (ESCISIÓN DE LESIÓN) PARANASAL</b>
<b>22.6.0.</b>	<b>SINUSECTOMÍA DE OTROS SENOS PARANASALES</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE SENO PARANASAL (22.1.1.)</i>
22.6.0.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE SENO PARANASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>Simultáneo:</b>	<i>EXCENTERACION DE ÓRBITA (16.5.)</i>
<b>22.6.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR</b>
22.6.1.01	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR VÍA OROANTRAL
<b>22.6.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON OTRO ABORDAJE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ELEVACIÓN DEL PISO DEL SENO MAXILAR</i>
22.6.2.03	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA EN SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL
22.6.2.04	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA EN SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.6.2.05	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL
22.6.2.06	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA

32

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
22.6.2.07	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR CON MAXILECTOMÍA MEDIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.6.2.08	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR VÍA ABIERTA
<b>22.6.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE CÉLULAS ETMOIDALES O RESECCIÓN HUESO ETMOIDES [ETMOIDECTOMÍA]</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ETMOIDOTOMÍA</i>
22.6.3.01	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA
22.6.3.02	ETMOIDECTOMÍA EXTERNA
22.6.3.03	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR TRANSNASAL
22.6.3.04	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.6.3.05	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.6.3.07	MAXILOETMOIDECTOMÍA VÍA TRANSNASAL
22.6.3.09	MAXILOETMOIDECTOMÍA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>22.6.4.</b>	<b>ESFENOIDECTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESFENOIDOTOMÍA</i>
22.6.4.03	ESFENOIDECTOMÍA VÍA TRANSNASAL
22.6.4.04	ESFENOIDECTOMÍA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
22.6.4.05	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VÍA TRANSNASAL
22.6.4.06	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>22.7.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN SENOS PARANASALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>22.7.0.</b>	<b>CURACIÓN DE SENOS PARANASALES</b>
22.7.0.01	CURACIÓN DE SENOS PARANASALES VÍA TRANSNASAL
22.7.0.02	CURACIÓN DE SENOS PARANASALES VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA
<b>22.7.1.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA EN SENO MAXILAR</b>
22.7.1.01	CIERRE DE FÍSTULA OROANTRAL
22.7.1.02	CIERRE DE FÍSTULA DE SENO MAXILAR
<b>22.7.2.</b>	<b>PLASTIAS DE SENOS PARANASALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DILATACIÓN DE SENO PARANASAL. DISPOSITIVO MÉDICO</i>
22.7.2.01	SINUPLASTIA FRONTAL
22.7.2.02	SINUPLASTIA ETMOIDAL
22.7.2.03	SINUPLASTIA ESFENOIDAL
22.7.2.04	SINUPLASTIA MAXILAR
<b>22.7.9.</b>	<b>OTRAS REPARACIONES DE SENOS PARANASALES</b>
22.7.9.01	RECONSTRUCCIÓN DE CONDUCTO FRONTONASAL
<b>22.8.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN TROMPA DE EUSTAQUIO</b>
<b>22.8.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN TROMPA DE EUSTAQUIO</b>
22.8.0.01	EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO VÍA ENDOSCÓPICA
22.8.0.02	EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO POR ESTROBOSCOPIA
<b>22.8.1.</b>	<b>CIERRE O DILATACIÓN DE TROMPA DE EUSTAQUIO</b>
22.8.1.01	DILATACIÓN DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA
22.8.1.02	DILATACIÓN DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSTIMPÁNICA VÍA ENDOSCÓPICA
22.8.1.03	CIERRE DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON INJERTO O DISPOSITIVO TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA
22.8.1.04	CIERRE DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON INJERTO O DISPOSITIVO TRANSTIMPÁNICA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>23.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN DIENTES</b>

4/2

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>23.0.</b>	<b>EXODONCIA SIMPLE</b>
<b>23.0.1.</b>	<b>EXODONCIAS DE DIENTES PERMANENTES</b>
23.0.1.01	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
23.0.1.02	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR
23.0.1.03	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES
<b>23.0.2.</b>	<b>EXODONCIAS DE DIENTES TEMPORALES</b>
23.0.2.01	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR
23.0.2.02	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR
23.0.2.03	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES
<b>23.1.</b>	<b>EXODONCIA QUIRÚRGICA [EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTES]</b>
<b>23.1.1.</b>	<b>EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR</b>
23.1.1.00	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD
<b>23.1.2.</b>	<b>EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR</b>
23.1.2.00	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD
<b>23.1.3.</b>	<b>EXODONCIAS DE DIENTES INCLUIDOS</b>
23.1.3.01	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL
23.1.3.02	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL
23.1.3.03	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO
<b>23.1.4.</b>	<b>EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA</b>
23.1.4.00	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD
<b>23.1.5.</b>	<b>COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA)</b>
23.1.5.00	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD
<b>23.2.</b>	<b>RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE OBTURACIONES (OPERATORIA DENTAL)</b>
<b>23.2.1.</b>	<b>OBTURACIONES DENTALES</b>
23.2.1.01	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA
23.2.1.02	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
23.2.1.03	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO
23.2.1.04	OBTURACIÓN DENTAL
<b>23.2.2.</b>	<b>OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE</b>
23.2.2.00	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD
<b>23.2.3.</b>	<b>COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO</b>
23.2.3.00	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD
<b>23.2.4.</b>	<b>RECONSTRUCCIONES DENTALES</b>
23.2.4.01	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO
23.2.4.02	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO
23.2.4.03	RECONSTRUCCIÓN DENTAL
<b>23.3.</b>	<b>RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIONES (OPERATORIA DENTAL)</b>
<b>23.3.1.</b>	<b>RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA</b>
23.3.1.00	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD
<b>23.3.2.</b>	<b>RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA</b>
23.3.2.00	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD
<b>23.4.</b>	<b>INSERCIÓN DE CORONAS Y PRÓTESIS</b>
<b>23.4.1.</b>	<b>COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA</b>

43

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
23.4.1.01	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)
23.4.1.02	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)
23.4.1.03	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA
23.4.1.04	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA
23.4.1.05	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA
<b>23.4.2.</b>	<b>COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA</b>
23.4.2.01	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)
23.4.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES
23.4.2.03	PATRÓN DE NÚCLEO
23.4.2.04	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA
<b>23.4.3.</b>	<b>INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL</b>
23.4.3.01	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA
23.4.3.02	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA
23.4.3.03	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL
<b>23.4.4.</b>	<b>INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL</b>
23.4.4.01	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR
<b>Incluye:</b>	<i>PRÓTESIS</i>
23.4.4.02	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR
<b>Incluye:</b>	<i>PRÓTESIS</i>
<b>23.5.</b>	<b>IMPLANTE DE DIENTE</b>
<b>23.5.1.</b>	<b>REIMPLANTE DE DIENTE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA COLOCACIÓN DEL DIENTE EXFOLIADO (POR CAUSA EXTERNA) EN EL MISMO SITIO</i>
23.5.1.00	REIMPLANTE DE DIENTE SOD
<b>23.5.2.</b>	<b>TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL)</b>
23.5.2.00	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD
<b>23.6.</b>	<b>IMPLANTE DENTAL PROTÉSICO</b>
<b>23.6.1.</b>	<b>IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO</b>
23.6.1.00	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD
<b>23.6.2.</b>	<b>IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO</b>
23.6.2.00	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD
<b>23.6.3.</b>	<b>IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN)</b>
23.6.3.00	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD
<b>23.7.</b>	<b>TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR Y PROCEDIMIENTOS ENDODÓNTICOS</b>
<b>23.7.1.</b>	<b>PULPOTOMÍAS</b>
23.7.1.01	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA
23.7.1.02	PULPOTOMÍA
<b>23.7.2.</b>	<b>APEXIFICACIÓN</b>
23.7.2.00	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD
<b>23.7.3.</b>	<b>TERAPIAS DE CONDUCTOS RADICULARES</b>
23.7.3.01	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR
23.7.3.02	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
23.7.3.03	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR
23.7.3.04	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR
23.7.3.05	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR
23.7.3.06	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR
<b>23.7.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PERIRRADICULARES</b>
23.7.4.01	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)
<b>23.7.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS</b>
23.7.5.01	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)
23.7.5.02	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES
<b>23.7.6.</b>	<b>FISTULIZACIONES ENDODÓNTICAS</b>
23.7.6.01	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE
23.7.6.02	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN
23.7.6.03	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA
<b>23.7.7.</b>	<b>RADECTOMIAS (AMPUTACIÓN RADICULAR)</b>
23.7.7.01	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA
23.7.7.02	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE
23.7.7.03	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)
<b>23.7.8.</b>	<b>HEMISECCIÓN DEL DIENTE</b>
23.7.8.00	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD
<b>23.7.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES</b>
23.7.9.01	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS
23.7.9.02	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIOS DENTARIOS INFERIORES
<b>24.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVÉOLOS [TERAPIA PERIODONTAL]</b>
<b>24.0.</b>	<b>INCISIÓN DE ENCÍA O HUESO ALVEOLAR</b>
<b>24.0.2.</b>	<b>DETARTRAJE SUBGINGIVAL</b>
Incluye:	AQUEL DETARTRAJE QUIRÚRGICO SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL
24.0.2.00	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD
<b>24.0.3.</b>	<b>ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO</b>
24.0.3.00	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD
<b>24.0.4.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL</b>
24.0.4.00	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD
<b>24.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVÉOLOS</b>
<b>24.1.1.</b>	<b>BIOPSIAS EN ENCÍAS</b>
24.1.1.01	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA
24.1.1.02	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO
24.1.1.03	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO
24.1.1.04	BIOPSIA DE ENCÍA
<b>24.1.2.</b>	<b>BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR</b>
24.1.2.00	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD
<b>24.2.</b>	<b>REPARACIÓN Y PLASTIA PERIODONTAL [CIRUGÍA PERIODONTAL]</b>
<b>24.2.1.</b>	<b>PLASTIAS MUCOGINGIVALES</b>
24.2.1.01	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)
24.2.1.02	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE
24.2.1.03	PLASTIA MUCOGINGIVAL

42



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>24.2.2.</b>	<b>OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES</b>
24.2.2.01	CURETAJE A CAMPO ABIERTO
24.2.2.02	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)
24.2.2.04	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)
24.2.2.05	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)
<b>24.2.3.</b>	<b>PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA)</b>
24.2.3.00	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD
<b>24.2.4.</b>	<b>REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS)</b>
24.2.4.00	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD
<b>24.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ENCÍA</b>
<b>24.3.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA</b>
24.3.1.01	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS
24.3.1.02	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS
24.3.1.03	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS
24.3.1.04	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS
24.3.1.05	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS
24.3.1.06	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO
24.3.1.07	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO
24.3.1.08	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO
24.3.1.09	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE
24.3.1.10	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA
<b>24.3.2.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN EN ENCÍA</b>
24.3.2.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS
24.3.2.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS
24.3.2.03	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA
<b>24.3.3.</b>	<b>ENUCLEACIÓN DE QUISTES EPIDERMÓIDES</b>
24.3.3.01	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMÓIDE, VÍA INTRAORAL
24.3.3.02	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMÓIDE, VÍA EXTRAORAL
24.3.3.03	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMÓIDE
<b>24.3.4.</b>	<b>GINGIVECTOMIA</b>
24.3.4.00	GINGIVECTOMIA SOD
<b>24.3.5.</b>	<b>OPERCULECTOMÍAS</b>
24.3.5.01	CUÑA DISTAL
24.3.5.02	OPERCULECTOMÍA
<b>24.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN MAXILAR DE ORIGEN DENTARIO</b>
<b>24.4.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA</b>
24.4.1.01	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
24.4.1.02	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO
24.4.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO
24.4.1.04	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE
24.4.1.05	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO
24.4.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE
24.4.1.07	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA
24.4.1.08	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO
24.4.1.09	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD
<b>24.5.</b>	<b>ALVEOLOPLASTIA</b>
<b>24.5.1.</b>	<b>REGULARIZACIÓN DE REBORDES</b>
24.5.1.00	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD
<b>24.5.2.</b>	<b>ALVEOLECTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INTERRADICULAR, INTRASEPTAL, RADICAL, SIMPLE, CON INJERTO O IMPLANTE</i>
24.5.2.00	ALVEOLECTOMÍA SOD
<b>24.7.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO ORTODÓNTICO (ORTODONCIA Y ORTOPIEDIA)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESTUDIO COMPLETO</i>
<b>24.7.1.</b>	<b>COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA</b>
24.7.1.00	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD
<b>24.7.2.</b>	<b>COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE PARA ORTODONCIA</b>
24.7.2.01	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)
24.7.2.02	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)
<b>24.7.3.</b>	<b>COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN</b>
24.7.3.00	COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN SOD
<b>24.7.4.</b>	<b>FERULIZACIONES</b>
24.7.4.01	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)
24.7.4.02	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)
24.7.4.03	FERULIZACIÓN
<b>24.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS ORTODÓNTICOS</b>
<b>24.8.1.</b>	<b>CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL)</b>
24.8.1.00	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD
<b>24.8.2.</b>	<b>AJUSTAMIENTO OCLUSAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TALLADO SELECTIVO</i>
24.8.2.00	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD
<b>24.8.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE</b>
24.8.4.00	REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE SOD
<b>24.8.8.</b>	<b>MÁSCARA FACIAL TERAPÉUTICA</b>
24.8.8.00	MÁSCARA FACIAL TERAPÉUTICA SOD
<b>24.9.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL</b>
<b>24.9.1.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL POS QUIRÚRGICA</b>
24.9.1.00	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD
<b>25.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN LENGUA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER VACIAMIENTO LINFÁTICO DE CUELLO (40.4.); TRAQUEOSTOMÍA (31.1.)</i>

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>25.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LENGUA</b>
<b>25.0.0.</b>	<b>BIOPSIA DE LENGUA</b>
25.0.0.01	BIOPSIA CERRADA (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN) DE LENGUA
25.0.0.02	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)
<b>25.2.</b>	<b>GLOSECTOMÍAS PARCIALES</b>
<b>25.2.0.</b>	<b>GLOSECTOMÍA PARCIAL</b>
25.2.0.01	RESECCIÓN DE LENGUA EN CUÑA
25.2.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN PARCIAL DE LENGUA
<b>25.2.5.</b>	<b>HEMIGLOSECTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
25.2.5.01	HEMIGLOSECTOMÍA CON CIERRE PRIMARIO
25.2.5.06	HEMIGLOSECTOMÍA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VÍA ABIERTA
25.2.5.07	HEMIGLOSECTOMÍA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VÍA ENDOSCÓPICA
25.2.5.08	HEMIGLOSECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA VÍA ABIERTA
25.2.5.09	HEMIGLOSECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>25.3.</b>	<b>GLOSECTOMÍAS TOTALES</b>
<b>25.3.4.</b>	<b>GLOSECTOMÍA TOTAL</b>
25.3.4.01	GLOSECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
25.3.4.02	GLOSECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>25.4.</b>	<b>GLOSECTOMÍA RADICAL</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL (40.3.) O CERVICAL (40.4.)</i>
<b>25.4.0.</b>	<b>GLOSECTOMÍA RADICAL (ONCOLÓGICA)</b>
25.4.0.01	GLOSECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA
25.4.0.02	GLOSECTOMÍA RADICAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>25.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE LENGUA Y GLOSOPLASTIA</b>
<b>25.5.0.</b>	<b>REPARACIONES Y PROCEDIMIENTOS EN LENGUA</b>
25.5.0.01	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTÁNEO O MUCOSO
25.5.0.02	GLOSOPEXIA ANTERIOR
25.5.0.03	GLOSOPEXIA POSTERIOR VÍA ABIERTA
25.5.0.04	GLOSOPEXIA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA
25.5.0.06	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL
<b>Incluye:</b>	<i>LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS (LENGUA EN ANQUILOGLOSIA)</i>
25.5.0.07	DRENAJE DE COLECCIÓN EN LENGUA
<b>25.5.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA)</b>
25.5.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VÍA ABIERTA
<b>26.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>GLÁNDULA Y CONDUCTOS PAROTIDEOS, SALIVALES MENORES, SUBLINGUALES, SUBMAXILARES</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER VACIAMIENTO LINFÁTICO DE CUELLO (40.4.)</i>
<b>26.0.</b>	<b>INCISIÓN DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL</b>
<b>26.0.1.</b>	<b>SIALOLITOTOMÍA</b>
26.0.1.01	SIALOLITOTOMÍA VÍA ABIERTA
<b>26.0.2.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL</b>
26.0.2.01	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ABIERTA
26.0.2.02	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ENDOSCÓPICA
26.0.2.03	CATETERIZACIÓN Y SIALOMETRÍA
<b>26.0.3.</b>	<b>DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL</b>
26.0.3.01	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ABIERTA
26.0.3.02	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ENDOSCÓPICA

4/5

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>26.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES</b>
<b>26.1.0.</b>	<b>BIOPSIA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL</b>
26.1.0.01	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT)
26.1.0.02	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)
26.1.0.03	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)
<b>26.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL</b>
<b>26.2.0.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL</b>
26.2.0.01	MARSUPIALIZACIÓN DE LA RÁNULA
26.2.0.02	RESECCIÓN DE MUCOCELE DE GLÁNDULA SALIVAL
<b>26.3.</b>	<b>SIALOADENECTOMÍA</b>
<b>26.3.1.</b>	<b>SIALOADENECTOMÍAS PARCIALES</b>
26.3.1.01	PAROTIDECTOMÍA DEL LÓBULO SUPERFICIAL
26.3.1.02	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL
<b>26.3.2.</b>	<b>SIALOADENECTOMÍAS TOTALES</b>
26.3.2.01	PAROTIDECTOMÍA TOTAL
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS</i>
26.3.2.03	SIALOADENECTOMÍA DE GLÁNDULA SUBLINGUAL
26.3.2.04	SIALOADENECTOMIA DE GLÁNDULA SUBMAXILAR (SUBMANDIBULAR)
26.3.2.06	SIALOADENECTOMIA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES
26.3.2.08	REINTERVENCIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR
<b>26.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE GLÁNDULAS O CONDUCTOS SALIVALES</b>
<b>26.4.0.</b>	<b>REPARACIÓN O CIERRE O PLASTIA DE GLÁNDULAS O CONDUCTOS SALIVALES O FÍSTULA</b>
26.4.0.01	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO VÍA ABIERTA
26.4.0.02	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA
26.4.0.03	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SIN INJERTO VÍA ABIERTA
26.4.0.04	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SIN INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA
26.4.0.05	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) CON INJERTO
26.4.0.06	FISTULIZACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL
26.4.0.07	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) VÍA ABIERTA
26.4.0.08	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) VÍA ENDOSCÓPICA
<b>27.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN BOCA Y CARA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LABIOS, PALADAR, TEJIDOS BLANDOS DE CARA Y BOCA,</i>
<b>27.0.</b>	<b>DRENAJE DE CARA Y PISO DE LA BOCA</b>
<b>27.0.1.</b>	<b>INCISIONES Y DRENAJES EN CAVIDAD BUCAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
27.0.1.01	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL
27.0.1.02	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL
27.0.1.03	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL
<b>27.1.</b>	<b>INCISIÓN DE PALADAR</b>
<b>27.1.1.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
27.1.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR VÍA ABIERTA
<b>27.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CAVIDAD ORAL</b>
<b>27.2.1.</b>	<b>BIOPSIA DE PALADAR BLANDO</b>

45

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
27.2.1.01	BIOPSIA DE ÚVULA
27.2.1.02	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR
27.2.1.03	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR
<b>27.2.3.</b>	<b>BIOPSIA EN LABIO</b>
27.2.3.01	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO
27.2.3.02	BIOPSIA ESCISIONAL DE LABIO
<b>27.2.4.</b>	<b>BIOPSIA DE CAVIDAD ORAL</b>
27.2.4.01	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]
27.2.4.02	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL
<b>27.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PALADAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ADENOMA, LESIONES SUPERFICIALES EXTENSAS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>27.3.1.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN PALADAR ÓSEO</b>
27.3.1.05	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL DE PALADAR ÓSEO
<b>27.3.2.</b>	<b>ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN EN PALADAR ÓSEO</b>
27.3.2.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR ÓSEO
27.3.2.02	RESECCIÓN EN BLOQUE DE APÓFISIS ALVEOLAR Y PALADAR ÓSEO
27.3.2.03	PALATECTOMÍA DE PALADAR ÓSEO PARCIAL
27.3.2.04	PALATECTOMÍA DE PALADAR ÓSEO TOTAL
<b>27.3.3.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN EN PALADAR BLANDO</b>
27.3.3.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL DE PALADAR BLANDO
<b>27.3.4.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN PALADAR BLANDO</b>
27.3.4.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR BLANDO
27.3.4.02	PALATECTOMÍA DE PALADAR BLANDO PARCIAL
27.3.4.03	PALATECTOMÍA DE PALADAR BLANDO TOTAL
<b>27.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE OTRAS PARTES DE LA BOCA</b>
<b>27.4.1.</b>	<b>FRENILLECTOMIA LABIAL</b>
27.4.1.01	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA
<b>27.4.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO</b>
27.4.2.01	RESECCIÓN PARCIAL DE LABIO
27.4.2.02	RESECCIÓN PARCIAL DE LABIO CON ROTACIÓN DE COLGAJO
27.4.2.03	RESECCIÓN TOTAL DE LABIO
<b>27.4.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL</b>
27.4.3.01	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO
27.4.3.02	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO
27.4.3.03	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL
27.4.3.04	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA
27.4.3.05	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL
<b>27.4.4.</b>	<b>RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES</b>
27.4.4.00	RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES SOD
<b>27.4.9.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE BOCA</b>
27.4.9.01	REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA
27.4.9.02	RESECCIÓN DE BRIDAS INTRAORALES
<b>27.5.</b>	<b>REPARACIÓN PLÁSTICA DE BOCA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>PALATOPLASTIA (27.6.)</i>

MD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>27.5.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIO</b>
27.5.1.01	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTÍMETROS
27.5.1.02	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS
27.5.1.03	SUTURA O PLASTIA EN AVULSIÓN DE LABIOS
27.5.1.04	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIOS
<b>27.5.2.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN EN OTRA PARTE DE LA BOCA</b>
27.5.2.01	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTÍMETROS
27.5.2.02	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS
27.5.2.03	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA
<b>27.5.3.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA DE BOCA</b>
27.5.3.01	RESECCIÓN INTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA
27.5.3.02	RESECCIÓN EXTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA
27.5.3.03	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL
27.5.3.04	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMÍA, CON O SIN REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL
27.5.3.05	ALARGAMIENTO DE PALADAR CON COLGAJO EN ISLA
<b>27.5.4.</b>	<b>REPARACIÓN EN LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)</b>
27.5.4.01	CORRECCIÓN PARCIAL DE LABIO FISURADO POR ADHESION
27.5.4.02	CORRECCIÓN PRIMARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL
27.5.4.03	CORRECCIÓN SECUNDARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL
27.5.4.04	CORRECCION DE LABIO FISURADO BILATERAL
27.5.4.05	REPARACIÓN DE LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)
<b>27.5.5.</b>	<b>INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL</b>
27.5.5.00	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL SOD
<b>27.5.6.</b>	<b>OTRO INJERTO DE PIEL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL</b>
27.5.6.01	LIPAINJERTO EN CARA
<b>27.5.7.</b>	<b>UNIÓN DE PEDÍCULO O DE COLGAJO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL</b>
27.5.7.01	INJERTO DE PIEL EN LABIOS CON ADHESIÓN DE COLGAJO PEDICULADO
<b>27.5.8.</b>	<b>PROFUNDIZACIÓN EN PISO DE BOCA</b>
27.5.8.01	PROFUNDIZACIÓN O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCIÓN DE MILOHIODEO O GENIHIODEO
27.5.8.02	PROFUNDIZACIÓN DE PISO DE BOCA
<b>27.5.9.</b>	<b>PROFUNDIZACIÓN EN SURCO VESTIBULAR</b>
27.5.9.01	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO MUCOSO
27.5.9.02	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTÁNEO
27.5.9.03	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR
<b>27.6.</b>	<b>PALATOPLASTIA</b>
<b>27.6.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN EN PALADAR</b>
27.6.1.01	PALATORRAFIA EN Z [FURLOW]
27.6.1.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE PALADAR
<b>27.6.2.</b>	<b>CORRECCIÓN EN PALADAR</b>
27.6.2.01	CORRECCIÓN DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA
27.6.2.02	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR CON INJERTO

440

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
27.6.2.03	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR SIN INJERTO
27.6.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE BÓVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS
27.6.2.05	CORRECCIÓN DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO
27.6.2.06	INJERTO ÓSEO DE PALADAR O ALVEOLAR
27.6.2.07	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA
27.6.2.09	CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO
27.6.2.10	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA POR ABLACIÓN
27.6.2.11	PALATOPLASTIA POR ABLACIÓN
27.6.2.12	PALATOPLASTIA CON COLGAJO UVULO-PALATAL
<b>27.6.3.</b>	<b>REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO</b>
27.6.3.01	REVISIÓN DE REPARACIÓN DEL PALADAR FISURADO
<b>27.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ÚVULA</b>
<b>27.7.1.</b>	<b>INCISIÓN DE ÚVULA</b>
27.7.1.01	INCISIÓN DE LA ÚVULA
<b>27.7.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE ÚVULA</b>
27.7.2.01	RESECCIÓN PARCIAL DE ÚVULA
27.7.2.02	RESECCIÓN TOTAL DE ÚVULA
27.7.2.03	RESECCIÓN DE ÚVULA POR ABLACIÓN
<b>27.7.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE ÚVULA</b>
27.7.3.01	UVULORRAFIA
<b>27.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN BOCA Y CARA</b>
<b>27.8.2.</b>	<b>INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECÍFICADA</b>
27.8.2.00	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECÍFICADA SOD
<b>27.8.3.</b>	<b>OTRAS PLASTIAS EN CAVIDAD BUCAL</b>
27.8.3.01	CIERRE VELOFARÍNGEO CON COLGAJO FARÍNGEO
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR INCOMPETENCIA VELOFARÍNGEA</i>
<b>27.8.4.</b>	<b>CORRECCIÓN DE MACRO O MICROSTOMA</b>
27.8.4.01	CORRECCIÓN DE MACROSTOMA
27.8.4.02	CORRECCIÓN DE MICROSTOMA
<b>28.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN AMÍGDALAS Y ADENOIDES</b>
<b>28.0.</b>	<b>INCISIÓN Y DRENAJE DE AMÍGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES</b>
<b>28.0.0.</b>	<b>DRENAJE EN AMÍGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES</b>
28.0.0.01	DRENAJE EN AMÍGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES VÍA TRANSORAL
28.0.0.02	DRENAJE EN AMÍGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES VÍA TRANSCERVICAL
<b>28.2.</b>	<b>AMIGDALECTOMÍAS</b>
<b>28.2.1.</b>	<b>AMIGDALECTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN AMÍGDALAS POR INCISIÓN</i>
28.2.1.01	AMIGDALECTOMÍA VÍA ABIERTA
<b>28.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE RESTO AMIGDALINO</b>
<b>28.4.1.</b>	<b>RESECCIONES DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS</b>
28.4.1.01	RESECCIÓN DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS
<b>28.5.</b>	<b>ESCISIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL</b>
<b>28.5.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA</b>
28.5.1.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA VÍA ABIERTA

44

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
28.5.1.04	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>28.6.</b>	<b>ADENOIDECTOMÍAS</b>
<b>28.6.1.</b>	<b>ADENOIDECTOMÍA</b>
28.6.1.01	ADENOIDECTOMÍA VÍA ABIERTA
28.6.1.02	ADENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>28.7.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA</b>
<b>28.7.1.</b>	<b>REVISIÓN Y CONTROL POR HEMORRAGIA POS ADENOAMIGDALECTOMÍA</b>
28.7.1.01	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMÍA
28.7.1.02	CONTROL DE HEMORRAGIA POS ADENOIDECTOMÍA VÍA ABIERTA
28.7.1.03	CONTROL DE HEMORRAGIA POS ADENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>28.9.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN AMÍGDALAS Y ADENOIDES</b>
<b>28.9.1.</b>	<b>BIOPSIA DE AMÍGDALA O ADENOIDE</b>
28.9.1.01	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE AMÍGDALAS Y ADENOIDES
28.9.1.02	BIOPSIA DE AMÍGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES
28.9.1.03	BIOPSIA DE ADENOIDES VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN FARINGE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>NASOFARINGE, OROFARINGE, HIPOFARINGE</i>
<b>29.0.</b>	<b>FARINGOTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE (98.1.3.); INCISIÓN Y DRENAJE DE AMÍGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES (28.0.)</i>
<b>29.0.0.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE ÁREA FARÍNGEA E HIPOFARÍNGEA</b>
29.0.0.01	EXPLORACIÓN DE ÁREA FARÍNGEA E HIPOFARÍNGEA VÍA ABIERTA
<b>29.0.2.</b>	<b>FARINGOSTOMÍA</b>
29.0.2.01	FARINGOSTOMÍA VÍA ABIERTA
<b>29.0.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS ENCLAVADOS EN FARINGE</b>
29.0.3.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VÍA ABIERTA
29.0.3.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.0.4.</b>	<b>DRENAJE DE FARINGE</b>
29.0.4.01	DRENAJE DE FARINGE VÍA ABIERTA
29.0.4.02	DRENAJE DE FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN FARINGE</b>
<b>29.1.1.</b>	<b>FARINGOSCOPIA</b>
29.1.1.01	FARINGOSCOPIA DIAGNÓSTICA
<b>29.1.2.</b>	<b>BIOPSIAS EN FARINGE</b>
29.1.2.03	BIOPSIA DE NASOFARINGE
29.1.2.04	BIOPSIA DE OROFARINGE
29.1.2.05	BIOPSIA DE HIPOFARINGE
<b>29.3.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE FARINGE</b>
<b>29.3.1.</b>	<b>MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA</b>
29.3.1.01	MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA VÍA ABIERTA
29.3.1.02	MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.3.3.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE FARINGE [FARINGECTOMÍA]</b>
29.3.3.05	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VÍA ABIERTA
29.3.3.06	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA
29.3.3.07	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VÍA ABIERTA

40



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
29.3.3.08	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA
29.3.3.09	DIVERTICULECTOMÍA FARÍNGEA VÍA ABIERTA
29.3.3.10	DIVERCUTILOSTOMÍA FARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA
29.3.3.11	DIVERCUTILOPEXIA FARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.3.4.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE FARINGE</b>
29.3.4.02	FARINGECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
29.3.4.03	FARINGECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.3.5.</b>	<b>RESECCIÓN RADICAL DE OROFARINGE (MONOBLOQUE)</b>
29.3.5.01	RESECCIÓN RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) VÍA ABIERTA
<b>29.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS Y REPARACIONES PLÁSTICAS EN FARINGE</b>
<b>29.4.0.</b>	<b>DILATACIÓN DE FARINGE</b>
29.4.0.01	DILATACIÓN DE NASOFARINGE
29.4.0.02	DILATACIÓN DE OROFARINGE
29.4.0.03	DILATACIÓN DE HIPOFARINGE
<b>29.4.1.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA</b>
29.4.1.01	CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA VÍA ABIERTA
29.4.1.02	CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.4.2.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARÍNGEA</b>
29.4.2.01	CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARÍNGEA VÍA ABIERTA
29.4.2.02	CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.4.3.</b>	<b>CIERRE DE OTRA FÍSTULA FARÍNGEA</b>
29.4.3.01	FISTULECTOMÍA FARÍNGEA
<b>29.4.4.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS</b>
29.4.4.01	LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS VÍA ABIERTA
29.4.4.02	LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS VÍA ENDOSCÓPICA
<b>29.5.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE FARINGE (CON COLGAJOS LIBRES O PEDICULADOS)</b>
<b>29.5.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN EN FARINGE</b>
29.5.1.01	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARÍNGEO
29.5.1.03	FARINGORRAFIA
<b>29.5.2.</b>	<b>RESECCIONES DE LESIONES DE HENDIDURA BRANQUIAL</b>
29.5.2.01	RESECCIÓN DE FÍSTULA BRANQUIAL
29.5.2.02	RESECCIÓN DE QUISTE BRANQUIAL
<b>29.5.6.</b>	<b>OTRAS PLASTIAS EN FARINGE</b>
29.5.6.01	FARINGOPLASTIA POR IMPLANTE FARÍNGEO
29.5.6.02	FARINGOPLASTIA POR COLGAJO FARÍNGEO DE BASE SUPERIOR O INFERIOR
29.5.6.03	FARINGOPLASTIA POR ENTRECruzAMIENTO DE PILARES
29.5.6.04	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARÍNGEO POSTERIOR Y DESPLAZAMIENTO DE PILARES [TÉCNICA HOGAN]
29.5.6.05	FARINGOPLASTIA LATERAL
29.5.6.06	ESFINTEROPLASTIA DE EXPANSIÓN
29.5.6.07	ZPLASTIA FARÍNGEA LATERAL
29.5.6.08	FARINGOPLASTIA DE TRACCIÓN CON SUTURAS
<b>29.5.7.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE</b>
29.5.7.01	RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE CON COLGAJO FASCIOCUTÁNEO O MIOCUTÁNEO A DISTANCIA
29.5.7.02	RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE CON COLGAJO LIBRE MICROVASCULAR
<b>29.6.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN FARINGE</b>
<b>29.6.4.</b>	<b>IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIOS</b>

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<b>HIPOGLOSO</b>
29.6.4.01	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DEL NERVI HIPOGLOSO
29.6.4.02	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE CIRCUITO DE NERVI HIPOGLOSO
29.6.4.03	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE ESTIMULADOR DE NERVI HIPOGLOSO
<b>29.6.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DE NERVI HIPOGLOSO</b>
29.6.5.01	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DEL NERVI HIPOGLOSO
29.6.5.02	EXTRACCIÓN DE CIRCUITO DE NERVI HIPOGLOSO
29.6.5.03	EXTRACCIÓN DE ESTIMULADOR DE NERVI HIPOGLOSO
<b>Capítulo 06 SISTEMA RESPIRATORIO</b>	
<b>30.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN LARINGE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>30.0.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LARINGE</b>
<b>30.0.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE QUISTE LARÍNGEO</b>
30.0.1.01	RESECCIÓN DE QUISTE VENTRICULAR VÍA ABIERTA
30.0.1.03	RESECCIÓN DE QUISTE VENTRICULAR (MARSUPIALIZACIÓN) VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.0.2.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN LARINGE</b>
30.0.2.01	RESECCIÓN DE LESIÓN EN LARINGE VÍA ABIERTA
30.0.2.02	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LARINGE
<b>30.0.4.</b>	<b>RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS EN LARINGE</b>
30.0.4.01	RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VÍA ANTERIOR [LARINGOFISURA]
30.0.4.02	RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.1.</b>	<b>LARINGECTOMÍA PARCIAL</b>
<b>30.1.0.</b>	<b>LARÍNGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA</b>
30.1.0.01	LARÍNGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA CON CRICOHIOEPIGLOTOPEXIA
<b>30.1.1.</b>	<b>LARINGECTOMÍA PARCIAL O HEMILARINGECTOMÍA</b>
30.1.1.05	HEMILARÍNGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA VÍA ABIERTA
30.1.1.06	HEMILARÍNGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA VÍA ENDOSCÓPICA
30.1.1.07	HEMILARÍNGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA AMPLIADA VÍA ABIERTA
30.1.1.08	HEMILARÍNGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA AMPLIADA VÍA ENDOSCÓPICA
30.1.1.09	HEMILARÍNGECTOMÍA VERTICAL VÍA ABIERTA
30.1.1.10	HEMILARÍNGECTOMÍA VERTICAL VÍA ENDOSCÓPICA
30.1.1.11	HEMILARÍNGECTOMÍA VERTICAL AMPLIADA VÍA ABIERTA
30.1.1.12	HEMILARÍNGECTOMÍA VERTICAL AMPLIADA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.1.2.</b>	<b>EPIGLOTIDECTOMÍA</b>
30.1.2.01	EPIGLOTIDECTOMÍA VÍA ABIERTA
30.1.2.02	EPIGLOTIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.1.3.</b>	<b>RESECCIÓN DE ARITENOIDES [ARITENOIDECTOMÍA]</b>
30.1.3.01	ARITENOIDECTOMÍA VÍA ABIERTA
30.1.3.02	ARITENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.1.4.</b>	<b>CORDECTOMÍA VOCAL</b>
30.1.4.01	CORDECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA
30.1.4.02	CORDECTOMÍA PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA
30.1.4.03	CORDECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
30.1.4.04	CORDECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE LARINGE</b>
<b>30.2.0.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE LARINGE</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
30.2.0.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE LARÍNGE VÍA ABIERTA
30.2.0.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.2.1.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA DE LARÍNGE</b>
30.2.1.02	FISTULECTOMÍA LARINGOTRAQUEAL VÍA ABIERTA
30.2.1.03	FISTULECTOMÍA LARINGOTRAQUEAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.2.2.</b>	<b>REVISIÓN DE LARINGOSTOMÍA</b>
30.2.2.01	REVISIÓN LARINGOSTOMÍA
<b>30.2.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE FRACTURA O LUXACIÓN LARÍNGEA</b>
30.2.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LARÍNGEA CON SUTURA O ALAMBRE
30.2.3.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LARÍNGEA CON MINIPLACAS DE FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
30.2.3.03	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN DE ARITENOIDES VÍA ABIERTA
30.2.3.04	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN DE ARITENOIDES VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.2.4.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN LARÍNGEA Y PEXIAS LARÍNGEAS (LARINGOPLASTIA O SUPRAGLOTOPLASTIA)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO O MATERIAL INERTE, ENTRE OTROS</i>
30.2.4.01	EPIGLOTOPLASTIA VÍA ABIERTA
30.2.4.02	EPIGLOTOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA
30.2.4.03	EPIGLOTOPEXIA VÍA ABIERTA
30.2.4.04	EPIGLOTOPEXIA VÍA ENDOSCÓPICA
30.2.4.05	ARITENOPLASTIA VÍA ABIERTA
30.2.4.06	ARITENOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA
30.2.4.07	ARITENOPEXIA VÍA ABIERTA
30.2.4.08	ARITENOPEXIA VÍA ENDOSCÓPICA
30.2.4.09	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ABIERTA
30.2.4.10	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA PERCUTÁNEA
30.2.4.11	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.2.5.</b>	<b>REINERVAÇÃO DE LARÍNGE CON PEDÍCULO NEUROMUSCULAR</b>
30.2.5.01	REINERVAÇÃO EN LARÍNGE CON PEDÍCULO NEUROMUSCULAR
<b>30.3.</b>	<b>LARÍNGECTOMÍAS TOTALES</b>
<b>30.3.1.</b>	<b>EXTIRPACIÓN DE LARÍNGE Y FARINGE [LARINGOFARINGECTOMÍA]</b>
30.3.1.03	LARINGOFARINGECTOMÍA CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO FASCIOCUTÁNEO O MIOCUTÁNEO A DISTANCIA
30.3.1.04	LARINGOFARINGECTOMÍA CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO MICROVASCULAR
<b>30.3.2.</b>	<b>LARÍNGECTOMÍA TOTAL</b>
30.3.2.01	LARÍNGECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
<b>30.4.</b>	<b>LARÍNGECTOMÍA (RADICAL)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO CON TIROIDECTOMÍA, TRAQUEOSTOMÍA, ESOFAGUECTOMÍA SIMULTÁNEA Y FARINGOPLASTIA</i>
<b>30.4.1.</b>	<b>LARÍNGECTOMÍA RADICAL</b>
30.4.1.01	LARÍNGECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA
30.4.1.02	EXANTERACIÓN CERVICAL
<b>30.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LARÍNGE</b>
<b>30.5.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LARÍNGE</b>
30.5.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LARÍNGE VÍA ABIERTA
30.5.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.6.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN LARINGE</b>
<b>30.6.0.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA [LARINGOSCOPIA]</b>
<b>Incluye:</b>	<i>USO DE VIDEO</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
30.6.0.01	NASOLARINGOSCOPIA
30.6.0.02	MICROENDOSCOPIA LARÍNGEA
30.6.0.03	ESTROBOSCOPIA LARÍNGEA
30.6.0.04	LARINGOSCOPIA
30.6.0.05	EVALUACIÓN FUNCIONAL FARINGOLARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA
30.6.0.06	EVALUACIÓN FUNCIONAL FARINGOLARÍNGEA DE LA DEGLUCIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
30.6.0.07	SOMNOSCOPIA
<b>30.6.1.</b>	<b>BIOPSIA DE LARÍNGE</b>
30.6.1.01	BIOPSIA DE LARÍNGE VÍA ABIERTA
30.6.1.02	BIOPSIA DE LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.6.2.</b>	<b>DILATACIÓN DE LA LARÍNGE</b>
30.6.2.01	DILATACIÓN DE LARÍNGE
<b>30.6.3.</b>	<b>INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PRÓTESIS, STENT O MOLDE, VÁLVULA FONATORIA, ENTRE OTROS</i>
30.6.3.01	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARÍNGE VÍA ABIERTA
30.6.3.02	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.6.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO</b>
30.6.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ABIERTA
30.6.4.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>30.6.5.</b>	<b>INYECCIÓN EN LARÍNGE</b>
30.6.5.01	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO VÍA PERCUTÁNEA
30.6.5.02	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO VÍA ENDOSCÓPICA
30.6.5.03	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VÍA PERCUTÁNEA
30.6.5.04	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VÍA ENDOSCÓPICA
30.6.5.05	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA
30.6.5.06	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>31.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN TRÁQUEA</b>
<b>31.1.</b>	<b>CRICOTIROTOMÍAS Y TRAQUEOSTOMÍAS</b>
<b>31.1.1.</b>	<b>CRICOTIROTOMÍA</b>
31.1.1.01	CRICOTIROTOMÍA VÍA ABIERTA
31.1.1.02	CRICOTIROTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA
<b>31.1.3.</b>	<b>TRAQUEOSTOMÍA</b>
31.1.3.01	TRAQUEOSTOMÍA VÍA ABIERTA
31.1.3.02	TRAQUEOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA
<b>31.1.4.</b>	<b>PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRAQUEAL</b>
31.1.4.01	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRAQUEAL VÍA PERCUTÁNEA
31.1.4.02	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRAQUEAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>31.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TRÁQUEA</b>
<b>31.3.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA</b>
31.3.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA
31.3.1.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>31.3.3.</b>	<b>INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS EN TRÁQUEA</b>
31.3.3.01	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA
31.3.3.02	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO TRAQUEOBRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA

LMD

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>31.3.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS EN TRÁQUEA</b>
31.3.4.01	RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>31.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIANÓSTICOS EN TRÁQUEA</b>
<b>31.4.1.</b>	<b>TRAQUEOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>USO DE VIDEO</i>
31.4.1.03	TRAQUEOSCOPIA A TRAVÉS DEL ESTOMA ARTIFICIAL
<b>31.4.6.</b>	<b>BIOPSIA DE TRÁQUEA</b>
31.4.6.01	BIOPSIA DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA
31.4.6.02	BIOPSIA DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>31.5.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE TRÁQUEA</b>
<b>31.5.0.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TRÁQUEA VÍA ABIERTA</b>
31.5.0.01	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA
31.5.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TRÁQUEA CON RECONSTRUCCIÓN E INTERPOSICIÓN DE COLGAJO VÍA ABIERTA
31.5.0.03	RESECCIÓN DE CARINA CON REIMPLANTACIÓN BRONQUIAL
<b>31.5.1.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CAUTERIZACIÓN, CRIOCIRUGÍA, TERAPIA LÁSER, DIATERMIA, ELECTROCIRUGÍA, ENTRE OTROS.</i>
31.5.1.04	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA
31.5.1.05	RECANALIZACIÓN DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>31.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN Y PLASTIA EN TRÁQUEA</b>
<b>31.7.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA</b>
31.7.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA
31.7.1.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>31.7.2.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA EXTERNA EN TRÁQUEA</b>
31.7.2.02	CIERRE DE FÍSTULA TRÁQUEO CUTANEA
<b>31.7.3.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS</b>
31.7.3.01	CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA CON RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO
31.7.3.03	CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA CON RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL
<b>31.7.4.</b>	<b>REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>REMODELACIÓN</i>
31.7.4.01	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA VÍA ABIERTA
31.7.4.02	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>31.7.5.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL</b>
31.7.5.02	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL TERMINOTERMINAL
31.7.5.03	RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL TERMINOTERMINAL
<b>31.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN TRÁQUEA</b>
<b>31.9.2.</b>	<b>DILATACIÓN DE TRÁQUEA</b>
31.9.2.01	DILATACIÓN DE LA TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA
31.9.2.03	DILATACIÓN DE LA TRÁQUEA VÍA TRANSLARÍNGEA
<b>31.9.5.</b>	<b>FISTULIZACIÓN TRAQUEOESOFÁGICA</b>
31.9.5.00	FISTULIZACIÓN TRAQUEOESOFÁGICA SOD
<b>31.9.6.</b>	<b>INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN TRÁQUEA</b>
31.9.6.01	INYECCIÓN INTRATRÁQUEAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA VÍA ENDOSCÓPICA
31.9.6.02	INYECCIÓN INTRATRÁQUEAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA
<b>32.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN BRONQUIO Y PULMÓN</b>

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>ESTERNOTOMÍA (TOTAL O LONGITUDINAL), RESECCIÓN DE COSTILLA, O TORACOTOMÍA, COMO VÍA DE ACCESO QUIRÚRGICO</i>
<b>32.0.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL</b>
<b>32.0.0.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA</b>
32.0.0.01	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VÍA ABIERTA
32.0.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA
32.0.0.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA
<b>32.0.2.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CAUTERIZACIÓN, CRIOCIRUGÍA, TERAPIA LÁSER, DIATERMIA, ELECTROCIRUGÍA, ENTRE OTROS.</i>
32.0.2.01	RESECCIÓN DE LESIÓN EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA
32.0.2.03	RECANALIZACIÓN DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>32.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN EN PULMÓN Y BRONQUIO</b>
<b>32.1.0.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA BRONQUIAL</b>
32.1.0.01	CIERRE DE FÍSTULA BRONCOCUTÁNEA O BRONCOPLEURAL VÍA ABIERTA
32.1.0.02	CIERRE DE FÍSTULA BRONCOCUTÁNEA O BRONCOPLEURAL VÍA ENDOSCÓPICA
32.1.0.03	CIERRE DE FÍSTULA BRONCOCUTÁNEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA
32.1.0.04	CIERRE DE BRONCOSTOMÍA VÍA ABIERTA
32.1.0.05	CIERRE DE BRONCOSTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
32.1.0.06	CIERRE DE BRONCOSTOMÍA POR TORACOSCOPIA
<b>32.1.1.</b>	<b>BLOQUEO DE BRONQUIO</b>
32.1.1.01	BLOQUEO DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>32.1.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE BRONQUIO [BRONCOPLASTIA]</b>
32.1.2.01	BRONCOPLASTIA VÍA ABIERTA
32.1.2.02	BRONCOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA
32.1.2.03	BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA
32.1.2.04	RESECCIÓN EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA VÍA ABIERTA
32.1.2.05	RESECCIÓN EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA
<b>32.1.3.</b>	<b>CIERRE DE LACERACIÓN DE BRONQUIO Y PULMÓN</b>
32.1.3.01	BRONCORRAFIA VÍA ABIERTA
32.1.3.02	BRONCORRAFIA POR TORACOSCOPIA
32.1.3.03	NEUMORRAFIA VÍA ABIERTA
32.1.3.04	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA
<b>32.1.4.</b>	<b>DILATACIÓN BRONQUIAL</b>
32.1.4.01	DILATACIÓN DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>32.1.5.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN BRONQUIO</b>
32.1.5.01	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>32.1.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS EN BRONQUIO</b>
32.1.6.01	RETIRO DE DISPOSITIVO EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>32.1.7.</b>	<b>INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN BRONQUIO O PULMÓN</b>
32.1.7.01	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN BRONQUIO O PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA
<b>32.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR</b>
<b>32.2.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE BULAS</b>

42

11 ABR 2017.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
32.2.1.01	RESECCIÓN DE BULAS PULMONARES VÍA ABIERTA
32.2.1.02	RESECCIÓN DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA
<b>32.2.2.</b>	<b>REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
32.2.2.01	REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR VÍA ABIERTA
32.2.2.02	REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR VÍA ENDOSCÓPICA
32.2.2.03	REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR POR TORACOSCOPIA
<b>32.2.8.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR</b>
32.2.8.01	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR VÍA ENDOSCÓPICA
<b>32.4.</b>	<b>LOBECTOMÍA DE PULMÓN</b>
<b>32.4.1.</b>	<b>LOBECTOMÍA SEGMENTARIA O RESECCIÓN EN CUÑA</b>
32.4.1.01	LOBECTOMÍA SEGMENTARIA VÍA ABIERTA
32.4.1.02	LOBECTOMÍA SEGMENTARIA POR TORACOSCOPIA
32.4.1.03	RESECCIÓN EN CUÑA VÍA ABIERTA
32.4.1.04	RESECCIÓN EN CUÑA POR TORACOSCOPIA
32.4.1.05	RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES VÍA ABIERTA
32.4.1.06	RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA
<b>32.4.2.</b>	<b>LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR</b>
32.4.2.01	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR VÍA ABIERTA
32.4.2.02	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR POR TORACOSCOPIA
32.4.2.03	BILOBECTOMÍA PULMONAR VÍA ABIERTA
32.4.2.04	BILOBECTOMÍA PULMONAR POR TORACOSCOPIA
<b>32.5.</b>	<b>NEUMONECTOMÍA</b>
<b>32.5.1.</b>	<b>NEUMONECTOMÍA SIMPLE</b>
32.5.1.01	NEUMONECTOMÍA SIMPLE VÍA ABIERTA
32.5.1.02	NEUMONECTOMÍA SIMPLE POR TORACOSCOPIA
<b>32.5.2.</b>	<b>NEUMONECTOMÍA RADICAL</b>
32.5.2.01	NEUMONECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA
32.5.2.02	NEUMONECTOMÍA RADICAL POR TORACOSCOPIA
<b>32.5.3.</b>	<b>NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACIÓN CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMÍA]</b>
32.5.3.01	NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACIÓN CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMÍA] VÍA ABIERTA
32.5.3.02	PLEURONEUMOPERICARDIECTOMÍA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCIÓN VÍA ABIERTA
<b>32.5.4.</b>	<b>OBTENCIÓN PULMONAR PARA TRASPLANTE</b>
32.5.4.01	OBTENCIÓN PULMONAR PARA TRASPLANTE VÍA ABIERTA
<b>32.5.5.</b>	<b>OBTENCIÓN DE CORAZÓN-PULMÓN</b>
32.5.5.01	OBTENCIÓN DE CORAZÓN-PULMÓN VÍA ABIERTA
<b>32.6.</b>	<b>DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS TORÁCICAS</b>
<b>32.6.1.</b>	<b>DISECCIÓN EN BLOQUE DE ESTRUCTURAS TORÁCICAS</b>
32.6.1.01	DISECCIÓN EN (BLOQUE) DE BRONQUIO, LÓBULO DE PULMÓN, PLEJO BRAQUIAL, ESTRUCTURA INTERCOSTAL, COSTILLA (APÓFISIS TRANSVERSAL) Y NERVIOS SIMPÁTICOS
<b>32.7.</b>	<b>TRASPLANTE DE PULMÓN</b>
<b>Excluye:</b>	<i>TRASPLANTE COMBINADO DE PULMÓN-CORAZÓN (32.8.)</i>
<b>32.7.0.</b>	<b>TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMÓN</b>
32.7.0.01	TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMÓN VÍA ABIERTA
<b>32.7.1.</b>	<b>TRASPLANTE BILATERAL DE PULMÓN</b>
32.7.1.01	TRASPLANTE BILATERAL DE PULMÓN VÍA ABIERTA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>32.8.</b>	<b>TRASPLANTE COMBINADO DE PULMÓN CORAZÓN</b>
<b>32.8.0.</b>	<b>TRASPLANTE DE PULMÓN CORAZÓN</b>
32.8.0.01	TRASPLANTE DE PULMÓN CORAZÓN VÍA ABIERTA
<b>33.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN BRONQUIO Y PULMÓN</b>
<b>33.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PULMÓN Y BRONQUIO</b>
<b>33.2.1.</b>	<b>BRONCOSCOPIAS A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL</b>
33.2.1.01	BRONCOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
<b>33.2.2.</b>	<b>BRONCOSCOPIAS</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>BRONCOGRAFIA (87.6.6.)</i>
33.2.2.01	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONQUIAL
33.2.2.02	BRONCOSCOPIA
33.2.2.03	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR
33.2.2.04	BRONCOSCOPIA CON CEPILLADO
33.2.2.05	BRONCOSCOPIA CON APLICACIÓN O RETIRO DE FUENTE RADIATIVA
33.2.2.06	BRONCOSCOPIA CON PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRAQUEAL
33.2.2.07	BRONCOSCOPIA CON PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSBRONQUIAL
33.2.2.08	BRONCOSCOPIA CON AUTOFLUORESCENCIA
33.2.2.09	BRONCOSCOPIA CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA
33.2.2.10	BRONCOSCOPIA CON TERMOPLASTIA BRONQUIAL
<b>33.2.4.</b>	<b>BIOPSIA BRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA</b>
33.2.4.01	BIOPSIA DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>33.2.5.</b>	<b>BIOPSIA BRONQUIAL VÍA ABIERTA</b>
33.2.5.01	BIOPSIA DE BRONQUIO VÍA ABIERTA
<b>33.2.6.</b>	<b>BIOPSIAS CERRADAS DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA</b>
33.2.6.01	BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA
<b>33.2.7.</b>	<b>BIOPSIAS DE PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA</b>
33.2.7.03	BIOPSIA DE PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA
33.2.7.04	BIOPSIA DE PULMÓN POR TORACOSCOPIA
<b>33.2.8.</b>	<b>BIOPSIAS DE PULMÓN VÍA ABIERTA</b>
33.2.8.01	BIOPSIA DE PULMÓN VÍA ABIERTA
<b>33.2.9.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRONQUIO O PULMÓN</b>
33.2.9.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMÓN VÍA ABIERTA
33.2.9.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA
33.2.9.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMÓN POR TORACOSCOPIA
<b>34.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PARED TORÁCICA, PLEURA, MEDIASTINO Y DIAFRAGMA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS EN MAMA (85.)</i>
<b>34.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PARED TORÁCICA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA EMPLEADA COMO VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO EXCEPTO 34.0.2.02)</i>
<b>34.0.2.</b>	<b>TORACOTOMÍAS</b>
34.0.2.01	TORACOTOMÍA EXPLORATORIA
34.0.2.02	TORACOTOMÍA PARA ABORDAJE DE COLUMNA
<b>34.0.3.</b>	<b>TORACOSTOMÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
34.0.3.01	TORACOSTOMÍA VÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL
34.0.3.02	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE TORACOSTOMÍA ABIERTA
<b>34.0.4.</b>	<b>TORACOSTOMÍA CERRADA</b>
34.0.4.01	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE

40



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>34.0.5.</b>	<b>BIOPSIA DE PARED TORÁCICA</b>
34.0.5.01	BIOPSIA DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA VÍA PERCUTÁNEA
34.0.5.02	BIOPSIA DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA VÍA ABIERTA
<b>34.0.6.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA POR LIPOMAS Y OTROS TUMORES DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (86.4.)</i>
34.0.6.01	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA POR TORACOTOMÍA
34.0.6.02	ESCISIÓN O ABLACIÓN RADICAL DE PARED TORÁCICA
<b>34.0.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA</b>
34.0.7.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORÁCICA
34.0.7.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA VÍA ABIERTA
34.0.7.03	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA POR TORACOSCOPIA
<b>34.0.8.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIONES DE PARED TORÁCICA</b>
34.0.8.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE PARED TORÁCICA
<b>34.0.9.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA</b>
34.0.9.01	CIERRE DE TORACOSTOMÍA VÍA ABIERTA
34.0.9.02	FIJACIÓN DE ESTERNÓN CON DISPOSITIVO
34.0.9.03	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLÓN)
34.0.9.04	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA CON DISPOSITIVO
34.0.9.05	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPELURAL
34.0.9.06	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL
34.0.9.07	REPARACIÓN DE DEFORMIDAD DE PECTUS
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL ESTERNÓN: PECTUS EXCAVATUM, PECTUS CARINATUM, SÍNDROME DE POLAND ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
34.0.9.08	REPARACIÓN DE DEFORMIDAD DE PECTUS CON DISPOSITIVO
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL ESTERNÓN: PECTUS EXCAVATUM, PECTUS CARINATUM, SÍNDROME DE POLAND ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
34.0.9.09	RECONSTRUCCIÓN DEL ESTERNÓN CON INTERPOSICIÓN DE MÚSCULOS
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POS CIRUGÍA CARDÍACA, POR DESHICENCIA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
34.0.9.10	RECONSTRUCCIÓN DE ESTERNÓN CON DISPOSITIVO
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POS CIRUGÍA CARDÍACA, POR DESHICENCIA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>34.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN MEDIASTINO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>34.1.0.</b>	<b>MEDIASTINOSCOPIA</b>
34.1.0.01	MEDIASTINOSCOPIA DIAGNÓSTICA
<b>34.1.1.</b>	<b>EXPLORACIÓN Y DRENAJE EN MEDIASTINO</b>
34.1.1.01	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMÍA
34.1.1.04	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA
34.1.1.05	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA
34.1.1.06	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA
34.1.1.07	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO
<b>34.1.2.</b>	<b>BIOPSIA DE MEDIASTINO</b>
34.1.2.01	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA
34.1.2.02	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA ABIERTA

442

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
34.1.2.03	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA
34.1.2.04	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA
34.1.2.05	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR BRONCOSCOPIA
<b>34.1.3.</b>	<b>RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO EN MEDIASTINO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>TIMECTOMÍA (07.8.)</i>
34.1.3.01	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA
34.1.3.02	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA
34.1.3.03	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA
<b>34.1.4.</b>	<b>RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MEDIASTINO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>TIMECTOMÍA (07.8.)</i>
34.1.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA
34.1.4.02	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA
34.1.4.03	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA
<b>34.1.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO</b>
34.1.5.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA CON O SIN RESECCIÓN DE COSTILLA
34.1.5.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS POR TORACOSCOPIA
<b>34.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PARED TORÁCICA, PLEURA, MEDIASTINO Y DIAFRAGMA</b>
<b>34.2.1.</b>	<b>TORACOSCOPIA</b>
34.2.1.01	TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA
<b>34.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PLEURA</b>
<b>34.5.0.</b>	<b>TORACENTESIS</b>
34.5.0.01	TORACENTESIS DIAGNÓSTICA
34.5.0.02	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA
<b>34.5.1.</b>	<b>PLEURECTOMÍA PARIETAL</b>
34.5.1.01	PLEURECTOMÍA PARIETAL VÍA ABIERTA
34.5.1.02	PLEURECTOMÍA PARIETAL POR TORACOSCOPIA
<b>34.5.2.</b>	<b>PLEUROESCLEROSIS</b>
34.5.2.01	PLEURODESIS QUÍMICA VÍA ABIERTA
34.5.2.02	PLEURODESIS QUÍMICA POR TORACOSCOPIA
34.5.2.03	PLEURODESIS QUÍMICA POR TORACOSTOMÍA CERRADA
34.5.2.04	PLEURODESIS MECÁNICA VÍA ABIERTA
34.5.2.05	PLEURODESIS MECÁNICA POR TORACOSCOPIA
<b>34.5.3.</b>	<b>DECORTICACIÓN PULMONAR</b>
34.5.3.01	DECORTICACIÓN PULMONAR VÍA ABIERTA
34.5.3.02	DECORTICACIÓN PULMONAR POR TORACOSCOPIA
<b>34.5.4.</b>	<b>BIOPSIAS DE PLEURA</b>
34.5.4.01	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTÁNEA
34.5.4.02	BIOPSIAS DE PLEURA VÍA ABIERTA
34.5.4.03	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA
<b>34.5.5.</b>	<b>RESECCIONES DE LESIONES EN PLEURA</b>
34.5.5.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE PLEURA VÍA ABIERTA
34.5.5.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA
<b>34.5.6.</b>	<b>INSERCIÓN DE CATÉTER PLEURAL PERMANENTE</b>
34.5.6.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER PLEURAL PERMANENTE

4/29

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>34.8.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN DIAFRAGMA</b>
<b>34.8.0.</b>	<b>BIOPSIA DE DIAFRAGMA</b>
34.8.0.01	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VÍA ABIERTA
34.8.0.02	BIOPSIA DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA
<b>34.8.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA</b>
34.8.1.01	ESCISIÓN TRANSTORÁCICA DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA VÍA ABIERTA
34.8.1.02	ESCISIÓN TRANSTORÁCICA DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA
<b>34.8.2.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA</b>
34.8.2.02	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA VÍA ABDOMINAL POR LAPAROTOMÍA
34.8.2.03	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA VÍA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA
34.8.2.04	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA TRANSTORÁCICA VÍA ABIERTA
34.8.2.05	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA TRANSTORÁCICA POR TORACOSCOPIA
<b>34.8.3.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA DE DIAFRAGMA</b>
34.8.3.01	FISTULECTOMÍA TORÁCICOABDOMINAL
34.8.3.02	FISTULECTOMÍA TORACICOGÁSTRICA
34.8.3.03	FISTULECTOMÍA TORÁCICOINTESTINAL
<b>34.8.5.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO</b>
34.8.5.01	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO VÍA ABIERTA
34.8.5.02	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO POR TORACOSCOPIA O LAPAROSCOPIA
<b>34.8.6.</b>	<b>PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN</b>
34.8.6.01	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN VÍA ABIERTA
34.8.6.02	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN POR TORACOSCOPIA
<b>34.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN PARED TORÁCICA, PLEURA, MEDIASTINO Y DIAFRAGMA</b>
<b>34.9.4.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁCICAS</b>
34.9.4.01	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁCICAS VÍA ABIERTA
34.9.4.02	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁCICAS POR TORACOSCOPIA
<b>Capítulo 07 SISTEMA CIRCULATORIO</b>	
<b>35.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN VÁLVULAS DEL CORAZÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>35.1.</b>	<b>VALVULOTOMÍAS O VALVULOPLASTIAS CARDÍACAS QUIRÚRGICAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RESECCIONES SEGMENTARIAS DE VALVAS, RECONSTRUCCIÓN CON ANILLOS, ACORTAMIENTO O ALARGAMIENTO DE CUERDAS</i>
<b>35.1.1.</b>	<b>VALVULOPLASTIA AÓRTICA</b>
35.1.1.01	VALVULOPLASTIA AÓRTICA VÍA ABIERTA
35.1.1.02	VALVULOPLASTIA AÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.1.1.03	VALVULOPLASTIA AÓRTICA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.1.2.</b>	<b>VALVULOPLASTIA MITRAL</b>
35.1.2.01	VALVULOPLASTIA MITRAL VÍA ABIERTA
35.1.2.02	VALVULOPLASTIA MITRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA

63/0

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
35.1.2.03	VALVULOPLASTIA MITRAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.1.3.</b>	<b>VALVULOPLASTIA PULMONAR</b>
35.1.3.01	VALVULOPLASTIA PULMONAR VÍA ABIERTA
35.1.3.02	VALVULOPLASTIA PULMONAR MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.1.3.03	VALVULOPLASTIA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.1.4.</b>	<b>VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA</b>
35.1.4.01	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA
35.1.4.02	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.1.4.03	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.1.5.</b>	<b>PERFORACIÓN DE VÁLVULA PULMONAR</b>
35.1.5.01	PERFORACIÓN DE VÁLVULA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.1.6.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO PAPILAR</b>
35.1.6.01	REPARACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR VÍA ABIERTA
35.1.6.02	REPARACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.1.6.03	REIMPLANTACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR VÍA ABIERTA
35.1.6.04	REIMPLANTACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>35.1.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS</b>
35.1.7.01	REPARACIÓN DE CUERDAS TENDINOSAS VÍA ABIERTA
35.1.7.02	REPARACIÓN DE CUERDAS TENDINOSAS MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>35.1.8.</b>	<b>ANULOPLASTIA</b>
35.1.8.01	AMPLIACIÓN DE ANILLO VÍA ABIERTA
35.1.8.02	AMPLIACIÓN DE ANILLO MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.1.8.03	REPARACIÓN DE ANILLO VÍA ABIERTA
35.1.8.04	REPARACIÓN DE ANILLO MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.1.8.05	REPARACIÓN DE ANILLO VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.2.</b>	<b>REEMPLAZOS DE VÁLVULAS CARDÍACAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA ASOCIADA CON LA REPARACIÓN DE DEFECTO VALVULAR ASOCIADO CON DEFECTOS DE TABIQUES ATRIAL Y VENTRICULAR (35.5., 35.6.)</i>
<b>35.2.0.</b>	<b>REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR</b>
35.2.0.01	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR VÍA ABIERTA
35.2.0.02	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.2.0.03	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.2.1.</b>	<b>REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA</b>
35.2.1.01	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA VÍA ABIERTA
35.2.1.02	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.2.1.03	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.2.2.</b>	<b>REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL</b>
35.2.2.01	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL VÍA ABIERTA
35.2.2.02	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.2.2.03	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.2.3.</b>	<b>REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA</b>
35.2.3.01	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA
35.2.3.02	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.2.3.03	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)

VAD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>35.2.4.</b>	<b>OTROS REEMPLAZOS VALVULARES</b>
35.2.4.01	AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICIÓN AÓRTICA Y REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR [ROSS]
<b>35.2.5.</b>	<b>REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA</b>
35.2.5.01	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA PULMONAR VÍA ABIERTA
35.2.5.02	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA PULMONAR MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.2.5.03	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
35.2.5.04	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA AÓRTICA VÍA ABIERTA
35.2.5.05	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA AÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.2.5.06	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA AÓRTICA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
35.2.5.07	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA MITRAL VÍA ABIERTA
35.2.5.08	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA MITRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.2.5.09	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA MITRAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
35.2.5.10	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA
35.2.5.11	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA TRICUSPÍDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.2.5.12	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.2.8.</b>	<b>EXCLUSIONES DE VÁLVULAS CARDÍACAS</b>
35.2.8.01	EXCLUSIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA VÍA ABIERTA
35.2.8.02	EXCLUSIÓN DE VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA
<b>35.2.9.</b>	<b>ESCISIÓN DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS</b>
35.2.9.01	ESCISIÓN DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA
35.2.9.02	ESCISIÓN DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>35.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VÁLVULAS CARDÍACAS</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>35.3.0.</b>	<b>CORRECCIÓN DE PARAFUGAS</b>
35.3.0.01	CORRECCIÓN DE PARAFUGAS PERIVALVULARES VÍA ABIERTA
35.3.0.02	CORRECCIÓN DE PARAFUGAS PERIVALVULARES MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.3.0.03	CORRECCIÓN DE PARAFUGAS PERIVALVULARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.3.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN TRABÉCULAS DEL CORAZÓN</b>
35.3.5.01	ESCISIÓN DE TRABÉCULAS CARNOSAS DEL CORAZÓN
35.3.5.03	RESECCIÓN DE MEMBRANA SUBAÓRTICA VÍA ABIERTA
35.3.5.04	RESECCIÓN DE MEMBRANA SUBAÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>35.3.9.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN OTRAS ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VÁLVULAS CARDÍACAS</b>
35.3.9.01	COLOCACIÓN DE PARCHES U HOMOIJNERTO SUPRAVALVULAR
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ESTENOSIS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>35.4.</b>	<b>CREACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE EN EL CORAZÓN</b>
<b>35.4.1.</b>	<b>ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR)</b>

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
35.4.1.01	ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR) VÍA ABIERTA
35.4.1.02	ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR) VÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>35.4.2.</b>	<b>ATRIOSEPTOSTOMÍA CON BALÓN</b>
35.4.2.01	ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.4.3.</b>	<b>VENTRICULOSEPTOSTOMÍA</b>
35.4.3.01	VENTRICULOSEPTOSTOMÍA VÍA ABIERTA
<b>35.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE TABIQUES INTERAURÍCULAR E INTERVENTRICULAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PERIMEMBRANOSA, YUXTARTERIAL, DEL TRACTO DE ENTRADA Y MUSCULAR; POR CAUSAS CONGÉNITAS, POSTRAUMÁTICA O POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO</i>
<b>35.5.1.</b>	<b>REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR [CIA]</b>
35.5.1.02	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
35.5.1.04	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR VÍA ABIERTA
35.5.1.05	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>35.5.2.</b>	<b>REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR [CIV]</b>
35.5.2.03	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.5.2.04	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VÍA ABIERTA
35.5.2.05	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.6.</b>	<b>REPARACIÓN DE TABIQUES INTERAURÍCULAR E INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PERIMEMBRANOSA, YUXTARTERIAL, DEL TRACTO DE ENTRADA Y MUSCULAR; POR CAUSAS CONGÉNITA, POSTRAUMÁTICA O POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO</i>
<b>35.6.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR CON INJERTO DE TEJIDO</b>
35.6.1.01	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERAURÍCULAR CON SUTURA CONTINUA
35.6.1.02	ATRIOSEPTOPLASTIA CON INJERTO (PARCHE) DE TEJIDO
<b>35.6.2.</b>	<b>REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO</b>
35.6.2.01	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVÉS DE AURÍCULA DERECHA, VENTRICULOTOMÍA DERECHA O ARTERIOTOMÍA PULMONAR O AÓRTICA
35.6.2.02	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVÉS DE VENTRICULOTOMÍA IZQUIERDA
35.6.2.03	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO
<b>35.8.</b>	<b>REPARACIÓN TOTAL DE ANOMALÍAS CARDÍACAS CONGÉNITAS</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>35.8.0.</b>	<b>REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR</b>
35.8.0.01	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL
35.8.0.02	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR COMPLETO (RASTELLY A, B, C)
<b>35.8.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT</b>
35.8.1.01	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE RAMAS PULMONARES
35.8.1.02	REPARACIÓN TRANSATRIAL DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS PULMONAR

44

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
35.8.1.03	REPARACIÓN TRANSVENTRICULAR DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT
35.8.1.04	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE BIFURCACIÓN DEL TRONCO PULMONAR
35.8.1.05	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON CORONARIA ANÓMALA (DESCENDENTE ANTERIOR ORIGINADA DE LA CORONARIA DERECHA)
35.8.1.06	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON FÍSTULA SISTÉMICO PULMONAR PREVIA
35.8.1.08	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON AGENESIA DE VÁLVULA PULMONAR
<b>35.8.2.</b>	<b>REPARACIÓN COMPLETA DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO</b>
35.8.2.01	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL SUPRACARDÍACO
35.8.2.02	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL INFRACARDÍACO
35.8.2.03	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A SENO CORONARIO O INTRACARDÍACO
35.8.2.04	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A AURÍCULA DERECHA
35.8.2.05	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A VENA INFRADIAFRAGMÁTICA
35.8.2.06	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL MIXTO
35.8.2.07	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA SUPERIOR
35.8.2.08	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA INFERIOR
35.8.2.09	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES IZQUIERDA A VENA INNOMINADA
35.8.2.10	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A CÁMARA ACCESORIA (CORTRIATUM)
35.8.2.11	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO
<b>35.8.3.</b>	<b>REPARACIÓN TOTAL DE TRONCO ARTERIOSO</b>
35.8.3.04	CORRECCIÓN DEL TUNEL AORTO VENTRICULAR
35.8.3.05	VALVULOPLASTIA DE VÁLVULA TRUNCAL
35.8.3.06	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON HOMOINJERTO O CON TEJIDO AUTÓLOGO
35.8.3.07	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON CONDUCTO EXTERNO
35.8.3.08	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON PARCHÉ PERICÁRDICO DEJANDO ARTERIA PULMONAR ANTERIOR A LA AORTA [LECOMPTE]
35.8.3.09	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRUNCAL
<b>35.8.4.</b>	<b>REPARACIÓN DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO</b>
35.8.4.01	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y CONEXIÓN ATRIOVENTRICULAR CONCORDANTE O DISCORDANTE
35.8.4.02	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO CON ESTENOSIS PULMONAR
35.8.4.03	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO E HIPOPLASIA DEL VENTRÍCULO DERECHO
35.8.4.04	REPARACIÓN DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO
<b>35.8.5.</b>	<b>REPARACIÓN DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO</b>
35.8.5.01	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV SUBAÓRTICA Y ESTENOSIS PULMONAR
35.8.5.02	REPARO DE DEFECTO VENTRICULAR POR TRANSPOSICIÓN AORTA CABALGAMIENTO PULMONAR [CORAZÓN DE TAUSSING-BING]

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
35.8.5.03	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV DOBLE/RELACIONADA
35.8.5.04	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV NO RELACIONADA
35.8.5.05	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CANAL AV
35.8.5.06	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON L- MALPOSICIÓN DE LA AORTA
35.8.5.07	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO Y CONEXIÓN ATRIOVENTRICULAR DISCORDANTE
35.8.5.08	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON ESTENOSIS PULMONAR
35.8.5.09	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO SIN ESTENOSIS PULMONAR
35.8.5.10	REPARO INTRAVENTRICULAR DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO
35.8.5.11	REPARACIÓN DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO
<b>35.8.6.</b>	<b>REPARACIÓN DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO</b>
35.8.6.01	REPARACIÓN DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO [NORWOOD O SANO]
35.8.6.02	ANASTOMOSIS AORTO-PULMONAR Y CREACIÓN DE FÍSTULA SISTÉMICO PULMONAR [DAMUS - KAYE - STANSEL]
<b>35.8.7.</b>	<b>REPARACIÓN COARTACIÓN AÓRTICA</b>
35.8.7.01	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS T-T
35.8.7.02	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON RESECCIÓN Y COLGAJO DE SUBCLAVIA
35.8.7.03	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO
35.8.7.05	RESECCIÓN ARTERIAL Y LIBERACIÓN DE TEJIDOS VECINOS (CORRECCIÓN DE ANILLO VASCULAR)
35.8.7.10	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA, VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>35.8.8.</b>	<b>CORRECCIÓN TOTAL TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS</b>
35.8.8.01	TRANSPOSICIÓN DEL RETORNO VENOSO CON PARCHO O SEPTACIÓN INTERAURÍCULAR [MUSTARD Y SENNING]
35.8.8.02	TRANSPOSICIÓN ARTERIAL CON REIMPLANTE DE CORONARIAS [JATENE]
35.8.8.03	REPARO DE VENTANA AORTOPULMONAR CON PARCHO AÓRTICO O PULMONAR
35.8.8.05	CORRECCIÓN DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [RASTELLI]
35.8.8.06	CORRECCIÓN DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [REV]
35.8.8.07	CORRECCIÓN DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR CON TRASLOCACIÓN AÓRTICA [NIKAIDOH]
<b>35.8.9.</b>	<b>REPARACIÓN DE DUCTUS ARTERIOSO</b>
35.8.9.01	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VÍA ABIERTA
35.8.9.02	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.8.9.03	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE, VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
35.8.9.04	DILATACIÓN DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)

4/97



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
35.8.9.05	DILATACIÓN DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) TRANSPULMONAR
<b>35.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VÁLVULAS Y TABIQUES CARDÍACOS</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>35.9.2.</b>	<b>CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR</b>
35.9.2.00	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR SOD
<b>35.9.3.</b>	<b>CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA</b>
35.9.3.00	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA SOD
<b>35.9.4.</b>	<b>DERIVACIONES SISTÉMICO-PULMONAR (EXCLUSIÓN FUNCIONAL DEL VENTRÍCULO PULMONAR)</b>
35.9.4.01	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE AURÍCULA Y ARTERIA PULMONAR
35.9.4.02	CREACIÓN DE FÍSTULAS SISTÉMICO-PULMONARES
35.9.4.03	DERIVACIÓN CAVO-PULMONAR TOTAL [FONTAN]
35.9.4.04	DERIVACIÓN CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLÁSICO O BIDIRECCIONAL)
35.9.4.05	DERIVACIÓN CAVO SUPERIOR-PULMONAR, DEJANDO FLUJO ANTEROGRADO (REPARO UNO Y MEDIO VENTRICULAR)
35.9.4.06	DERIVACIÓN CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLASICO O BIDIRECCIONAL) BILATERAL
35.9.4.07	REVISIÓN O LIGADURA DE FÍSTULA SISTÉMICO PULMONAR
<b>35.9.5.</b>	<b>REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN EL CORAZÓN</b>
35.9.5.01	REINTERVENCIÓN POR SANGRADO, DESPUÉS DE CIRUGÍA CARDÍACA
35.9.5.02	REINTERVENCIÓN POR CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS
35.9.5.04	REOPERACIÓN DE CONDUCTOS CARDÍACOS
<b>35.9.7.</b>	<b>CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR</b>
35.9.7.01	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR VÍA ABIERTA
35.9.7.02	CERCLAJE BILATERAL DE RAMAS DE ARTERIA PULMONAR VÍA ABIERTA
<b>35.9.8.</b>	<b>REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS</b>
35.9.8.01	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VÍA ABIERTA
35.9.8.02	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS MÍNIMAMENTE INVASIVA
35.9.8.03	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
35.9.8.04	UNIFOCALIZACIÓN DE ARTERIAS PULMONARES
<b>36.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN VASOS CARDÍACOS (CORONARIAS)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO. ESTERNOTOMÍA (MEDIA) (TRANSVERSA), TORACOTOMÍA COMO VÍA DE ACCESO QUIRÚRGICO</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>36.0.</b>	<b>ABLACION O ELIMINACION DE OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO</b>
<b>36.0.1.</b>	<b>ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) SIN USO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) (36.0.6.); INSERCIÓN DE MARCAPASOS (37.8.); ANGIOCARDIOGRAFÍA (87.6.2.)</i>
36.0.1.01	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
36.0.1.02	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS
<b>36.0.2.</b>	<b>ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON USO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) (36.0.6.)</i>
36.0.2.01	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA UNO O DOS VASOS
36.0.2.02	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE CON INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA MAS DE DOS VASOS
<b>36.0.3.</b>	<b>ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TÓRAX ABIERTO</b>
36.0.3.00	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TÓRAX ABIERTO SOD
<b>36.0.4.</b>	<b>INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLÍTICOS [TROMBOLISIS INTRACORONARIA]</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR INYECCIÓN ARTERIAL CORONARIA DIRECTA, INFUSIÓN O POR CATETERISMO, DE ENZIMAS O INHIBIDOR DE PLAQUETAS</i>
36.0.4.01	INFUSION ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
36.0.4.02	TROMBOLISIS INTRACORONARIA
<b>36.0.5.</b>	<b>ANGIOPLASTIA CORONARIA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) (36.0.6.); INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (36.0.4.)</i>
36.0.5.01	ANGIOPLASTIA CORONARIA POR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN
<b>36.0.6.</b>	<b>INSERCIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT)</b>
36.0.6.00	INSERCIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD
<b>36.1.</b>	<b>ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>36.1.6.</b>	<b>ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RAMAS SECUNDARIAS</i>
36.1.6.01	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA
36.1.6.02	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.6.03	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA
36.1.6.04	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.6.05	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA
36.1.6.06	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.6.07	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA
36.1.6.08	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.6.09	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA
36.1.6.10	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL MINIMANTE INVASIVA

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
36.1.6.11	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA
36.1.6.12	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.6.13	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA
36.1.6.14	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.6.15	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA
36.1.6.16	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.6.17	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA
36.1.6.18	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.6.19	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA
36.1.6.20	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.6.21	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA
36.1.6.22	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS MINIMANTE INVASIVA
36.1.6.23	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA
36.1.6.24	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>36.1.8.</b>	<b>ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA CIRCUNFLEJA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RAMAS SECUNDARIAS</i>
36.1.8.01	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA
36.1.8.02	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.8.03	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA
36.1.8.04	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.8.05	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA
36.1.8.06	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.8.07	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA
36.1.8.08	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.8.09	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA
36.1.8.10	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL MINIMANTE INVASIVA
36.1.8.11	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA
36.1.8.12	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL MÍNIMAMENTE INVASIVA

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
36.1.8.13	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA
36.1.8.14	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.8.15	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA
36.1.8.16	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.8.17	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA
36.1.8.18	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.8.19	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA
36.1.8.20	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.8.21	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA
36.1.8.22	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS MINIMANTE INVASIVA
36.1.8.23	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA
36.1.8.24	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>36.1.9.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE ARTERIA CORONARIA DERECHA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RAMAS SECUNDARIAS</i>
36.1.9.01	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA
36.1.9.02	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.9.03	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA
36.1.9.04	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.9.05	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA
36.1.9.06	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.9.07	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA
36.1.9.08	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.9.09	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA
36.1.9.10	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL MINIMANTE INVASIVA
36.1.9.11	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA
36.1.9.12	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.1.9.13	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA
36.1.9.14	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGÁSTRICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
36.1.9.15	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA
36.1.9.16	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGASTRICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.9.17	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA
36.1.9.18	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.9.19	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA
36.1.9.20	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA
36.1.9.21	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA
36.1.9.22	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS MINIMANTE INVASIVA
36.1.9.23	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA
36.1.9.24	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>36.3.</b>	<b>OTRA REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA</b>
<b>36.3.2.</b>	<b>REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS)</b>
36.3.2.01	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS) VÍA ABIERTA
36.3.2.02	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS) MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>36.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VASOS CARDÍACOS</b>
<b>36.9.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO</b>
36.9.1.01	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO VÍA ABIERTA
36.9.1.02	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.9.1.03	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>36.9.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE FÍSTULA CORONARIA</b>
36.9.2.01	REPARACIÓN O CIERRE DE FÍSTULA CORONARIA VÍA ABIERTA
36.9.2.02	REPARACIÓN O CIERRE DE FÍSTULA CORONARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.9.2.03	REPARACIÓN O CIERRE DE FÍSTULA CORONARIA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>36.9.3.</b>	<b>OTRA REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA</b>
36.9.3.01	REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA VÍA ABIERTA
36.9.3.02	REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA MÍNIMAMENTE INVASIVA
36.9.3.03	REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>36.9.4.</b>	<b>OTRA REPARACION DE FISTULA EXTRA CARDÍACA</b>
36.9.4.01	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTÉMICO PULMONARES VÍA ABIERTA
36.9.4.02	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTÉMICO PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>36.9.5.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ORIGEN ANÓMALO DE CORONARIA IZQUIERDA</b>
36.9.5.01	CORRECCION DE ORIGEN ANÓMALO CORONARIO EN ARTERIA PULMONAR MEDIANTE REIMPLANTE CORONARIA

WE

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
36.9.5.02	TUNELIZACIÓN DE LA CORONARIA IZQUIERDA HACIA LA AORTA A TRAVÉS DE LA ARTERIA PULMONAR [TAKEUCHI]
<b>37.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CORAZÓN Y PERICARDIO</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>37.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN EL PERICARDIO</b>
<b>37.0.1.</b>	<b>PUNCIÓN O ASPIRACIÓN EN PERICARDIO [PERICARDIOCENTESIS]</b>
37.0.1.01	PERICARDIOCENTESIS
37.0.1.02	PERICARDIOCENTESIS GUIADA POR IMÁGENES
<b>37.1.</b>	<b>CARDIOTOMÍA Y PERICARDIOTOMÍA</b>
<b>37.1.2.</b>	<b>EXTIRPACIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIOTOMÍA]</b>
<b>Incluye:</b>	<i>MINILAPAROTOMÍA SUBXIFOIDEA O VENTANA PERICÁRDICA</i>
37.1.2.02	PERICARDIOTOMÍA VÍA ABIERTA
37.1.2.03	PERICARDIOTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>37.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CORAZÓN Y PERICARDIO</b>
<b>37.2.1.</b>	<b>CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN</b>
37.2.1.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CONVENCIONAL DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.2.1.02	CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
<b>37.2.2.</b>	<b>CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN</b>
37.2.2.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.2.2.02	CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN
<b>37.2.3.</b>	<b>CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN</b>
37.2.3.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.2.3.02	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN
<b>37.2.4.</b>	<b>CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CON PUNCIÓN TRANSEPTAL EN CORAZÓN</b>
37.2.4.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCIÓN TRANSEPTAL EN CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.2.4.02	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZÓN
<b>37.2.5.</b>	<b>ESTIMULACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA CARDÍACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO</b>
37.2.5.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO TRANS ESOFÁGICO
37.2.5.02	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EPICÁRDICO VÍA PERCUTÁNEA
37.2.5.03	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EPICÁRDICO VÍA ABIERTA
<b>37.2.6.</b>	<b>BIOPSIA DE PERICARDIO</b>
37.2.6.01	BIOPSIA DE PERICARDIO VÍA ABIERTA
37.2.6.02	BIOPSIA DE PERICARDIO MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>37.2.7.</b>	<b>BIOPSIA DE CORAZÓN</b>
37.2.7.01	BIOPSIA DE CORAZÓN VÍA ABIERTA
37.2.7.02	BIOPSIA DE CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA
<b>37.2.8.</b>	<b>MAPEO ELÉCTRICO Y ANATÓMICO DEL CORAZÓN Y ESTRUCTURAS VASCULARES</b>
37.2.8.01	MAPEO ELECTROANATÓMICO CONVENCIONAL
37.2.8.02	MAPEO ELECTROANATÓMICO TRIDIMENSIONAL

440

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>37.3.</b>	<b>PERICARDIECTOMÍA Y ESCISIÓN DE LESIÓN DE CORAZÓN</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>37.3.1.</b>	<b>INCISIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIECTOMÍA]</b>
37.3.1.04	PERICARDIECTOMIA VÍA ABIERTA
37.3.1.05	PERICARDIECTOMIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
37.3.1.06	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO VÍA ABIERTA
37.3.1.07	ESCISIÓN DE QUISTE O TUMOR PERICÁRDICO MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>37.3.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZÓN</b>
37.3.2.00	ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZÓN SOD
<b>37.3.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>MAPEO TRANSOPERATORIO INTRACORONARIO EN MANEJO DE ARRITMIAS CARDÍACAS, [CIRUGÍA DE MAZE]; FIBRILACION AURICULAR</i>
37.3.3.03	RESECCIÓN ENDOMIOCÁRDICA
37.3.3.05	ESCISIÓN DE TUMOR DEL CORAZÓN VÍA ABIERTA
37.3.3.06	ESCISIÓN DE TUMOR DEL CORAZÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA
37.3.3.07	RESECCIÓN DE HACES ANÓMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN VÍA ABIERTA
37.3.3.08	RESECCIÓN DE HACES ANÓMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA
37.3.3.09	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN VÍA ABIERTA
37.3.3.10	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>37.3.4.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO</b>
37.3.4.04	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO FOCAL VÍA ABIERTA
37.3.4.05	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO FOCAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
37.3.4.06	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO FOCAL PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.3.4.07	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO MULTIFOCAL VÍA ABIERTA
37.3.4.08	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO MULTIFOCAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
37.3.4.09	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO MULTIFOCAL PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.3.4.10	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES VÍA ABIERTA
37.3.4.11	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES MÍNIMAMENTE INVASIVA
37.3.4.12	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.3.4.13	MODULACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO (AURÍCULAR O VENTRICULAR) ENDOCÁRDICA
37.3.4.14	MODULACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO (AURÍCULAR O VENTRICULAR) EPICÁRDICA
<b>37.3.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDÍACO</b>
37.3.6.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDÍACO SOD
<b>37.3.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO</b>
37.3.7.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO SOD
<b>37.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE CORAZÓN Y PERICARDIO</b>
<b>37.4.1.</b>	<b>CARDIORRAFIA</b>
37.4.1.00	CARDIORRAFIA SOD
<b>37.4.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE CORAZÓN POR RUPTURA POSTINFARTO</b>
37.4.2.00	REPARACIÓN DE CORAZÓN POR RUPTURA POSTINFARTO SOD
<b>37.4.3.</b>	<b>PERICARDIORRAFIA</b>
37.4.3.00	PERICARDIORRAFIA SOD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>37.5.</b>	<b>TRASPLANTE DE CORAZÓN</b>
<b>37.5.1.</b>	<b>TRASPLANTE CARDÍACO</b>
37.5.1.00	TRASPLANTE CARDÍACO SOD
<b>37.5.2.</b>	<b>OBTENCIÓN DEL CORAZÓN (DONANTE)</b>
37.5.2.00	OBTENCIÓN DEL CORAZÓN (DONANTE) SOD
<b>37.6.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>COLOCACIÓN Y MANEJO DE BALÓN INTRAAÓRTICO</i>
<b>37.6.1.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE BALÓN CONTRAPULSACIÓN</b>
37.6.1.00	IMPLANTACIÓN DE BALÓN CONTRAPULSACIÓN SOD
<b>37.6.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA</b>
37.6.4.00	EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA SOD
<b>37.6.7.</b>	<b>IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA EXTERNO O INTERNO</b>
37.6.7.01	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZÓN) UNIVENTRICULAR
37.6.7.02	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZÓN) BIVENTRICULAR
37.6.7.03	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZÓN E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) UNIVENTRICULAR
37.6.7.04	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZÓN E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) BIVENTRICULAR
<b>37.8.</b>	<b>INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN], REVISIÓN, SUSTITUCIÓN O ELIMINACIÓN DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA O REVISIÓN DE BOLSILLO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO.</i>
<b>37.8.0.</b>	<b>INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MONITORES DE EVENTOS</b>
37.8.0.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MONITOR DE EVENTOS
<b>37.8.1.</b>	<b>INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO)</b>
37.8.1.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VÍA ABIERTA
37.8.1.02	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>37.8.2.</b>	<b>INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERALES</b>
37.8.2.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERAL
<b>37.8.3.</b>	<b>INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERALES</b>
37.8.3.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL
<b>37.8.4.</b>	<b>INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADORES CARDÍACOS</b>
37.8.4.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO
<b>37.8.5.</b>	<b>SUSTITUCIÓN, REVISIÓN (PROGRAMACIÓN) DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA</b>
37.8.5.01	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE MARCAPASOS
37.8.5.02	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO
37.8.5.03	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR)
37.8.5.04	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR)
37.8.5.05	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE MONITOR DE EVENTOS
37.8.5.06	REVISIÓN DE ELECTRODO DE ESTIMULACIÓN (AURÍCULAR O VENTRICULAR)



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
37.8.5.07	REVISIÓN DE ELECTRODO DE DESFIBRILACIÓN
37.8.5.08	REVISIÓN DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO
<b>37.8.6.</b>	<b>INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)</b>
37.8.6.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VÍA ABIERTA
37.8.6.02	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.8.6.03	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VÍA ABIERTA
37.8.6.04	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.8.6.05	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VÍA ABIERTA
37.8.6.06	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
37.8.6.07	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) VÍA SUBCUTÁNEA
<b>37.8.7.</b>	<b>INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO</b>
37.8.7.01	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO VÍA ABIERTA
37.8.7.02	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>37.8.9.</b>	<b>EXPLANTE O ELIMINACIÓN DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA O EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODOS</b>
37.8.9.01	EXPLANTE O ELIMINACIÓN DE MARCAPASO
37.8.9.02	EXPLANTE O ELIMINACIÓN DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR
37.8.9.03	EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE ESTIMULACIÓN (AURÍCULAR O VENTRICULAR)
37.8.9.04	EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE DESFIBRILACIÓN
37.8.9.05	EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO
<b>37.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN CORAZÓN Y PERICARDIO</b>
<b>37.9.0.</b>	<b>CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA</b>
37.9.0.01	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA VÍA ABIERTA
37.9.0.02	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA MÍNIMAMENTE INVASIVA
37.9.0.03	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>37.9.1.</b>	<b>MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESTIMULACIÓN CARDÍACA ELÉCTRICA A TÓRAX ABIERTO</i>
37.9.1.00	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO SOD
<b>37.9.2.</b>	<b>INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN CORAZÓN</b>
37.9.2.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN CORAZÓN SOD
<b>37.9.3.</b>	<b>DILATACIÓN DE TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR DERECHO</b>
37.9.3.01	DILATACIÓN DE TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR DERECHO VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>38.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN VASOS SANGUÍNEOS (INCISIÓN, ESCISIÓN Y OCLUSIÓN)</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLOS DE VASOS CARDÍACOS (36.)</i>
<b>38.0.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TROMBECTOMÍA, TROMBOLISIS, EMBOLECTOMÍA, MECÁNICA O FARMACOLÓGICA</i>
<b>38.0.1.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS INTRACRANEALES</b>

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR ANEURISMAS, MALFORMACIONES AV, FÍSTULAS AV, VASOESPASMO, MALFORMACIÓN DE VENA DE GALENO, TROMBOLISIS CEREBRAL ENTRE OTRAS CAUSAS
<b>Simultáneo:</b>	PANANGIOGRAFÍA (87.4.1.33)
38.0.1.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE CEREBRAL MEDIA
38.0.1.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE COMUNICANTE ANTERIOR
38.0.1.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE CARÓTIDA INTERNA SUPRACLINOIDEA
38.0.1.04	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE OFTÁLMICA
38.0.1.05	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS INTRACRANEALES
38.0.1.10	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES, VÍA ENDOVASCULAR
38.0.1.11	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VÍA ENDOVENOSA
<b>38.0.2.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR FÍSTULAS VERTEBRALES, CAROTÍDEAS, HEMANGIOMAS DE CABEZA Y CUELLO
<b>Simultáneo:</b>	PANANGIOGRAFIA (87.4.1.33)
38.0.2.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO
38.0.2.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO
38.0.2.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO
38.0.2.04	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO
38.0.2.05	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
38.0.2.10	TROMBOLISIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.0.3.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES</b>
38.0.3.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIA SUBCLAVIA
38.0.3.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL AXILAR
38.0.3.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO
38.0.3.04	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENA SUBCLAVIA
38.0.3.05	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA AXILAR
38.0.3.06	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO
38.0.3.07	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
<b>38.0.4.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS TORÁCICOS</b>
38.0.4.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL TORÁCICA
38.0.4.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA TORÁCICA
38.0.4.03	TROMBOLISIS EN VASOS TORÁCICOS
<b>38.0.5.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS ESPINALES</b>
<b>Incluye:</b>	VASOS VERTEBRALES, MENÍNGEOS Y MEDULARES
38.0.5.00	TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS ESPINALES SOD
<b>38.0.6.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA EN ARTERIAS ABDOMINALES</b>
38.0.6.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS ABDOMINALES VÍA ABIERTA
38.0.6.02	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VÍA ENDOVASCULAR
38.0.6.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS ABDOMINALES
<b>38.0.7.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VENAS ABDOMINALES</b>
38.0.7.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS ABDOMINALES, VÍA ABIERTA
38.0.7.02	TROMBOLISIS VENOSA ABDOMINAL, VÍA ENDOVASCULAR
38.0.7.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS ABDOMINALES
<b>38.0.8.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.0.8.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.0.8.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES
38.0.8.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
38.0.8.10	TROMBOLISIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR

UP

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>38.0.9.</b>	<b>TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.0.9.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA
38.0.9.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA INFRAPATELAR VENOSA PROFUNDA
38.0.9.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES
38.0.9.04	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
38.0.9.10	TROMBOLISIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.1.</b>	<b>ENDARTERECTOMIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON O SIN PARCHE</i>
<b>38.1.1.</b>	<b>ENDARTERECTOMIA EN VASOS INTRACRANEALES</b>
38.1.1.01	ENDARTERECTOMIA DE LA CARÓTIDA INTERNA PORCIÓN INTRACRANEAL
38.1.1.02	ENDARTERECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES
<b>38.1.2.</b>	<b>ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO</b>
38.1.2.01	ENDARTERECTOMIA DE LA CARÓTIDA COMUN
38.1.2.02	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA
38.1.2.03	ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA INTERNA PORCIÓN CERVICAL
38.1.2.04	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
<b>38.1.3.</b>	<b>ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES</b>
38.1.3.01	ENDARTERECTOMIA DE SUBCLAVIA
38.1.3.02	ENDARTERECTOMIA AXILAR
38.1.3.03	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO
38.1.3.04	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
<b>38.1.4.</b>	<b>ENDARTERECTOMIA DE AORTA</b>
38.1.4.00	ENDARTERECTOMIA DE AORTA SOD
<b>38.1.5.</b>	<b>ENDARTERECTOMIA EN VASOS TORÁCICOS</b>
38.1.5.01	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR
38.1.5.02	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORÁCICOS
<b>38.1.6.</b>	<b>ENDARTERECTOMIA EN ARTERIAS ABDOMINALES</b>
38.1.6.01	ENDARTERECTOMIA RENAL
38.1.6.02	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTÉRICA
38.1.6.03	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA
38.1.6.04	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES
<b>38.1.8.</b>	<b>ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.1.8.01	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR
38.1.8.02	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR
38.1.8.03	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
<b>38.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN VASOS SANGUÍNEOS</b>
<b>38.2.1.</b>	<b>BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO</b>
38.2.1.01	BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO SUPERFICIAL
38.2.1.02	BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO PROFUNDO
<b>38.2.2.</b>	<b>ANGIOSCOPIA PERCUTÁNEA</b>
38.2.2.00	ANGIOSCOPIA PERCUTÁNEA SOD
<b>38.2.3.</b>	<b>PRUEBAS FUNCIONALES EN VASOS SANGUÍNEOS</b>
38.2.3.01	PRUEBA FUNCIONAL EN VASOS INTRACRANEALES
38.2.3.02	PRUEBA FUNCIONAL EN VASOS ESPINALES
38.2.3.05	CAPILAROSCOPIA (VIDEO CAPILAROSCOPIA)
<b>38.3.</b>	<b>RESECCIÓN DE VASO CON ANASTOMOSIS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ANGIECTOMIA, ESCISIÓN DE LESIÓN EN VASO SANGUÍNEO (ANEURISMAS, FÍSTULAS AV MALFORMACIÓN AV) CONGÉNITA O ADQUIRIDA</i>

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Excluye:</b>	REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (36.2.)
<b>38.3.1.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS INTRACRANEALES</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR FÍSTULAS, ANEURISMAS, TUMORES EN VASOS INTRACRANEALES ENTRE OTRAS CAUSAS
38.3.1.01	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA SUPRATENTORIAL SPETZLER I Y II
38.3.1.02	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA SUPRATENTORIAL SPETZLER III, IV Y V
38.3.1.03	RESECCIÓN DE MALFORMACIONES ARTERIO VENOSAS DE LÍNEA MEDIA E INTRAVENTRICULAR
38.3.1.04	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INFRATENTORIAL SPETZLER I Y II
38.3.1.05	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INFRATENTORIAL SPETZLER III, IV Y V
38.3.1.06	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS INTRACRANEALES
<b>38.3.2.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR MALFORMACIÓN ARTERIO VENOSA, ANEURISMA DE CARÓTIDA Y OTROS VASOS DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO
38.3.2.01	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO
38.3.2.02	RESECCIÓN ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO
38.3.2.03	RESECCIÓN ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO
38.3.2.04	RESECCIÓN VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO
38.3.2.05	RESECCIÓN VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO
38.3.2.06	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
<b>38.3.3.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES</b>
38.3.3.01	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA
38.3.3.02	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS PRIMARIA AXILAR
38.3.3.03	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO
38.3.3.04	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
<b>38.3.4.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN AORTA</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR TRAUMA, DISECCIÓN O ANEURISMA ENTRE OTRAS CAUSAS
<b>Simultáneo:</b>	CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)
38.3.4.04	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE AORTA
38.3.4.05	RECONSTRUCCION AÓRTICA TORACO- ABDOMINAL (METODOS CLASICO, DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)
38.3.4.06	RECONSTRUCCION DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE VÍA ABIERTA
38.3.4.07	RECONSTRUCCION DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
38.3.4.08	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AÓRTICO VÍA ABIERTA
38.3.4.09	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AÓRTICO VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
38.3.4.10	RECONSTRUCCION DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE VÍA ABIERTA
38.3.4.11	RECONSTRUCCION DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
38.3.4.12	REIMPLANTE O RECONSTRUCCIÓN DE OSTIA CORONARIA VÍA ABIERTA

4/08

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
38.3.4.13	REIMPLANTE O RECONSTRUCCIÓN DE OSTIA CORONARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA
38.3.4.14	REVASCLARIZACIÓN DE VASOS DE CUELLO VÍA ABIERTA
<b>38.3.5.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>VASOS VERTEBRALES, MENÍNGEOS Y MEDULARES</i>
38.3.5.01	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES, SEGMENTO CERVICAL
38.3.5.02	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES, SEGMENTO TORÁCICO
38.3.5.03	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES, SEGMENTO LUMBOSACRO
38.3.5.04	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS ESPINALES
<b>38.3.6.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN ARTERIAS ABDOMINALES</b>
38.3.6.01	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE ARTERIAS ABDOMINALES
38.3.6.02	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES
<b>38.3.7.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VENAS ABDOMINALES</b>
38.3.7.01	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES
38.3.7.02	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES
<b>38.3.8.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.3.8.01	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA SUPRAPATELAR
38.3.8.02	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA INFRAPATELAR
38.3.8.03	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
<b>38.3.9.</b>	<b>RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.3.9.01	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR
38.3.9.02	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL INFRAPATELAR
38.3.9.03	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
<b>38.4.</b>	<b>RESECCIÓN DE VASO CON SUSTITUCIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ANGIECTOMIA CON SUSTITUCIÓN, ESCISIÓN DE LESIÓN EN VASO (ANEURISMAS, FÍSTULAS AV) CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS; RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO O PARCHE SINTETICO</i>
<b>38.4.2.</b>	<b>RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO</b>
38.4.2.01	RESECCIÓN CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DEL CUELLO
38.4.2.02	RESECCIÓN CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO
38.4.2.03	ESCISIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
<b>38.4.3.</b>	<b>RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES</b>
38.4.3.01	RESECCIÓN DE SUBCLAVÍA CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO O PRÓTESIS
38.4.3.02	RESECCIÓN AXILAR CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO O PRÓTESIS
38.4.3.03	RESECCIÓN EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO O PRÓTESIS
38.4.3.04	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
<b>38.4.4.</b>	<b>RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE AORTA ABDOMINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ANEURISMAS, FÍSTULAS, TRAUMA, DISECCIÓN ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
38.4.4.00	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE AORTA ABDOMINAL SOD
<b>38.4.5.</b>	<b>RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS TORÁCICOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AORTA, INNOMINADA, PULMONAR, SUBCLAVIA, CAVA SUPERIOR</i>
38.4.5.00	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS TORÁCICOS SOD

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>38.4.6.</b>	<b>RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESPLÉNICA, MESENTÉRICA, HEPÁTICA, RENAL, ILÍACA, GÁSTRICA, TRONCO CELÍACO, UMBILICAL</i>
38.4.6.00	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD
<b>38.4.7.</b>	<b>RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESPLÉNICA, ILÍACA, PORTAL, RENAL, CAVA INFERIOR</i>
38.4.7.00	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES SOD
<b>38.4.8.</b>	<b>RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.4.8.01	RESECCIÓN ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS
38.4.8.02	RESECCIÓN ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS
38.4.8.03	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
<b>38.4.9.</b>	<b>RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.4.9.01	TRANSPOSICIÓN VENOSA CON SEGMENTO VALVULADO
38.4.9.02	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
<b>38.5.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS SANGUÍNEOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ANEURISMA, MALFORMACIÓN AV, FÍSTULA AV U OTRA LESIÓN DE VASO SANGUÍNEO, EMBOLIZACIÓN VÍA ENDOVASCULAR</i>
<b>38.5.1.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES</b>
38.5.1.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE CIRCULACIÓN CEREBRAL ANTERIOR
<b>Incluye:</b>	<i>ARTERIAS CEREBRAL ANTERIOR, COMUNICANTE ANTERIOR, COROIDEA ANTERIOR, HIPOFISIARIA ANTERIOR, OFTÁLMICA ENTRE OTRAS</i>
38.5.1.02	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIA CARÓTIDA INTRACEREBRAL
38.5.1.03	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE CARÓTIDA EN SENO CAVERNOSO
38.5.1.04	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA
38.5.1.05	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS MENÍNGEOS O SENOS DURALES
38.5.1.06	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES
38.5.1.10	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE CIRCULACIÓN CEREBRAL POSTERIOR
<b>Incluye:</b>	<i>ARTERIAS CEREBRAL POSTERIOR, CEREBELOSA SUPERIOR, CEREBELOSA ANTEROINFERIOR, CEREBELOSA POSTEROINFERIOR, COMUNICANTE POSTERIOR, BASILAR PORCIÓN MEDIA ENTRE OTRAS</i>
38.5.1.11	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE LESIÓN EN ARTERIA VERTEBRAL
38.5.1.20	OCLUSIÓN DE LESIÓN EN VASOS INTRACRANEALES, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.5.2.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EMBOLOIZACIÓN DE TUMORES, Y EPISTAXIS</i>
38.5.2.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO
38.5.2.02	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO
38.5.2.03	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO
38.5.2.04	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO
38.5.2.05	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO

CP

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
38.5.2.20	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.5.3.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES</b>
38.5.3.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE SUBCLAVIA
38.5.3.02	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES
38.5.3.03	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO
38.5.3.04	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
38.5.3.20	OCLUSIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.5.4.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES</b>
38.5.4.01	OCLUSIÓN DE VASOS ESPINALES, VÍA ENDOVASCULAR
38.5.4.02	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES
<b>38.5.5.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORÁCICOS</b>
38.5.5.01	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS
38.5.5.20	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
38.5.5.21	OCLUSIÓN DE COLATERALES AORTO PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>38.5.6.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESPLÉNICA, GÁSTRICA, HEPÁTICA, ILÍACA, MESENTÉRICA, RENAL, TRONCO CELÍACO, UMBILICAL</i>
38.5.6.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MÁS (SELECTIVAS)
38.5.6.02	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES
38.5.6.20	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.5.7.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESPLÉNICA, ILÍACA, PORTA, RENAL, CAVA INFERIOR</i>
38.5.7.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES, UNA O MAS
38.5.7.02	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES
38.5.7.20	OCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.5.8.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>FEMORAL COMÚN Y SUPERFICIAL, POPLÍTEA Y TIBIAL</i>
38.5.8.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR
38.5.8.02	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR
38.5.8.03	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
38.5.8.20	OCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.5.9.</b>	<b>OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.5.9.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR
38.5.9.02	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR
38.5.9.03	LIGADURA DE PERFORANTES
38.5.9.04	LIGADURA ENDOSCÓPICA DE PERFORANTES
38.5.9.05	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
38.5.9.20	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR
<b>38.6.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS</b>
<b>38.6.1.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ARTERIAL</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
38.6.1.00	TOMA DE INJERTO ARTERIAL SOD
<b>38.6.2.</b>	<b>TOMA DE INJERTO VENOSO</b>
38.6.2.00	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD
<b>38.6.3.</b>	<b>ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS</b>
38.6.3.01	ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS VÍA PERCUTÁNEA
38.6.3.02	ESCLEROSIS DE LESIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS
<b>38.6.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO)</b>
38.6.4.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VÍA ABIERTA
38.6.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VÍA ENDOVASCULAR [PERCUTÁNEA]
<b>38.7.</b>	<b>INTERRUPCION O PLICATURA DE VENA CAVA</b>
<b>38.7.2.</b>	<b>LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR)</b>
38.7.2.00	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD
<b>38.7.3.</b>	<b>INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA</b>
38.7.3.00	INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD
<b>38.8.</b>	<b>LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS (42.9.1.) Y GÁSTRICAS (44.9.1.)</i>
<b>38.8.7.</b>	<b>LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES</b>
38.8.7.00	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES SOD
<b>38.8.9.</b>	<b>LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
38.8.9.01	LIGADURA Y ESCISIÓN SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS
38.8.9.02	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS
38.8.9.03	LIGADURA Y ESCISIÓN DE SAFENA EXTERNA
38.8.9.04	LIGADURA Y ESCISIÓN DE SAFENA INTERNA
38.8.9.05	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES
<b>38.9.</b>	<b>PUNCIÓN DE VASO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA PARA MONITORIZACIÓN CIRCULATORIA (89.6.)</i>
<b>38.9.0.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE CATÉTER ARTERIAL</b>
38.9.0.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL
38.9.0.02	COLOCACIÓN CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO (LÍNEA ARTERIAL)
<b>38.9.1.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO</b>
38.9.1.01	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL
38.9.1.02	INSERCIÓN DE CATÉTER YUGULAR
38.9.1.03	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL, VÍA PERIFÉRICA
38.9.1.04	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL VÍA ABIERTA
38.9.1.05	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
38.9.1.06	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR IMPLANTABLE
38.9.1.07	INSERCIÓN DE CATÉTER PERMANENTE
<b>Incluye:</b>	<i>PARA HEMODIÁLISIS QUIMIOTERAPIA Y OTRAS</i>
38.9.1.08	INSERCIÓN DE CATÉTER EN VENA CAVA VÍA TRANSLUMBAR (TRANSCAVO)
<b>38.9.2.</b>	<b>CATETERISMO DE VENA UMBILICAL</b>
38.9.2.00	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL SOD
<b>38.9.3.</b>	<b>CATETERISMO O CANALIZACIÓN DE VENA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA TROMBOLISIS SISTÉMICA</i>
38.9.3.00	CATETERISMO O CANALIZACIÓN DE VENA SOD
<b>38.9.4.</b>	<b>DISECCIÓN VENOSA</b>

9



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
38.9.4.00	DISECCIÓN VENOSA SOD
<b>38.9.5.</b>	<b>CATETERIZACIÓN VENOSA PARA DIÁLISIS RENAL</b>
38.9.5.00	CATETERIZACIÓN VENOSA PARA DIÁLISIS RENAL SOD
<b>38.9.9.</b>	<b>OTRA PUNCIÓN DE VENA</b>
38.9.9.00	FLEBOTOMÍA TERAPÉUTICA SOD
<b>39.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VASOS SANGUÍNEOS</b>
<b>39.0.</b>	<b>DERIVACIÓN SISTÉMICA A ARTERIA PULMONAR</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>
<b>39.0.1.</b>	<b>ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR</b>
39.0.1.00	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR SOD
<b>39.0.2.</b>	<b>ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR</b>
39.0.2.00	ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR SOD
<b>39.1.</b>	<b>DERIVACIÓN VENOSA</b>
<b>39.1.2.</b>	<b>DERIVACIÓN VENOSA EN CUELLO</b>
39.1.2.01	DERIVACIÓN YUGULO-CAVA
39.1.2.02	DERIVACIÓN YUGULO-ATRIAL
<b>39.1.7.</b>	<b>DERIVACIÓN VENOSA INTRAABDOMINAL</b>
39.1.7.01	DERIVACIÓN PORTO-CAVA
39.1.7.02	DERIVACIÓN MESENTÉRICO-CAVA
39.1.7.03	DERIVACIÓN ESPLENO-RENAL
39.1.7.04	DERIVACIÓN PORTO-SISTÉMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPÁTICA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR HIPERTENSIÓN PORTAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>GUIADA POR IMAGENOLOGÍA (87.)</i>
<b>39.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN, ANASTOMOSIS O DERIVACIÓN O PUENTES DE VASOS NO CORONARIOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>39.2.0.</b>	<b>DERIVACIÓN O PUENTE VASCULAR EXTRACRANEAL-INTRACRANEANO</b>
39.2.0.00	DERIVACIÓN O PUENTE VASCULAR EXTRACRANEAL-INTRACRANEANO SOD
<b>39.2.1.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR</b>
39.2.1.00	ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR SOD
<b>39.2.2.</b>	<b>DERIVACIÓN AORTA-SUBCLAVIA-CAROTÍDEA</b>
39.2.2.01	DERIVACIÓN DE AORTA A CARÓTIDA
39.2.2.02	DERIVACIÓN O PUENTE AXILO-AXILAR
39.2.2.03	DERIVACIÓN O PUENTE SUBCLAVIO-SUBCLAVIO
39.2.2.04	DERIVACIÓN O PUENTE AORTO-SUBCLAVIO
<b>39.2.4.</b>	<b>DERIVACIÓN AORTA-RENAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DERIVACIÓN HEPATO-RENAL, ESPLENO-RENAL, ILIO-RENAL, Y REIMPLANTE DE ARTERIA RENAL O VASO RENAL ABERRANTE</i>
39.2.4.00	DERIVACIÓN AORTA-RENAL SOD
<b>39.2.5.</b>	<b>DERIVACIÓN AORTA-ILÍACA-FEMORAL</b>
39.2.5.01	DERIVACIÓN AORTO-FEMORAL
39.2.5.02	DERIVACIÓN AORTO-ILÍACA
39.2.5.03	DERIVACIÓN O PUENTE ILIO-FEMORAL
<b>39.2.6.</b>	<b>OTRAS DERIVACIONES VASCULARES INTRABDOMINALES O EXTRA-ANATÓMICAS</b>
39.2.6.01	DERIVACIÓN O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)
39.2.6.02	DERIVACIÓN O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL
39.2.6.03	DERIVACIÓN O PUENTE AXILO-FEMORAL BIFEMORAL (CRUZADO)
39.2.6.04	DERIVACIÓN AÓRTICO-MESENTERICO SUPERIOR

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
39.2.6.05	DERIVACIÓN ILIO-FEMORAL POR AGUJERO OBTURADOR
39.2.6.20	DERIVACIÓN O PUENTE AORTO-AÓRTICO
<b>39.2.7.</b>	<b>ARTERIOVENOSTOMÍA PARA DIÁLISIS RENAL</b>
39.2.7.01	FORMACIÓN DE FÍSTULA AV (PERIFÉRICA) PARA DIÁLISIS RENAL
39.2.7.02	FORMACIÓN DE FÍSTULA AV (PERIFÉRICA) PARA DIÁLISIS RENAL CON PRÓTESIS [DERIVACIÓN AV POR CÁNULA EXTERNA DE SCRIBNER] [INSERCIÓN DE CÁNULA VASO A VASO]
<b>39.2.8.</b>	<b>DERIVACIÓN O PUENTES EN VASOS PERIFÉRICOS</b>
39.2.8.01	DERIVACIÓN (INJERTO) AXILAR-BRAQUIAL
39.2.8.02	DERIVACIÓN (INJERTO) O PUENTE FEMORO-PERONEAL
39.2.8.03	DERIVACIÓN (INJERTO) O PUENTE FEMORO-POPLITEO
39.2.8.04	DERIVACIÓN (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL
39.2.8.05	DERIVACIÓN O PUENTES DE VASOS PERIFÉRICOS
<b>39.3.</b>	<b>SUTURA DE VASO SANGUÍNEO</b>
<b>39.3.2.</b>	<b>SUTURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO</b>
39.3.2.01	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA I Y III DEL CUELLO
39.3.2.02	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO
39.3.2.03	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO
39.3.2.04	SUTURA DE VENAS ZONA II DE CUELLO
39.3.2.05	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
39.3.2.10	SUTURA DE VASOS DE CUERO CABELLUDO
<b>39.3.3.</b>	<b>SUTURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES</b>
39.3.3.01	SUTURA DE ARTERIA SUBCLAVIA
39.3.3.02	SUTURA DE ARTERIA AXILAR
39.3.3.03	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO
39.3.3.04	SUTURA DE VENA AXILAR
39.3.3.05	SUTURA DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO
39.3.3.06	RECONSTRUCCIÓN DE VASOS PERIFÉRICOS EN MANO
39.3.3.07	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
<b>39.3.6.</b>	<b>SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES</b>
39.3.6.00	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD
<b>39.3.7.</b>	<b>SUTURA DE VENAS ABDOMINALES</b>
39.3.7.00	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES SOD
<b>39.3.8.</b>	<b>SUTURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
39.3.8.04	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VÍA ABIERTA
39.3.8.05	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.3.8.06	SUTURA INFRAPATELAR DE ARTERIAS VÍA ABIERTA
39.3.8.07	SUTURA INFRAPATELAR DE ARTERIAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>39.3.9.</b>	<b>SUTURA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
39.3.9.04	SUTURA SUPRAPATELAR DE VENAS VÍA ABIERTA
39.3.9.05	SUTURA SUPRAPATELAR DE VENAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.3.9.06	SUTURA INFRAPATELAR DE VENAS VÍA ABIERTA
39.3.9.07	SUTURA INFRAPATELAR DE VENAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>39.4.</b>	<b>REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO VASCULAR</b>
<b>39.4.1.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR</b>
39.4.1.00	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR SOD
<b>39.4.2.</b>	<b>REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
39.4.2.00	REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL SOD
<b>39.4.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL</b>
39.4.3.00	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL SOD
<b>39.5.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>39.5.0.</b>	<b>ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA EN VASOS NO CORONARIOS CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)</b>
39.5.0.01	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS NO CORONARIOS CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.0.10	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS INTRACRANEALES
39.5.0.11	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS INTRACRANEALES, CON COLOCACIÓN PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.0.12	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE ARTERIA CARÓTIDA
39.5.0.13	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE ARTERIA VERTEBRAL
39.5.0.14	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE ARTERIA BASILAR
39.5.0.15	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CARÓTIDA, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.0.16	ANGIOPLASTIA ARTERIA VERTEBRAL, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.0.17	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE ARTERIA BASILAR, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.0.20	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
39.5.0.21	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.0.22	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORÁCICOS VÍA ABIERTA
39.5.0.23	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORÁCICOS MÍNIMAMENTE INVASIVA
39.5.0.24	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORÁCICOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.0.25	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES VÍA ABIERTA
39.5.0.26	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES MÍNIMAMENTE INVASIVA
39.5.0.27	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.0.28	MARSUPIALIZACIÓN AL PERICARDIO Y COLOCACION DE PARCHES EN VENAS PULMONARES
39.5.0.30	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
39.5.0.31	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.0.60	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS ABDOMINALES CON BALÓN
39.5.0.61	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS ABDOMINALES CON BALÓN, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
39.5.0.62	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE ARTERIA MESENTÉRICA
39.5.0.63	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE ARTERIA RENAL
39.5.0.80	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN
39.5.0.81	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN, PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)
<b>39.5.1.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VASOS</b>
39.5.1.01	DENERVACION DE ARTERIAS RENALES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.1.02	PLASTIA POR ESTENOSIS DE VENAS SISTÉMICAS VÍA ABIERTA
39.5.1.03	TUNELIZACIÓN DE VENA CAVA IZQUIERDA A LA AURÍCULA DERECHA

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución 'Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015'

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>39.5.2.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE ANEURISMA</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR ANEURISMA GIGANTE (MAYOR DE DOS CENTÍMETROS DE DIAMETRO) ENTRE OTRAS CAUSAS
<b>Simultáneo:</b>	GUIA IMAGENOLÓGICA -ECOGRAFÍA DOPPLER (88.2.8.) EN EL MANEJO COMPRESIVO DE SEUDOANEURISMA ARTERIAL POSPUNCIÓN O POSTRAUMA
39.5.2.02	REPARACIÓN DE ANEURISMA POR ENVOLTURA [REFORZAMIENTO DE PARED]
39.5.2.05	REPARACION DE ANEURISMA POR OCLUSION VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.2.11	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VÍA ABIERTA
39.5.2.12	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VÍA ENDOSCOPICA
39.5.2.13	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.2.14	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VÍA ABIERTA
39.5.2.15	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VÍA ENDOSCOPICA
39.5.2.16	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.2.17	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VÍA ABIERTA
39.5.2.18	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VÍA ENDOSCOPICA
39.5.2.19	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.2.20	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>39.5.3.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULAS VASCULARES</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLA CON RESECCIÓN (38.3., 38.6.), SUSTITUCIÓN O INJERTO (38.4.); REPARACIÓN DE DERIVACIÓN AV PARA DIÁLISIS RENAL (39.4.2.)
39.5.3.01	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VÍA ABIERTA
39.5.3.02	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.3.03	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA MÍNIMAMENTE INVASIVA
39.5.3.04	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VÍA ABIERTA
39.5.3.05	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL MÍNIMAMENTE INVASIVA
39.5.3.06	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
39.5.3.07	CIERRE DE FISTULA VENOVENOSA VÍA ABIERTA
39.5.3.08	CIERRE DE FISTULA VENOVENOSA MÍNIMAMENTE INVASIVA
39.5.3.09	CIERRE DE FISTULA VENOVENOSA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
<b>39.5.4.</b>	<b>OPERACIÓN DE RE-ENTRADA (AORTA)</b>
39.5.4.00	OPERACIÓN DE RE-ENTRADA (AORTA) SOD
<b>39.5.6.</b>	<b>REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE DE TEJIDO</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLAS CON RESECCIÓN (38.4.2. A 38.4.9.)
39.5.6.00	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE DE TEJIDO SOD
<b>39.5.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLAS CON RESECCIÓN (38.4.2. A 38.4.9.)
39.5.7.00	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE SINTÉTICO SOD
<b>39.5.8.</b>	<b>REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE NO ESPECIFICADO</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLAS CON RESECCIÓN (38.4.2. A 38.4.9.)
39.5.8.00	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE NO ESPECIFICADO SOD

45

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>39.6.</b>	<b>CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA Y PROCEDIMIENTOS AUXILIARES PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA</b>
<b>39.6.1.</b>	<b>CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PREPARACIÓN DE MEZCLA DE MEDICAMENTOS PARA CARDIOPLEJIA</i>
39.6.1.00	CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA [DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR] SOD
<b>39.6.2.</b>	<b>HIPOTERMIA (SISTÉMICA) ACCESORIA DE CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA</b>
39.6.2.00	HIPOTERMIA (SISTÉMICA) ACCESORIA DE CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA SOD
<b>39.6.5.</b>	<b>OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA DE LA MEMBRANA [ECMO]</b>
39.6.5.01	OXIGENACION EXTRACORPOREA DE MEMBRANA [ECMO]
39.6.5.02	CANULACIÓN PERIFÉRICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]
39.6.5.03	CANULACIÓN CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]
39.6.5.04	REACOMODACIÓN O RECANULACIÓN DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]
39.6.5.05	RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]
<b>39.6.6.</b>	<b>DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR PERCUTÁNEA</b>
39.6.6.00	DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR PERCUTÁNEA SOD
<b>39.7.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS</b>
<b>39.7.2.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO</b>
39.7.2.01	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA
39.7.2.02	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO
39.7.2.03	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO
39.7.2.04	EXPLORACIÓN DE VENAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA
39.7.2.05	EXPLORACIÓN DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO
39.7.2.06	EXPLORACIÓN DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO
39.7.2.07	EXPLORACIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
<b>39.7.3.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES</b>
39.7.3.01	EXPLORACIÓN DE ARTERIA SUBCLAVIA
39.7.3.02	EXPLORACIÓN DE ARTERIA AXILAR
39.7.3.03	EXPLORACIÓN DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO
39.7.3.04	EXPLORACIÓN DE VENA SUBCLAVIA
39.7.3.05	EXPLORACIÓN DE VENA AXILAR
39.7.3.06	EXPLORACIÓN DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO
39.7.3.07	EXPLORACIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
<b>39.7.4.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE AORTA ABDOMINAL</b>
39.7.4.00	EXPLORACIÓN DE AORTA ABDOMINAL SOD
<b>39.7.5.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AORTA, INNOMINADA, PULMONARES, SUBCLAVIA, VENAS CAVAS</i>
39.7.5.01	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR ESTERNOTOMÍA
39.7.5.02	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR TORACOTOMÍA
39.7.5.03	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR TORACOSCOPIA
<b>39.7.6.</b>	<b>EXPLORACIÓN EN ARTERIAS ABDOMINALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TRONCO CELÍACO, ESPLÉNICA, GÁSTRICA, HEPÁTICA, ILÍACA, MESENTÉRICA, RENAL, UMBILICAL, U OTRAS</i>
39.7.6.01	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES
<b>39.7.7.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES</b>

50

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>ESPLÉNICA, ILÍACA, PORTA, RENAL, MESENTÉRICA, CAVA</i>
39.7.7.00	EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES SOD
<b>39.7.8.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
39.7.8.01	EXPLORACIÓN ARTERIAL SUPRAPATELAR
39.7.8.02	EXPLORACIÓN ARTERIAL INFRAPATELAR
39.7.8.03	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
<b>39.7.9.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES</b>
39.7.9.01	EXPLORACIÓN VENOSA SUPRAPATELAR
39.7.9.02	EXPLORACIÓN VENOSA INFRAPATELAR
39.7.9.03	EXPLORACIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
<b>39.8.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CUERPO CAROTÍDEO Y OTROS CUERPOS VASCULARES</b>
<b>39.8.0.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO</b>
39.8.0.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO (QUEMODECTOMÍA) SIN ESCISIÓN DE LA CARÓTIDA
39.8.0.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO (QUEMODECTOMÍA) CON ESCISIÓN DE LA CARÓTIDA
<b>39.8.1.</b>	<b>IMPLANTACIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRÓNICO</b>
39.8.1.00	IMPLANTACIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRÓNICO SOD
<b>39.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN LOS VASOS SANGUÍNEOS</b>
<b>39.9.0.</b>	<b>COLOCACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES</b>
39.9.0.00	COLOCACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES SOD
<b>39.9.1.</b>	<b>LIBERACIÓN DE VASO SANGUÍNEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR)</b>
39.9.1.00	LIBERACIÓN DE VASO SANGUÍNEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR) SOD
<b>39.9.2.</b>	<b>INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)</b>
<b>Excluye:</b>	<i>INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VÁRICES ESOFÁGICAS (42.3.3.), EN HEMORROIDES (49.4.2.)</i>
39.9.2.00	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD
<b>39.9.4.</b>	<b>SUSTITUCIÓN O REVISIÓN DE CÁNULA VASO A VASO</b>
39.9.4.00	SUSTITUCIÓN O REVISIÓN DE CÁNULA VASO A VASO SOD
<b>39.9.5.</b>	<b>HEMODIÁLISIS</b>
39.9.5.01	HEMODIÁLISIS ESTÁNDAR CON BICARBONATO
<b>39.9.6.</b>	<b>PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO (SISTÉMICA)</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER SUSTANCIA PERFUNDIDA (99.1. - 99.2.)</i>
39.9.6.01	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO EN ASISTENCIA CIRCULATORIA
39.9.6.02	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO EN ASISTENCIA RESPIRATORIA
<b>39.9.7.</b>	<b>PERFUSIÓN LOCAL (REGIONAL)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INFUSIÓN DE AGENTES TROMBOLÍTICOS,</i>
39.9.7.01	PERFUSIÓN LOCAL (REGIONAL) DIRIGIDA CON CATÉTER
39.9.7.02	PERFUSIÓN LOCAL
<b>39.9.8.</b>	<b>TERAPIAS DIALÍTICAS CONTINUAS</b>
39.9.8.01	HEMOFILTRACIÓN ARTERIOVENOSA CONTINUA (CAVH)
39.9.8.02	HEMOFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA (CVVH)
39.9.8.03	HEMODIAFILTRACIÓN ARTERIOVENOSA
39.9.8.04	HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA
<b>39.9.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VASOS</b>
<b>39.9.9.01</b>	<b>RETIRO DE CATÉTER INTRARTERIAL</b>

LMD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
39.9.9.02	RETIRO DE CATÉTER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE
39.9.9.03	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN VASCULAR EN CUERO CABELLUDO CARA O CUELLO
<b>Capítulo 08 SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO</b>	
<b>40.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN EL SISTEMA LINFÁTICO</b>
<b>40.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESTRUCTURAS LINFÁTICAS</b>
<b>40.1.0.</b>	<b>BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>GUÍA IMAGENOLÓGICA</i>
40.1.0.01	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA CON TINCIÓN
40.1.0.02	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA CON RADIOMARCACIÓN
<b>40.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFÁTICA</b>
40.1.1.01	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO SUPERFICIAL
40.1.1.02	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO PROFUNDO
<b>40.1.2.</b>	<b>BÚSQUEDA DE LESIÓN OCULTA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>GUÍA IMAGENOLÓGICA.</i>
<b>Excluye:</b>	<b>85.1.3.03</b>
40.1.2.01	BÚSQUEDA DE LESIÓN OCULTA RADIOGUIADA
<b>40.2.</b>	<b>ESCISIÓN SIMPLE DE ESTRUCTURA LINFÁTICA</b>
<b>40.2.1.</b>	<b>ESCISIÓN DEL GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO</b>
40.2.1.01	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO
<b>40.2.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO</b>
40.2.2.01	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO INTERNO
<b>40.2.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR</b>
40.2.3.01	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR VÍA ABIERTA
<b>40.2.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO INGUINAL</b>
40.2.4.00	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO INGUINAL SOD
<b>40.2.5.</b>	<b>ESCISIÓN DE HIGROMA QUÍSTICO DE CUELLO</b>
40.2.5.00	ESCISIÓN DE HIGROMA QUÍSTICO DE CUELLO SOD
<b>40.2.6.</b>	<b>ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO</b>
40.2.6.00	ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD
<b>40.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL</b>
<b>40.3.0.</b>	<b>ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL EXTENDIDA AL ÁREA DE DRENAJE LINFÁTICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
40.3.0.00	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL EXTENDIDA AL ÁREA DE DRENAJE LINFÁTICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD
<b>40.4.</b>	<b>ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIO O ESTRUCTURA LINFÁTICA CERVICAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RESECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS CERVICALES CON MÚSCULO Y FASCIA PROFUNDA</i>
<b>40.4.0.</b>	<b>VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO</b>
40.4.0.01	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VÍA ABIERTA
40.4.0.02	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VÍA ENDOSCÓPICA
40.4.0.03	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VÍA ABIERTA
40.4.0.04	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>40.4.4.</b>	<b>VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO</b>

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	VACIAMIENTO SUPRAOMOHIODEO Y REVACIAMIENTO SELECTIVO
40.4.4.01	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VÍA ABIERTA
40.4.4.02	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VÍA ENDOSCÓPICA
40.4.4.03	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR CERVICOTOMÍA
40.4.4.04	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA LIMITADA
<b>40.5.</b>	<b>ESCISIÓN RADICAL DE OTROS GANGLIOS LINFÁTICOS</b>
<b>Incluye:</b>	EN CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS, TORACOSCÓPICAS, ENTRE OTRAS SE INCLUYE MANO ASISTIDA
<b>40.5.1.</b>	<b>VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR</b>
40.5.1.01	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR VÍA ABIERTA
40.5.1.02	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR VÍA ENDOSCÓPICA
<b>40.5.2.</b>	<b>VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) TORÁCICO O MEDIASTINAL</b>
40.5.2.01	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO VÍA ABIERTA
40.5.2.02	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO VÍA TORACOSCÓPICA
40.5.2.03	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA
<b>40.5.3.</b>	<b>VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO INGUINO ILIACO</b>
40.5.3.04	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VÍA ABIERTA
40.5.3.05	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
40.5.3.06	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOILÍACO BILATERAL VÍA ABIERTA
40.5.3.07	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOILÍACO BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>40.5.4.</b>	<b>VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO ABDOMINO PÉLVICO</b>
40.5.4.04	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL VÍA ABIERTA
40.5.4.05	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
40.5.4.06	LINFADENECTOMÍA RADICAL PÉLVICA VÍA ABIERTA
40.5.4.07	LINFADENECTOMÍA RADICAL PÉLVICA VÍA LAPAROSCÓPICA
40.5.4.08	LINFADENECTOMÍA RADICAL EXTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA
40.5.4.09	LINFADENECTOMÍA RADICAL EXTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA
40.5.4.11	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VÍA ABIERTA
40.5.4.12	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>40.5.5.</b>	<b>ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES</b>
40.5.5.02	RESECCIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES VÍA ABIERTA
40.5.5.03	LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>40.5.6.</b>	<b>VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES</b>
40.5.6.01	VACIAMIENTO RADICAL EPITROCLEAR VÍA ABIERTA
40.5.6.02	VACIAMIENTO RADICAL POPLITEO VÍA ABIERTA
<b>40.6.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CONDUCTO TORÁCICO</b>
<b>40.6.1.</b>	<b>CANULACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO</b>
40.6.1.00	CANULACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO SOD
<b>40.6.2.</b>	<b>FISTULIZACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO</b>
40.6.2.00	FISTULIZACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO SOD

43



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>40.6.3.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA DEL CONDUCTO TORÁCICO</b>
40.6.3.00	CIERRE DE FÍSTULA DEL CONDUCTO TORÁCICO SOD
<b>40.6.4.</b>	<b>LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO</b>
40.6.4.01	LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO VÍA ABIERTA
40.6.4.02	LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR TORACOSCOPIA
<b>40.6.5.</b>	<b>DERIVACIÓN LINFOVENOSA</b>
40.6.5.00	DERIVACIÓN LINFOVENOSA SOD
<b>40.6.6.</b>	<b>LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL ÁREA ILÍACA</b>
40.6.6.00	LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL ÁREA ILÍACA SOD
<b>40.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE ESTRUCTURA LINFÁTICA</b>
<b>40.7.1.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE VASOS LINFÁTICOS</b>
40.7.1.01	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFÁTICOS DE GRUESO CALIBRE
<b>40.7.2.</b>	<b>LINFANGIORRAFIA</b>
40.7.2.00	LINFANGIORRAFIA SOD
<b>40.7.3.</b>	<b>LINFANGIOPLASTIA</b>
40.7.3.00	LINFANGIOPLASTIA SOD
<b>40.7.4.</b>	<b>TRASPLANTE DE LINFÁTICOS AUTÓGENOS</b>
40.7.4.00	TRASPLANTE DE LINFÁTICOS AUTÓGENOS SOD
<b>41.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN MÉDULA ÓSEA Y BAZO</b>
<b>41.0.</b>	<b>TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA O DE CÉLULAS PROGENITORAS EXTRAIDAS DE SANGRE PERIFÉRICA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA DE DONANTE (41.9.1.)</i>
<b>41.0.1.</b>	<b>TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PURIFICACIÓN EXTRACORPÓREA DE CÉLULAS MALIGNAS</i>
41.0.1.00	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA SOD
<b>41.0.2.</b>	<b>TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA CON PURIFICACIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ALOINJERTO DE MÉDULA CON EXTRACCIÓN IN VITRO DE CÉLULAS T</i>
41.0.2.00	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA CON PURIFICACIÓN SOD
<b>41.0.3.</b>	<b>TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA SIN PURIFICACIÓN</b>
41.0.3.00	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA SIN PURIFICACIÓN SOD
<b>41.0.4.</b>	<b>TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MADRES HEMATOPOYÉTICAS</b>
41.0.4.00	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MADRES HEMATOPOYÉTICAS SOD
<b>41.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN MÉDULA ÓSEA Y BAZO</b>
<b>41.3.1.</b>	<b>BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA</b>
41.3.1.01	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA
<b>41.3.2.</b>	<b>BIOPSIAS DE BAZO</b>
41.3.2.01	BIOPSIA DE BAZO VÍA PERCUTÁNEA
41.3.2.02	BIOPSIA DE BAZO VÍA ABIERTA
41.3.2.04	BIOPSIA DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>41.4.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL BAZO</b>
<b>41.4.1.</b>	<b>MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ESPLÉNICO</b>
41.4.1.01	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ESPLÉNICO VÍA ABIERTA
41.4.1.02	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ESPLÉNICO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>41.4.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO</b>
41.4.2.01	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO VÍA ABIERTA
41.4.2.02	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>41.4.3.</b>	<b>ESPLENECTOMÍA PARCIAL</b>
41.4.3.01	ESPLENECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA
41.4.3.02	ESPLENECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>41.4.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO</b>
41.4.4.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VÍA ABIERTA
41.4.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>41.4.5.</b>	<b>ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO</b>
41.4.5.01	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO VÍA ABIERTA
41.4.5.02	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>41.5.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE BAZO</b>
<b>41.5.1.</b>	<b>ESPLENECTOMÍA TOTAL</b>
41.5.1.02	ESPLENECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
41.5.1.03	ESPLENECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>41.6.</b>	<b>REPARACIONES Y PLASTIAS EN BAZO</b>
<b>41.6.1.</b>	<b>ESPLENORRAFIA</b>
41.6.1.02	ESPLENORRAFIA VÍA ABIERTA
41.6.1.03	ESPLENORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>41.6.2.</b>	<b>ESPLENONEUMOPEXIA</b>
41.6.2.01	ESPLENONEUMOPEXIA VÍA ABIERTA
41.6.2.02	ESPLENONEUMOPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>41.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN BAZO Y MÉDULA ÓSEA</b>
<b>41.9.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA DE DONANTE</b>
41.9.1.00	ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA DE DONANTE SOD
<b>41.9.2.</b>	<b>INYECCIÓN DE MÉDULA ÓSEA</b>
41.9.2.00	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MÉDULA ÓSEA SOD
<b>41.9.4.</b>	<b>TRASPLANTE DE BAZO</b>
41.9.4.00	TRASPLANTE DE BAZO SOD
<b>Capítulo 09</b>	
<b>SISTEMA</b>	
<b>DIGESTIVO</b>	
<b>42.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ESÓFAGO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EN CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS, TORACOSCÓPICAS, ENTRE OTRAS INCLUYE MANO ASISTIDA</i>
<b>42.0.</b>	<b>ESOFAGOTOMÍA</b>
<b>42.0.1.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA</b>
42.0.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA VÍA ABIERTA
42.0.1.02	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA
42.0.1.03	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA VÍA TORACOSCÓPICA
42.0.1.04	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>42.1.</b>	<b>ESOFAGOSTOMÍA</b>
<b>42.1.1.</b>	<b>ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL</b>
42.1.1.01	ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL VÍA ABIERTA
42.1.1.02	ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>42.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESÓFAGO</b>
<b>42.2.0.</b>	<b>ESOFAGOSCOPIA</b>
42.2.0.01	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISIÓN
42.2.0.02	ESOFAGOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
42.2.0.03	ESOFAGOSCOPIA VÍA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNÓSTICA SIN BIOPSIA
<b>42.2.6.</b>	<b>BIOPSIA DE ESÓFAGO</b>
42.2.6.01	BIOPSIA DE ESÓFAGO VÍA ABIERTA
42.2.6.02	BIOPSIA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>42.3.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO</b>
<b>42.3.0.</b>	<b>DIVERTICULOSTOMÍA DE ESÓFAGO</b>
42.3.0.01	DIVERTICULOSTOMÍA DE ESÓFAGO TRANSORAL
<b>42.3.1.</b>	<b>DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO</b>
42.3.1.03	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO CERVICAL VÍA ABIERTA
42.3.1.04	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO CERVICAL VÍA ENDOSCÓPICA
42.3.1.05	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA ABIERTA
42.3.1.06	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA TORACOSCÓPICA
42.3.1.07	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>42.3.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO</b>
42.3.2.04	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO CERVICAL VÍA ABIERTA
42.3.2.05	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA ABIERTA
42.3.2.06	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA TORACOSCÓPICA
42.3.2.07	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO ABDOMINAL VÍA ABIERTA
42.3.2.08	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>42.3.3.</b>	<b>ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO</b>
42.3.3.01	POLIPECTOMÍA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA
42.3.3.02	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA
42.3.3.04	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA ENDOSCÓPICA
42.3.3.05	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA ENDOSCÓPICA
42.3.3.06	ABLACIÓN DE LESIÓN ESOFÁGICA VÍA ENDOSCÓPICA
42.3.3.08	RESECCIÓN DE LESIÓN MUCOSA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA
42.3.3.09	RESECCIÓN DE LESIÓN SUBMUCOSA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>42.4.</b>	<b>RESECCIÓN DE ESÓFAGO</b>
<b>42.4.1.</b>	<b>ESOFAGECTOMÍA PARCIAL</b>
42.4.1.01	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA
42.4.1.02	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA TORACOSCÓPICA
42.4.1.03	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>42.4.2.</b>	<b>ESOFAGECTOMÍA TOTAL</b>
42.4.2.01	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
42.4.2.02	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA TORACOSCÓPICA
42.4.2.03	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>42.5.</b>	<b>REPARACIONES EN EL ESÓFAGO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>42.5.1.</b>	<b>ESOFAGOESOFAGOSTOMÍA VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL</b>
42.5.1.01	ESOFAGOESOFAGOSTOMÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL VÍA ABIERTA
42.5.1.02	ESOFAGOESOFAGOSTOMÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL VÍA TORACOSCÓPICA
42.5.1.03	ESOFAGOESOFAGOSTOMÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>42.5.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE ESTÓMAGO</b>
42.5.2.01	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA ABIERTA
42.5.2.02	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA TORACOSCÓPICA
42.5.2.03	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA LAPAROSCÓPICA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>42.5.3.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO</b>
42.5.3.01	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
42.5.3.02	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO VÍA TORACOSCÓPICA
42.5.3.03	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>42.5.5.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON</b>
42.5.5.03	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON VÍA ABIERTA
42.5.5.04	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON VÍA TORACOSCÓPICA
42.5.5.05	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>42.5.7.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO CON COLGAJO LIBRE</b>
42.5.7.01	RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO CON COLGAJO LIBRE CON TÉCNICA MICROVASCULAR
<b>42.6.</b>	<b>ANASTOMOSIS ESOFÁGICA PRE O RETRO-ESTERNAL</b>
<b>42.6.1.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL</b>
42.6.1.01	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL CON INTERPOSICIÓN DE COLON
42.6.1.02	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL CON INTERPOSICIÓN DE INTESTINO DELGADO
42.6.1.03	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL CON OTRA INTERPOSICIÓN
<b>42.7.</b>	<b>ESOFAGOMIOTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ACALASIA U OTRAS PATOLOGÍAS</i>
<b>42.7.1.</b>	<b>ESOFAGOTOMÍA CERVICAL</b>
42.7.1.01	ESOFAGOTOMÍA CERVICAL VÍA ABIERTA
42.7.1.02	ESOFAGOTOMÍA CERVICAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>42.7.2.</b>	<b>ESOFAGOTOMÍA TRANSTORÁCICA CON MIOTOMÍA</b>
42.7.2.00	ESOFAGOTOMÍA TRANSTORÁCICA CON MIOTOMÍA SOD
<b>42.7.3.</b>	<b>ESOFAGOTOMÍA CON MIOTOMÍA EN ESPIRAL</b>
42.7.3.00	ESOFAGOTOMÍA CON MIOTOMÍA EN ESPIRAL SOD
<b>42.7.4.</b>	<b>ESOFAGOCARDIO MIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER]</b>
42.7.4.01	ESOFAGOCARDIO MIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER] VÍA ABIERTA
42.7.4.02	ESOFAGOCARDIO MIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA
<b>42.8.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE ESÓFAGO</b>
<b>42.8.1.</b>	<b>INSERCIÓN DE TUBO O PRÓTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO</b>
42.8.1.00	INSERCIÓN DE TUBO O PRÓTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO SOD
<b>42.8.2.</b>	<b>SUTURA POR LACERACIÓN DE ESÓFAGO</b>
42.8.2.01	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMÍA
42.8.2.02	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMÍA
<b>42.8.3.</b>	<b>CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA</b>
42.8.3.00	CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA SOD
<b>42.8.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFÁGICA</b>
42.8.5.00	REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFÁGICA SOD
<b>42.8.6.</b>	<b>CREACIÓN DE TÚNEL SUBCUTÁNEO SIN ANASTOMOSIS ESOFÁGICA</b>
42.8.6.00	CREACIÓN DE TÚNEL SUBCUTÁNEO SIN ANASTOMOSIS ESOFÁGICA SOD

24

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>42.8.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFÁGICA</b>
42.8.7.00	REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFÁGICA SOD
<b>42.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DE ESÓFAGO</b>
<b>42.9.1.</b>	<b>LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS</b>
42.9.1.01	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA TRANSTORÁCICA
42.9.1.02	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS POR TRANSECCIÓN GÁSTRICA
<b>42.9.2.</b>	<b>DILATACIÓN DE ESÓFAGO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ESÓFAGO DE BARRET, ACALASIA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
42.9.2.01	DILATACIÓN ESOFÁGICA CON BUJÍAS DE MERCURIO
42.9.2.02	DILATACIÓN NEUMÁTICA ENDOSCÓPICA CON BALÓN
42.9.2.03	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CONDUCTIDA, TIPO EDER-PUESTOW O SAVARY
42.9.2.04	DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCÓPICA MEDIANTE LÁSER
42.9.2.05	DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCÓPICA MEDIANTE ARGÓN PLASMA
42.9.2.06	DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCÓPICA MEDIANTE INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA
42.9.2.07	CORRECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO DE BARRET MEDIANTE TERAPIA FOTODINÁMICA
42.9.2.08	DILATACIÓN ESOFÁGICA
<b>42.9.3.</b>	<b>INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) ESOFÁGICAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PRÓTESIS RÍGIDAS, FLEXIBLES O AUTOEXPANDIBLES</i>
42.9.3.00	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) ESOFÁGICAS SOD
<b>42.9.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO</b>
42.9.4.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO, VÍA CERVICAL
42.9.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO, VÍA TRANSTORÁCICA
42.9.4.05	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO
<b>43.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ESTÓMAGO</b>
<b>43.0.</b>	<b>INCISIÓN Y ESCISIÓN DE ESTÓMAGO</b>
<b>43.0.1.</b>	<b>GASTROTOMÍA</b>
43.0.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO MÚLTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMÍA
<b>43.1.</b>	<b>GASTROSTOMÍA</b>
<b>43.1.0.</b>	<b>GASTROSTOMÍAS</b>
43.1.0.01	GASTROSTOMÍA VÍA ABIERTA
43.1.0.02	GASTROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)
43.1.0.03	GASTROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.3.</b>	<b>PILOROMIOTOMÍA</b>
<b>43.3.1.</b>	<b>PILOROMIOTOMÍAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA REALIZADA DE MANERA INDEPENDIENTE A LA PILOROPLASTIA</i>
43.3.1.01	PILOROMIOTOMÍA VÍA ABIERTA
43.3.1.02	PILOROMIOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.4.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESTÓMAGO</b>
<b>43.4.0.</b>	<b>ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS</b>
43.4.0.01	ESCISIÓN DE PÓLIPOS GÁSTRICOS VÍA ENDOSCÓPICA
<b>43.4.1.</b>	<b>ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE VÁRICES GÁSTRICAS</b>
43.4.1.01	LIGADURA ENDOSCÓPICA DE VÁRICES GÁSTRICAS
43.4.1.02	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
43.4.1.03	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR
<b>43.4.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GÁSTRICO</b>
43.4.2.00	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GÁSTRICO SOD
<b>43.4.5.</b>	<b>MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA</b>
43.4.5.00	MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA SOD
<b>43.6.</b>	<b>GASTRECTOMÍA PARCIAL CON ANASTOMOSIS AL DUODENO</b>
<b>43.6.1.</b>	<b>GASTRODUODENOSTOMÍA</b>
43.6.1.01	GASTRODUODENOSTOMÍA VÍA ABIERTA
43.6.1.02	GASTRODUODENOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.7.</b>	<b>GASTRECTOMÍA PARCIAL CON ANASTOMOSIS AL YEYUNO</b>
<b>43.7.1.</b>	<b>GASTROYEYUNOSTOMÍA</b>
43.7.1.01	GASTROYEYUNOSTOMÍA VÍA ABIERTA
43.7.1.02	GASTROYEYUNOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.8.</b>	<b>OTRA GASTRECTOMÍA PARCIAL</b>
<b>43.8.1.</b>	<b>GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL</b>
43.8.1.01	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL VÍA ABIERTA
43.8.1.02	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.8.2.</b>	<b>GASTRECTOMÍA PARCIAL, CON RECONSTRUCCIÓN CON O SIN VAGOTOMÍA</b>
43.8.2.01	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN CON VAGOTOMÍA VÍA ABIERTA
43.8.2.02	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN CON VAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
43.8.2.03	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIN VAGOTOMÍA VÍA ABIERTA
43.8.2.04	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIN VAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.8.3.</b>	<b>GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA</b>
43.8.3.01	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA ABIERTA
43.8.3.02	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA LAPAROSCÓPICA
43.8.3.03	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA ABIERTA
43.8.3.04	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.8.4.</b>	<b>GASTRECTOMÍA VERTICAL</b>
43.8.4.01	GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] VÍA ABIERTA
43.8.4.02	GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] POR LAPAROSCOPIA
<b>43.8.5.</b>	<b>REINTERVENCIÓN GASTRECTOMÍA VERTICAL</b>
43.8.5.01	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] VÍA ABIERTA
43.8.5.02	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] POR LAPAROSCOPIA
43.8.5.03	CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] A OTRA CIRUGÍA VÍA ABIERTA
43.8.5.04	CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA
<b>43.9.</b>	<b>GASTRECTOMÍA TOTAL</b>
<b>43.9.0.</b>	<b>GASTRECTOMÍA TOTAL O TOTAL RADICAL</b>
43.9.0.01	GASTRECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
43.9.0.02	GASTRECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
43.9.0.03	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL VÍA ABIERTA
43.9.0.04	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.9.1.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL</b>
43.9.1.01	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA
43.9.1.02	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.9.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX</b>
43.9.2.01	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VÍA ABIERTA
43.9.2.02	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>43.9.3.</b>	<b>ESOFAGOGASTRECTOMÍA</b>
43.9.3.01	ESOFAGOGASTRECTOMÍA VÍA ABIERTA
43.9.3.02	ESOFAGOGASTRECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.</b>	<b>OTRAS PROCEDIMIENTOS EN EL ESTÓMAGO</b>
<b>44.0.</b>	<b>VAGOTOMÍA</b>
<b>44.0.1.</b>	<b>VAGOTOMÍA TRONCAL CON O SIN PILOROPLASTIA</b>
44.0.1.02	DISECCIÓN DEL VAGO TRONCAL [VAGOTOMÍA TRONCAL] CON O SIN PILOROPLASTIA VÍA ABIERTA
44.0.1.03	DISECCIÓN DEL VAGO TRONCAL [VAGOTOMÍA TRONCAL] CON O SIN PILOROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA
44.0.1.10	VAGOTOMÍA TRONCAL (SERIOTOMIA ANTERIOR) VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.0.2.</b>	<b>VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA</b>
44.0.2.01	VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VÍA ABIERTA
44.0.2.02	VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL ESTÓMAGO</b>
<b>44.1.1.</b>	<b>GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON BIOPSIA (44.1.4.)</i>
44.1.1.01	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA ABIERTA
44.1.1.02	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.1.2.</b>	<b>GASTROSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL</b>
44.1.2.00	GASTROSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD
<b>44.1.3.</b>	<b>ESOFAGOGASTROSCOPIA</b>
44.1.3.01	ESOFAGOGASTROSCOPIA (CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO)
<b>44.1.4.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO</b>
44.1.4.00	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO SOD
<b>44.1.5.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DEL ESTÓMAGO</b>
44.1.5.00	BIOPSIA ABIERTA DEL ESTÓMAGO SOD
<b>44.2.</b>	<b>PILOROPLASTIA</b>
<b>44.2.1.</b>	<b>DILATACIÓN DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN</b>
44.2.1.01	DILATACIÓN DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN VÍA ABIERTA
44.2.1.02	DILATACIÓN DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.2.2.</b>	<b>DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE PÍLORO</b>
44.2.2.01	DILATACIÓN DE PÍLORO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>44.2.4.</b>	<b>PILOROPLASTIAS</b>
44.2.4.01	PILOROPLASTIA VÍA ABIERTA
44.2.4.02	PILOROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.4.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA Y SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA O DUODENAL</b>
<b>44.4.0.</b>	<b>SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMÍA CON</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<b>EPIPLOPLASTIA</b>
44.4.0.01	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMÍA CON EPIPLOPLASTIA VÍA ABIERTA
44.4.0.02	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMÍA CON EPIPLOPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.4.1.</b>	<b>SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA</b>
44.4.1.01	SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA VÍA ABIERTA
44.4.1.02	SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.4.2.</b>	<b>SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL</b>
44.4.2.01	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL VÍA ABIERTA
44.4.2.02	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.4.3.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL (ENDOSCÓPICA)</b>
44.4.3.01	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL MEDIANTE LÁSER
44.4.3.02	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL MEDIANTE HEMOCLIPS
44.4.3.03	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA MEDIANTE SONDA TÉRMICA
44.4.3.04	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL
<b>44.5.</b>	<b>REVISIÓN DE ANASTOMOSIS GÁSTRICA</b>
<b>44.5.1.</b>	<b>REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA</b>
44.5.1.01	REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VÍA ABIERTA
44.5.1.02	REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.6.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE ESTÓMAGO</b>
<b>44.6.1.</b>	<b>SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA]</b>
44.6.1.01	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA] VÍA ABIERTA
44.6.1.02	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA] VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.6.2.</b>	<b>CIERRE DE GASTROSTOMÍA</b>
44.6.2.01	CIERRE DE GASTROSTOMÍA VÍA ABIERTA
44.6.2.02	CIERRE DE GASTROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.6.3.</b>	<b>CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR FÍSTULAS GASTROCÓLICA, GASTROYEYUNOCÓLICA O GASTRODUODÉNICA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
44.6.3.01	CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA VÍA ABIERTA
44.6.3.02	CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.6.4.</b>	<b>GASTROPEXIA</b>
44.6.4.01	GASTROPEXIA VÍA ABIERTA
44.6.4.02	GASTROPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.6.5.</b>	<b>ESOFAGOGASTROPLASTIA</b>
44.6.5.01	ESOFAGOGASTROPLASTIA VÍA ABIERTA
44.6.5.02	ESOFAGOGASTROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.6.6.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA ESFINTERIANA ESOFÁGICO-GÁSTRICA</b>
44.6.6.01	CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTRESOFÁGICO CON RECONSTRUCCIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO, VÍA INFERIOR TRANSTORÁCICA
44.6.6.02	CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTRESOFÁGICO CON RECONSTRUCCIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR, VÍA ABDOMINAL
44.6.6.03	REINTERVENCIÓN EN ANTIRREFLUJO GASTRESOFÁGICO CON RECONSTRUCCIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR.

40



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
44.6.6.04	CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFÍNTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA
<b>44.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ESTÓMAGO</b>
<b>44.9.1.</b>	<b>LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS</b>
44.9.1.01	LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS VÍA ABIERTA
44.9.1.02	LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.9.2.</b>	<b>MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO)</b>
44.9.2.01	MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO) VÍA ABIERTA
44.9.2.02	MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO) VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.9.3.</b>	<b>INSERCIÓN O REVISIÓN DE DISPOSITIVO GÁSTRICO</b>
44.9.3.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA
44.9.3.02	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VÍA ABIERTA
44.9.3.03	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA
44.9.3.04	REVISIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VÍA ABIERTA
44.9.3.05	REVISIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA
44.9.3.06	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA CON DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) A OTRA CIRUGÍA VÍA ABIERTA
44.9.3.07	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA CON DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA
<b>44.9.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO GÁSTRICO</b>
44.9.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA
44.9.4.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VÍA ABIERTA
44.9.4.03	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA
<b>44.9.5.</b>	<b>BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO</b>
44.9.5.01	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO VÍA ABIERTA
44.9.5.02	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>44.9.6.</b>	<b>BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO</b>
44.9.6.01	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO VÍA ABIERTA
44.9.6.02	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA
<b>44.9.7.</b>	<b>DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA</b>
44.9.7.01	DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA ABIERTA
44.9.7.02	DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR LAPAROSCOPIA
<b>44.9.8.</b>	<b>REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO</b>
44.9.8.01	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO VÍA ABIERTA
44.9.8.02	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
44.9.8.03	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAI PÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO A OTRA CIRUGÍA VÍA ABIERTA
44.9.8.04	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAI PÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA
44.9.8.05	REVERSIÓN DE BAI PÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO VÍA ABIERTA
44.9.8.06	REVERSIÓN DE BAI PÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA
<b>44.9.9.</b>	<b>REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA</b>
44.9.9.01	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA ABIERTA
44.9.9.02	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR LAPAROSCOPIA
44.9.9.03	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA A OTRA CIRUGÍA VÍA ABIERTA
44.9.9.04	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA
44.9.9.05	REVERSIÓN DE DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA ABIERTA
44.9.9.06	REVERSIÓN DE DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR LAPAROSCOPIA
<b>45.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN INTESTINO</b>
<b>45.0.</b>	<b>INCISIÓN, ESCISIÓN Y ANASTOMOSIS DE INTESTINO</b>
<b>45.0.0.</b>	<b>ENTEROTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA CUERPO EXTRAÑO ÚNICO O MÚLTIPLES (ASCARIS)</i>
45.0.0.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMÍA VÍA ABIERTA
45.0.0.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.0.6.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
45.0.6.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO VÍA ABIERTA
45.0.6.02	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL INTESTINO DELGADO</b>
<b>45.1.1.</b>	<b>ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO</b>
45.1.1.00	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD
<b>45.1.2.</b>	<b>ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL</b>
45.1.2.00	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD
<b>45.1.3.</b>	<b>OTRAS ENDOSCOPIAS DE INTESTINO DELGADO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON BIOPSIA (45.1.4.)</i>
45.1.3.01	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] DIAGNÓSTICA O EXPLORATORIA SIN BIOPSIA
45.1.3.02	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUÉS DE DUODENO
45.1.3.03	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE ENDOPRÓTESIS (STENT) DUODENAL
<b>Incluye:</b>	<i>EL DISPOSITIVO (STENT DUODENAL)</i>
45.1.3.04	ENTEROSCOPIA (INTRAQUIRÚRGICA) TRANSABDOMINAL VÍA ABIERTA
45.1.3.05	ENTEROSCOPIA (INTRAQUIRÚRGICA) TRANSABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.1.4.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE INTESTINO DELGADO</b>
45.1.4.01	BIOPSIA CERRADA CON CÁPSULA DE INTESTINO DELGADO
45.1.4.02	BIOPSIA ENDOSCÓPICA DIRECTA DE INTESTINO DELGADO
<b>45.1.5.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO</b>

44

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
45.1.5.01	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
45.1.5.02	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.1.6.</b>	<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>BIOPSIA DE UNO O MÁS LUGARES QUE AFECTAN EL ESÓFAGO, ESTÓMAGO O DUODENO</i>
45.1.6.00	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA SOD
<b>45.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN INTESTINO GRUESO</b>
<b>45.2.1.</b>	<b>ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO</b>
45.2.1.01	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA ABIERTA
45.2.1.02	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.2.2.</b>	<b>ENDOSCOPIA DE INTESTINO GRUESO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL</b>
45.2.2.01	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL
<b>45.2.3.</b>	<b>COLONOSCOPIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA QUE SE REALIZA DE MANERA INTRAOPERATORIA.</i>
45.2.3.01	COLONOSCOPIA TOTAL
45.2.3.02	COLONOSCOPIA IZQUIERDA
45.2.3.03	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCÓPICA
45.2.3.04	MARCACIÓN DE LESIÓN EN COLÓN VÍA ENDOSCÓPICA
<b>45.2.4.</b>	<b>SIGMOIDOSCOPIA</b>
45.2.4.01	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RÍGIDA
<b>45.2.5.</b>	<b>BIOPSIAS DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA</b>
45.2.5.01	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA
45.2.5.02	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO ESCALONADA VÍA ENDOSCÓPICA (10 O MÁS)
<b>45.2.6.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO GRUESO</b>
45.2.6.01	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
45.2.6.02	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.3.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO</b>
<b>45.3.0.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO</b>
45.3.0.01	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA DUODENAL
45.3.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO
<b>45.3.1.</b>	<b>OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO</b>
45.3.1.00	OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO SOD
<b>45.3.3.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO</b>
45.3.3.04	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VÍA ABIERTA
45.3.3.05	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA
45.3.3.06	RESECCIÓN INTESTINAL DE DIVERTÍCULOS VÍA ABIERTA
45.3.3.07	RESECCIÓN INTESTINAL DE DIVERTÍCULOS VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.4.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO</b>
<b>45.4.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO</b>
45.4.1.01	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
45.4.1.02	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA

W

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>45.4.2.</b>	<b>RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO</b>
45.4.2.03	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA
45.4.2.05	MUCOSECTOMÍA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA
45.4.2.06	DISECCIÓN DE LA SUBMUCOSA EN COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA
45.4.2.07	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (1-3)
45.4.2.08	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (4 - 10)
45.4.2.09	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (11 O MÁS)
45.4.2.10	ABLACIÓN DE LESIÓN EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>45.4.3.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO</b>
45.4.3.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>45.5.</b>	<b> AISLAMIENTO DE SEGMENTO INTESTINAL</b>
<b>45.5.1.</b>	<b> AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO</b>
45.5.1.01	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
45.5.1.02	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.5.2.</b>	<b> AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO</b>
45.5.2.01	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
45.5.2.02	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.6.</b>	<b> OTRA ESCISIÓN DE INTESTINO DELGADO</b>
<b>45.6.0.</b>	<b> RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO</b>
45.6.0.01	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
45.6.0.02	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.6.1.</b>	<b> RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO</b>
45.6.1.01	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
45.6.1.02	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.6.2.</b>	<b> OTRA RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO DELGADO</b>
45.6.2.01	DUODENECTOMÍA VÍA ABIERTA
45.6.2.02	YEYUNECTOMÍA VÍA ABIERTA
45.6.2.03	ILECTOMÍA VÍA ABIERTA
45.6.2.04	DUODENECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
45.6.2.05	YEYUNECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
45.6.2.06	ILECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.6.3.</b>	<b> RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO</b>
45.6.3.01	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
45.6.3.02	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.6.4.</b>	<b> RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO</b>
45.6.4.00	RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO SOD
<b>45.7.</b>	<b> RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO GRUESO</b>
<b>45.7.0.</b>	<b> COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN]</b>
45.7.0.01	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA ABIERTA
45.7.0.02	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.7.1.</b>	<b> RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO GRUESO</b>
45.7.1.01	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA Y FÍSTULA MUCOSA VÍA ABIERTA

690

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
45.7.1.02	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA Y FÍSTULA MUCOSA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.7.2.</b>	<b>CECECTOMÍA</b>
45.7.2.01	CECECTOMÍA VÍA ABIERTA
45.7.2.02	CECECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.7.3.</b>	<b>HEMICOLECTOMÍA DERECHA</b>
45.7.3.01	HEMICOLECTOMÍA DERECHA VÍA ABIERTA
45.7.3.02	HEMICOLECTOMÍA DERECHA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.7.4.</b>	<b>RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO</b>
45.7.4.01	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO VÍA ABIERTA
45.7.4.02	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.7.5.</b>	<b>HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA</b>
45.7.5.01	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VÍA ABIERTA
45.7.5.02	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.7.6.</b>	<b>SIGMOIDECTOMÍA</b>
45.7.6.01	SIGMOIDECTOMIA VÍA ABIERTA
45.7.6.02	SIGMOIDECTOMIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.8.</b>	<b>COLECTOMIA INTRABDOMINAL TOTAL</b>
<b>45.8.1.</b>	<b>COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA</b>
45.8.1.01	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA VÍA ABIERTA
45.8.1.02	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.8.3.</b>	<b>COLECTOMÍA TOTAL</b>
45.8.3.01	COLECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
45.8.3.02	COLECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.8.4.</b>	<b>COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN]</b>
45.8.4.01	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA ABIERTA
45.8.4.02	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.9.</b>	<b>ANASTOMOSIS INTESTINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR DUPLICACIÓN INTESTINAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>45.9.1.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO</b>
45.9.1.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
45.9.1.02	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.9.2.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑÓN RECTAL</b>
45.9.2.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑÓN RECTAL VÍA ABIERTA
45.9.2.02	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑÓN RECTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.9.3.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO</b>
45.9.3.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
45.9.3.02	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.9.4.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO</b>
45.9.4.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
45.9.4.02	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>45.9.5.</b>	<b>ANASTOMOSIS AL AÑO</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
45.9.5.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACIÓN DE RESERVORIO VÍA ABIERTA
45.9.5.03	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACIÓN DE RESERVORIO VÍA LAPAROSCÓPICA
45.9.5.04	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VÍA ABIERTA
45.9.5.05	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN INTESTINO</b>
<b>46.0.</b>	<b>EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO [ENTEROSTOMÍA]</b>
<b>46.0.1.</b>	<b>EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO</b>
46.0.1.03	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
46.0.1.04	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.1.</b>	<b>COLOSTOMÍAS</b>
<b>46.1.3.</b>	<b>COLOSTOMÍA</b>
46.1.3.01	COLOSTOMÍA VÍA ABIERTA
46.1.3.02	COLOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.3.</b>	<b>OTRA ENTEROSTOMÍA</b>
<b>46.3.2.</b>	<b>YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)</b>
46.3.2.00	YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA) SOD
<b>46.4.</b>	<b>REVISIÓN DE ESTOMA INTESTINAL</b>
<b>46.4.0.</b>	<b>REMODELACIÓN O REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL</b>
46.4.0.01	REMODELACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL
46.4.0.03	REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL VÍA ABIERTA
46.4.0.04	REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.5.</b>	<b>CIERRE DE ESTOMA PERSISTENTE</b>
<b>46.5.1.</b>	<b>CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO</b>
46.5.1.01	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA
46.5.1.03	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.5.2.</b>	<b>CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO</b>
46.5.2.01	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
46.5.2.03	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.6.</b>	<b>FIJACIÓN DE INTESTINO</b>
<b>46.6.1.</b>	<b>FIJACIÓN DE INTESTINO DELGADO A PARED ABDOMINAL</b>
46.6.1.01	ILEOPEXIA
<b>46.6.2.</b>	<b>PLICATURA INTESTINAL [OPERACIÓN DE NOBLE]</b>
46.6.2.00	PLICATURA INTESTINAL [OPERACIÓN DE NOBLE] SOD
<b>46.6.3.</b>	<b>FIJACIÓN DE INTESTINO GRUESO A PARED ABDOMINAL</b>
46.6.3.01	SIGMOIDOPEXIA
46.6.3.02	CECOCOLOPEXIA
<b>46.7.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE INTESTINO</b>
<b>46.7.0.</b>	<b>SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO</b>
46.7.0.01	ENTERORRAFIA VÍA ABIERTA
46.7.0.02	ENTERORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.7.2.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO</b>
46.7.2.01	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO VÍA ABIERTA
46.7.2.02	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.7.4.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO</b>
46.7.4.01	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VÍA ABIERTA
46.7.4.02	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.7.6.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO GRUESO</b>

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
46.7.6.01	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCÓLICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA
46.7.6.02	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCÓLICA (UNA O MÁS) VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.7.7.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA</b>
46.7.7.01	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA VÍA ABIERTA
46.7.7.02	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.7.8.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO</b>
46.7.8.01	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL
46.7.8.02	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEÓN
46.7.8.03	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MÚLTIPLES
46.7.8.04	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COLON
46.7.8.05	CORRECCIÓN ATRESIA INTESTINAL
<b>46.7.9.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN O PLASTIA DE INTESTINO</b>
46.7.9.01	RESECCIÓN INTESTINAL Y DE QUISTE POR PERITONITIS MECONIAL
46.7.9.02	RESECCIÓN DE DUPLICCIÓN INTESTINAL
46.7.9.03	ANASTOMOSIS ILEO-CÓLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS
<b>46.8.</b>	<b>DILATACIÓN Y OTRA MANIPULACIÓN DE INTESTINO</b>
<b>46.8.0.</b>	<b>MANIPULACIÓN INTRABDOMINAL DE INTESTINO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR VÓLVULO, INTUSUCEPCIÓN, MALROTACIÓN U OTRAS PATOLOGÍAS</i>
46.8.0.01	CORRECCIÓN DE MALROTACIÓN INTESTINAL
46.8.0.11	REDUCCIÓN INTESTINAL SIN RESECCIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA
46.8.0.12	REDUCCIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA
46.8.0.13	MOVILIZACIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
46.8.0.14	MOVILIZACIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA
46.8.0.20	DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE DILATACIÓN AGUDA DE COLON (OGILVIE)
46.8.0.21	DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE VÓLVULO DE COLON (SIGMOIDE)
46.8.0.22	DESCOMPRESIÓN HIDROSTÁTICA DE INVAGINACIÓN DE INTESTINO
<b>Incluye:</b>	<i>GUÍA IMAGENOLÓGICA</i>
<b>46.8.1.</b>	<b>DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL</b>
46.8.1.01	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR LAPAROTOMÍA
46.8.1.02	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR ENDOSCOPIA
<b>46.8.5.</b>	<b>DILATACIÓN DEL INTESTINO</b>
46.8.5.01	DILATACIÓN NEUMÁTICA DEL COLON POR COLONOSCOPIA
46.8.5.02	DILATACIÓN DE INTESTINO
<b>46.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN EL INTESTINO</b>
<b>46.9.1.</b>	<b>MIOTOMÍA DEL COLON SIGMOIDEO</b>
46.9.1.00	MIOTOMÍA DEL COLON SIGMOIDEO SOD
<b>46.9.2.</b>	<b>MIOTOMÍA DE OTRAS PARTES DEL COLON</b>
46.9.2.00	MIOTOMÍA DE OTRAS PARTES DEL COLON SOD
<b>46.9.4.</b>	<b>REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR DEHISCENCIA; CON LAPAROTOMÍA, RESECCIÓN, LAVADO PERITONEAL Y NUEVA ENTERORRAFIA</i>
46.9.4.01	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VÍA ABIERTA
46.9.4.02	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>46.9.5.</b>	<b>PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO</b>
46.9.5.00	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO SOD
<b>46.9.6.</b>	<b>PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO</b>
46.9.6.00	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO SOD
<b>46.9.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINOS</b>
46.9.7.01	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
46.9.7.02	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO
<b>47.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN APÉNDICE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RESTO O MUÑÓN DE APÉNDICE, EN LAS CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS O TORACOSCÓPICAS, ENTRE OTRAS, INCLUYE MANO ASISTIDA</i>
<b>47.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE APÉNDICE</b>
<b>47.1.1.</b>	<b>APENDICECTOMÍA</b>
47.1.1.02	APENDICECTOMÍA VÍA ABIERTA
47.1.1.10	APENDICECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>48.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN RECTO, RECTOSIGMOIDE Y TEJIDO PERIRRECTAL</b>
<b>48.0.</b>	<b>PROCTOTOMÍA</b>
<b>48.0.1.</b>	<b>PROCTOTOMÍA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL</b>
48.0.1.00	PROCTOTOMÍA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL SOD
<b>48.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN RECTO, RECTOSIGMOIDE Y TEJIDO PERIRRECTAL</b>
<b>48.2.1.</b>	<b>PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL</b>
48.2.1.00	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL SOD
<b>48.2.2.</b>	<b>PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL</b>
48.2.2.00	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD
<b>48.2.3.</b>	<b>PROCTOSIGMOIDOSCOPIA</b>
48.2.3.01	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA O FLEXIBLE
<b>48.2.4.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE RECTO O SIGMOIDE</b>
48.2.4.00	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE RECTO O SIGMOIDE SOD
<b>48.2.5.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE</b>
48.2.5.00	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD
<b>48.2.6.</b>	<b>BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL</b>
48.2.6.00	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD
<b>48.2.7.</b>	<b>MANOMETRÍAS RECTALES</b>
48.2.7.01	MANOMETRÍA RECTAL
<b>48.3.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL</b>
<b>48.3.1.</b>	<b>ABLACIONES DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL</b>
48.3.1.01	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL
<b>48.3.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO</b>
48.3.8.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA RECTAL ABIERTA
48.3.8.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA ABDOMINAL
<b>48.5.</b>	<b>PROCTECTOMÍAS</b>
<b>48.5.0.</b>	<b>PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL O TRANS-SACRO</b>
48.5.0.01	PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VÍA ABIERTA
48.5.0.02	PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VÍA LAPAROSCÓPICA
48.5.0.03	PROCTECTOMÍA VÍA TRANS-SACRA
48.5.0.04	PROCTOSIGMOIDECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL
<b>48.5.4.</b>	<b>PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL</b>
48.5.4.01	PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VÍA ABIERTA
48.5.4.02	PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>48.6.</b>	<b>OTRA RESECCIÓN DE RECTO</b>
<b>48.6.2.</b>	<b>RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMÍA SIMULTÁNEA</b>
48.6.2.01	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO VÍA ABIERTA
48.6.2.02	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>48.6.5.</b>	<b>RESECCIÓN DE MUÑÓN RECTAL POST-DUHAMEL</b>



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
48.6.5.00	RESECCIÓN DE MUÑÓN RECTAL POST-DUHAMEL SOD
<b>48.6.7.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL VÍA TRANS-ANAL</b>
48.6.7.01	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VÍA ABIERTA
48.6.7.02	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>48.6.8.</b>	<b>RESECCIÓN RECTO CON RECONSTRUCCIÓN</b>
48.6.8.01	RESECCIÓN DE RECTO CON RECONSTRUCCIÓN TIPO PULL-THROUGH
<b>48.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE RECTO (PROCTOPLASTIA)</b>
<b>48.7.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA]</b>
48.7.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA] VÍA ABIERTA
48.7.1.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA] VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>48.7.3.</b>	<b>FISTULECTOMÍA RECTAL CON COLOSTOMÍA</b>
48.7.3.01	FISTULECTOMÍA RECTO-VAGINAL CON COLOSTOMÍA
48.7.3.02	FISTULECTOMÍA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMÍA
48.7.3.03	FISTULECTOMÍA RECTO-URETRAL CON COLOSTOMÍA.
<b>48.7.5.</b>	<b>PROCTOPEXIA ABDOMINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PARA CORRECCIÓN DE PROLAPSO RECTAL ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS</i>
48.7.5.01	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VÍA ABIERTA
48.7.5.02	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>48.7.6.</b>	<b>OTRA PROCTOPEXIA</b>
48.7.6.02	CORRECCIÓN DE PROLAPSO POR RESECCIÓN DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VÍA PERINEAL
48.7.6.03	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VÍA ABIERTA
48.7.6.04	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VÍA LAPAROSCÓPICA
48.7.6.05	COLPOPROCTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VÍA ABIERTA
48.7.6.06	COLPOPROCTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VÍA LAPAROSCÓPICA
48.7.6.07	PROCTOSIGMOIDOPEXIA VÍA ABIERTA
48.7.6.08	PROCTOSIGMOIDOPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>48.7.7.</b>	<b>DESCENSO RECTAL</b>
48.7.7.01	DESCENSO RECTAL VÍA SAGITAL POSTERIOR
48.7.7.02	DESCENSO RECTAL VÍA ANTERIOR Y POSTERIOR
48.7.7.03	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS
<b>48.7.9.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE RECTO</b>
48.7.9.01	REPARACIÓN DE LESIÓN OBSTÉTRICA ANTIGUA DE RECTO
48.7.9.02	REPARACIÓN DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACIÓN PERIRRECTAL
48.7.9.03	CORRECCIÓN DE ATRESIA RECTAL, VÍA SAGITAL POSTERIOR
48.7.9.04	CORRECCIÓN DE LA ESTENOSIS RECTAL VÍA SAGITAL POSTERIOR
48.7.9.05	REPARACIÓN DE LA ESTENOSIS RECTAL CON RESECCIÓN DE ANILLO RECTAL
<b>48.8.</b>	<b>INCISIÓN O ESCISIÓN DE TEJIDO O LESIÓN PERIRRECTAL</b>
<b>48.8.1.</b>	<b>INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL</b>
48.8.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN RECTAL
48.8.1.02	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PÉLVICA
<b>48.8.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL</b>
48.8.2.00	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD
<b>48.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN RECTO Y TEJIDO PERIRRECTAL</b>
<b>48.9.0.</b>	<b>PLASTIAS EN PERINÉ</b>
48.9.0.01	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VÍA ABIERTA

57

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>48.9.1.</b>	<b>INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL</b>
48.9.1.00	INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL SOD
<b>48.9.2.</b>	<b>MIOMECTOMÍA ANO-RECTAL</b>
48.9.2.00	MIOMECTOMÍA ANO-RECTAL SOD
<b>48.9.3.</b>	<b>REPARACIONES DE FÍSTULA PERIRRECTAL</b>
48.9.3.01	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL VÍA ABIERTA
48.9.3.02	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>48.9.4.</b>	<b>DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR ESTENOSIS RECTAL</i>
48.9.4.00	DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO SOD
<b>48.9.5.</b>	<b>CORRECCIÓN DE EXTROFIA DE CLOACA</b>
48.9.5.00	CORRECCIÓN DE CLOACA O DE EXTROFIA DE CLOACA SOD
<b>49.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ANO</b>
<b>49.0.</b>	<b>INCISIÓN O ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL</b>
<b>49.0.1.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
49.0.1.00	DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL SOD
<b>49.0.2.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
49.0.2.01	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL VÍA ABIERTA
<b>49.0.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL</b>
49.0.4.01	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PERIANAL VÍA ABIERTA
<b>49.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ANO Y TEJIDO PERIANAL</b>
<b>49.2.1.</b>	<b>ANOSCOPIA</b>
49.2.1.01	ANOSCOPIA CON MAPEO
<b>49.2.2.</b>	<b>BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL</b>
49.2.2.00	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD
<b>49.2.3.</b>	<b>BIOPSIA DE ANO</b>
49.2.3.00	BIOPSIA DE ANO SOD
<b>49.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN HEMORROIDES</b>
<b>49.4.0.</b>	<b>HEMORROIDECTOMÍAS O HEMORROIDOPEXIA</b>
49.4.0.01	LIGADURA DE HEMORROIDES
49.4.0.02	RESECCIÓN DE HEMORROIDES
49.4.0.03	HEMORROIDOPEXIA
<b>49.4.2.</b>	<b>INYECCIONES (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES</b>
49.4.2.01	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES
<b>49.4.3.</b>	<b>CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES</b>
49.4.3.00	CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES SOD
<b>49.4.4.</b>	<b>ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA</b>
49.4.4.00	ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA SOD
<b>49.4.7.</b>	<b>EVACUACIÓN DE HEMORROIDES TROMBOSADAS</b>
49.4.7.01	EVACUACIÓN EN HEMORROIDES TROMBOSADAS
<b>49.5.</b>	<b>ESFINTEROTOMÍA DEL ANO</b>
<b>49.5.0.</b>	<b>ESFINTEROTOMÍA ANAL</b>
49.5.0.01	ESFINTEROTOMÍA ANAL VÍA ABIERTA
<b>49.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE ANO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REPARACIÓN DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA RECIENTE (75.6.2.)</i>
<b>49.7.1.</b>	<b>SUTURA DE LESIONES EN ANO</b>
49.7.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE ANO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
49.7.1.10	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTÉTRICOS QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL (GRADO III)
<b>49.7.2.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO EN ANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
49.7.2.01	IMPLANTACIÓN DE UN DISPOSITIVO ANAL
<b>49.7.3.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA ANAL</b>
49.7.3.01	FISTULECTOMÍA ANO-VESTIBULAR
49.7.3.02	FISTULECTOMÍA ANO-PERINEAL
49.7.3.03	FISTULECTOMÍA ANO-VAGINAL
<b>49.7.4.</b>	<b>TRANSPOSICIÓN MUSCULAR RECTO INTERNO</b>
49.7.4.01	TRANSPOSICIÓN DEL MÚSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL, VÍA SAGITAL POSTERIOR
49.7.4.02	TRANSPOSICIÓN DEL MÚSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL
<b>49.7.5.</b>	<b>PLASTIA DE ANO</b>
49.7.5.01	CONSTRUCCIÓN DE ANO, POR AGENESIA CONGÉNITA
49.7.5.02	RECONSTRUCCIÓN DE ANO, POR ATRESIA ANAL
49.7.5.03	ESFINTEROPLASTIA ANAL
49.7.5.04	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS
49.7.5.05	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA RECTO-VAGINAL
49.7.5.06	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA RECTO-VESICAL, VÍA SAGITAL POSTERIOR
49.7.5.07	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA RECTO-VESICAL, VÍA COMBINADA
49.7.5.08	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA RECTO-URETRAL
49.7.5.09	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]
49.7.5.10	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL
49.7.5.11	COLGAJO O TRANSPOSICIÓN MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL
<b>49.7.6.</b>	<b>REVISIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVO EN ANO</b>
49.7.6.01	REVISIÓN DE DISPOSITIVO EN ANO
49.7.6.02	RETIRO DE DISPOSITIVO EN ANO
<b>49.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ANO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL (96.2.2.)</i>
<b>49.9.1.</b>	<b>INCISIÓN DE TABIQUE ANAL</b>
49.9.1.00	INCISIÓN DE TABIQUE ANAL SOD
<b>49.9.2.</b>	<b>INSERCIÓN SUBCUTÁNEA DE ESTIMULADOR ANAL ELÉCTRICO</b>
49.9.2.00	INSERCIÓN SUBCUTÁNEA DE ESTIMULADOR ANAL ELÉCTRICO SOD
<b>49.9.4.</b>	<b>REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL (96.2.6.)</i>
49.9.4.00	REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL SOD
<b>49.9.5.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO</b>
49.9.5.00	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO SOD
<b>49.9.6.</b>	<b>RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE</b>
49.9.6.00	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD
<b>50.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN HÍGADO</b>
<b>50.0.</b>	<b>HEPATOTOMÍA</b>
<b>50.0.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO POR INCISIÓN</b>
50.0.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO VÍA ABIERTA
50.0.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>50.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN HÍGADO</b>
<b>50.1.0.</b>	<b>BIOPSIA DE HÍGADO</b>

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
50.1.0.01	BIOPSIA ABIERTA DE HÍGADO
50.1.0.02	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO
50.1.0.03	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HÍGADO
50.1.0.04	BIOPSIA POR VÍA ENDOVASCULAR (TRANSYUGULAR) DE HÍGADO
<b>50.2.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE TEJIDO O LESIÓN DE HÍGADO</b>
<b>50.2.0.</b>	<b>RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO</b>
50.2.0.01	RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO VÍA ABIERTA
50.2.0.02	RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>50.2.1.</b>	<b>DRENAJE DE LESIÓN DE HÍGADO</b>
50.2.1.01	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA ABIERTA
50.2.1.02	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA PERCUTÁNEA
50.2.1.03	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>50.2.2.</b>	<b>HEPATECTOMÍA PARCIAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TUMOR ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
50.2.2.05	HEPATECTOMIA PARCIAL SEGMENTARIA DE DONANTE
50.2.2.06	RESECCIÓN EN CUÑA DE HÍGADO VÍA ABIERTA
50.2.2.07	RESECCIÓN EN CUÑA DE HÍGADO VÍA LAPAROSCÓPICA
50.2.2.08	HEPATECTOMÍA DE UN SEGMENTO VÍA ABIERTA
50.2.2.09	HEPATECTOMÍA DE UN SEGMENTO VÍA LAPAROSCÓPICA
50.2.2.10	HEPATECTOMÍA DE DOS SEGMENTOS VÍA ABIERTA
50.2.2.11	HEPATECTOMÍA DE DOS SEGMENTOS VÍA LAPAROSCÓPICA
50.2.2.12	HEPATECTOMÍA TRISEGMENTARIA VÍA ABIERTA
50.2.2.13	HEPATECTOMÍA TRISEGMENTARIA VÍA LAPAROSCÓPICA
50.2.2.14	HEMIHEPATECTOMÍA VÍA ABIERTA
50.2.2.15	HEMIHEPATECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
50.2.2.16	LOBECTOMÍA HEPÁTICA DERECHA O IZQUIERDA DE DONANTE VÍA ABIERTA
50.2.2.17	LOBECTOMÍA HEPÁTICA DERECHA O IZQUIERDA DE DONANTE VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>50.2.4.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN DE HÍGADO</b>
50.2.4.03	ABLACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA ABIERTA
50.2.4.04	ABLACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA
50.2.4.05	ENUCLEACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA ABIERTA
50.2.4.06	ENUCLEACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>50.4.</b>	<b>HEPATECTOMÍA TOTAL</b>
<b>50.4.0.</b>	<b>HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) SIN CIRUGÍA DE BANCO</b>
50.4.0.00	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) SIN CIRUGÍA DE BANCO SOD
<b>50.4.1.</b>	<b>HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO</b>
50.4.1.01	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO REDUCCIÓN ANATÓMICA
50.4.1.02	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO DIVISIÓN ANATÓMICA
50.4.1.03	EXTIRPACIÓN HEPÁTICA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO
<b>50.5.</b>	<b>TRASPLANTE DE HÍGADO</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFIQUE SIMULTÁNEO SI HAY INJERTO DE ARTERIA Y VENOSO (39.5.6., 39.5.7. Y 39.5.8.)</i>
<b>50.5.1.</b>	<b>TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTÓPICO) DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO</b>
50.5.1.00	TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTÓPICO) DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	BANCO SOD
<b>50.5.2.</b>	<b>TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO HEPÁTICO CON CIRUGÍA DE BANCO</b>
50.5.2.01	TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO REDUCCION ANATOMICA
50.5.2.02	TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO DIVISIÓN ANATOMICA
50.5.2.03	TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO
<b>50.5.3.</b>	<b>TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO</b>
50.5.3.00	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO SOD
<b>50.5.4.</b>	<b>TRASPLANTE ORTOTÓPICO HEPÁTICO CON CIRUGÍA DE BANCO</b>
50.5.4.01	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO REDUCCION ANATÓMICA
50.5.4.02	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO DIVISIÓN ANATOMICA
50.5.4.03	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO
<b>50.5.9.</b>	<b>OTRO TRASPLANTE DE HÍGADO</b>
50.5.9.00	OTRO TRASPLANTE DE HÍGADO SOD
<b>50.6.</b>	<b>REPARACIÓN DEL HÍGADO</b>
<b>50.6.1.</b>	<b>SUTURA DE LESIÓN HEPÁTICA</b>
50.6.1.03	HEPATORRAFIA SIMPLE VÍA ABIERTA
50.6.1.04	HEPATORRAFIA SIMPLE VÍA LAPAROSCÓPICA
50.6.1.05	HEPATORRAFIA MÚLTIPLE VÍA ABIERTA
50.6.1.06	HEPATORRAFIA MÚLTIPLE VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>50.6.2.</b>	<b>HEPATOPEXIA</b>
50.6.2.00	HEPATOPEXIA SOD
<b>50.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN HÍGADO</b>
<b>50.9.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE HÍGADO</b>
50.9.1.01	ASPIRACIÓN DE HÍGADO VÍA PERCUTÁNEA
<b>50.9.2.</b>	<b>ASISTENCIA HEPÁTICA EXTRACORPÓREA</b>
50.9.2.00	ASISTENCIA HEPÁTICA EXTRACORPÓREA SOD
<b>50.9.3.</b>	<b>PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HÍGADO</b>
50.9.3.00	PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HÍGADO SOD
<b>50.9.4.</b>	<b>INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN HÍGADO</b>
50.9.4.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN HÍGADO SOD
<b>51.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN VESÍCULA BILIAR Y TRACTO BILIAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>51.0.</b>	<b>COLECISTOTOMÍA Y COLECISTOSTOMÍA</b>
<b>51.0.0.</b>	<b>COLECISTOSTOMÍA</b>
51.0.0.01	COLECISTOSTOMÍA VÍA ABIERTA
51.0.0.02	COLECISTOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA
51.0.0.03	COLECISTOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.0.1.</b>	<b>HEPÁTICOTOMÍA O HEPÁTICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS</b>
51.0.1.01	HEPÁTICOTOMÍA O HEPÁTICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS VÍA ABIERTA
51.0.1.02	HEPÁTICOTOMÍA O HEPÁTICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.0.3.</b>	<b>DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO (ENDOSCÓPICO) Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS</b>
51.0.3.01	DRENAJE BILIAR VÍA PERCUTÁNEA Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO

SP

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
51.0.3.02	DRENAJE BILIAR VÍA ENDOSCÓPICA Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
<b>51.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA VÍA BILIAR PRINCIPAL</b>
<b>51.1.0.</b>	<b>COLANGIO-PANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CPRE]</b>
51.1.0.00	COLANGIO-PANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA SOD
<b>51.1.1.</b>	<b>COLANGIOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CRE]</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA INTRAOPERATORIA O POS-OPERATORIA</i>
51.1.1.02	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (TRANSDUODENAL)
<b>51.1.5.</b>	<b>MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI</b>
51.1.5.00	MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI SOD
<b>51.1.6.</b>	<b>COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA</b>
51.1.6.01	COLANGIOGRAFÍA VÍA ABIERTA
51.1.6.02	COLANGIOGRAFÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.1.7.</b>	<b>BIOPSIAS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES</b>
51.1.7.01	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA
51.1.7.02	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA PERCUTÁNEA
51.1.7.03	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA
51.1.7.04	BIOPSIA ESFÍNTER DE ODDI VÍA ABIERTA
51.1.7.05	BIOPSIA ESFÍNTER DE ODDI VÍA ENDOSCÓPICA
51.1.7.06	BIOPSIA ESFÍNTER DE ODDI VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE VESÍCULA BILIAR Y VÍAS BILIARES</b>
<b>51.2.1.</b>	<b>COLECISTECTOMÍA</b>
51.2.1.01	COLECISTECTOMÍA VÍA ABIERTA
51.2.1.04	COLECISTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.2.2.</b>	<b>FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA</b>
51.2.2.00	FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA SOD
<b>51.2.3.</b>	<b>LITOTRIPSIA BILIAR</b>
51.2.3.01	LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA
51.2.3.02	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA
<b>51.2.5.</b>	<b>RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO</b>
51.2.5.01	RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO CON DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA Y VÁLVULA ANTIRREFLUJO
51.2.5.03	RESECCIÓN DE QUISTE DEL COLÉDOCO VÍA ABIERTA
51.2.5.04	RESECCIÓN DE QUISTE DEL COLÉDOCO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.2.6.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES</b>
51.2.6.01	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA
51.2.6.02	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.3.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR O VÍA BILIAR</b>
<b>51.3.2.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO</b>
51.3.2.01	ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO VÍA ABIERTA
51.3.2.02	ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.3.6.</b>	<b>COLEDOCODUODENOSTOMÍA</b>
51.3.6.01	COLEDOCODUODENOSTOMÍA VÍA ABIERTA
51.3.6.02	COLEDOCODUODENOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.3.7.</b>	<b>HEPATICOYEYUNOSTOMÍA</b>
51.3.7.01	HEPATICOYEYUNOSTOMÍA VÍA ABIERTA
51.3.7.02	HEPATICOYEYUNOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>51.4.</b>	<b>EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE VÍAS BILIARES</b>
<b>51.4.0.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR CÁLCULOS U OTROS CUERPOS EXTRAÑOS</i>
51.4.0.01	EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA
51.4.0.02	EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA
51.4.0.04	COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA
<b>51.4.3.</b>	<b>RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES</b>
51.4.3.01	RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA
51.4.3.02	RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.4.4.</b>	<b>INSERCIÓN DE TUBO COLEDOCOHEPÁTICO</b>
51.4.4.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPÁTICO PARA DESCOMPRESIÓN VÍA ABIERTA
51.4.4.02	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPÁTICO PARA DESCOMPRESIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.6.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE VÍA BILIAR</b>
<b>51.6.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE CONDUCTO CÍSTICO REMANENTE (MUÑÓN CÍSTICO)</b>
51.6.1.01	ESCISIÓN DE CONDUCTO CÍSTICO REMANENTE (MUÑÓN CÍSTICO) VÍA ABIERTA
51.6.1.02	ESCISIÓN DE CONDUCTO CÍSTICO REMANENTE (MUÑÓN CÍSTICO) VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.6.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREÁTICA [DE VATER] (AMPULECTOMÍA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO</b>
51.6.2.01	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREÁTICA [DE VATER] (AMPULECTOMÍA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO VÍA ABIERTA
51.6.2.02	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREÁTICA [DE VATER] (AMPULECTOMÍA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.6.4.</b>	<b>ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES</b>
51.6.4.01	ESCISIÓN DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES VÍA ENDOSCÓPICA
<b>51.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE VÍAS BILIARES</b>
<b>51.7.1.</b>	<b>SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO</b>
51.7.1.01	SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO VÍA ABIERTA
51.7.1.02	SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.7.2.</b>	<b>COLEDOCOPLASTIA</b>
51.7.2.01	COLEDOCOPLASTIA VÍA ABIERTA
51.7.2.02	COLEDOCOPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.7.3.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES</b>
51.7.3.01	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA
51.7.3.02	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN CONDUCTOS BILIARES Y ESFÍNTER DE ODDI</b>
<b>51.8.1.</b>	<b>DILATACIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI</b>
51.8.1.01	DILATACIÓN DE ESFÍNTER DE ODDI
<b>51.8.3.</b>	<b>ESFINTEROPLASTIA</b>
51.8.3.01	ESFINTEROPLASTIA VÍA ABIERTA
51.8.3.02	ESFINTEROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.8.4.</b>	<b>DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR</b>
51.8.4.01	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR
<b>51.8.5.</b>	<b>ESFINTERECTOMÍA Y PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICA</b>
51.8.5.00	ESFINTERECTOMÍA Y PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICA SOD
<b>51.8.6.</b>	<b>INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR</b>
51.8.6.00	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR SOD

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>51.8.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR</b>
51.8.8.01	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LAS VÍAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA
51.8.8.02	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DEL TRACTO BILIAR
<b>51.8.9.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>GUIA IMAGENOLÓGICA (87.2.0.70, 87.9.9.90, 88.1.3.90)</i>
51.8.9.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA ABIERTA
51.8.9.02	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA ENDOSCÓPICA
51.8.9.03	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA PERCUTÁNEA
51.8.9.04	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.9.</b>	<b>OTRAS REPARACIONES EN TRACTO BILIAR</b>
<b>51.9.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESÍCULA BILIAR</b>
51.9.1.00	REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESÍCULA BILIAR SOD
<b>51.9.3.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA BILIAR</b>
51.9.3.01	CIERRE DE FÍSTULA BILIAR VÍA ABIERTA
51.9.3.02	CIERRE DE FÍSTULA BILIAR VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.9.4.</b>	<b>REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES</b>
51.9.4.01	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA
51.9.4.02	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.9.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR</b>
51.9.5.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR VÍA ABIERTA
51.9.5.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>51.9.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS EN VÍAS BILIARES</b>
51.9.6.01	EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS EN VÍA BILIAR VÍA PERCUTÁNEA
<b>51.9.7.</b>	<b>INSERCIÓN DE CATÉTER BILIAR</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>AQUELLA CON ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA (99.2.5.)</i>
51.9.7.00	INSERCIÓN DE CATÉTER BILIAR SOD
<b>52.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PÁNCREAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>52.0.</b>	<b>PANCREATOTOMIA</b>
<b>52.0.1.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS</b>
52.0.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA
52.0.1.02	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.0.2.</b>	<b>MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS</b>
52.0.2.01	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS VÍA ABIERTA
52.0.2.02	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PÁNCREAS</b>
<b>52.1.0.</b>	<b>BIOPSIAS DE PÁNCREAS</b>
52.1.0.01	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA
52.1.0.02	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA PERCUTÁNEA
52.1.0.03	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA
52.1.0.04	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA ENDOSCÓPICA
<b>52.1.3.</b>	<b>PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [ERP]</b>
52.1.3.00	PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [ERP] SOD
<b>52.1.4.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE DUCTO PANCREÁTICO</b>
52.1.4.00	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE DUCTO PANCREÁTICO SOD
<b>52.2.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE LESIÓN DE PÁNCREAS Y CONDUCTO PANCREÁTICO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE PÁNCREAS (52.1.1. - 52.1.2.)</i>
<b>52.2.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS</b>



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
52.2.2.01	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA
52.2.2.02	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA ENDOSCÓPICA
52.2.2.03	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS Y CONDUCTO PANCREÁTICO</b>
<b>52.3.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS</b>
52.3.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA
52.3.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.3.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS</b>
52.3.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS VÍA ENDOSCÓPICA
<b>52.4.</b>	<b>DRENAJE DE QUISTE Y SEUDOQUISTE PANCREÁTICO</b>
<b>52.4.0.</b>	<b>DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO</b>
52.4.0.01	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO VÍA ABIERTA
52.4.0.02	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO VÍA PERCUTÁNEA
52.4.0.03	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.4.1.</b>	<b>DRENAJE ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO</b>
52.4.1.01	DRENAJE TRANSGÁSTRICO ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO
52.4.1.02	DRENAJE TRANSAMPULAR ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO
<b>52.4.4.</b>	<b>DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA</b>
52.4.4.01	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA VÍA ABIERTA
52.4.4.02	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.5.</b>	<b>PANCREATECTOMÍA PARCIAL</b>
<b>52.5.0.</b>	<b>PANCREATECTOMÍA CENTRAL</b>
52.5.0.01	PANCREATECTOMÍA CENTRAL VÍA ABIERTA
52.5.0.02	PANCREATECTOMÍA CENTRAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.5.1.</b>	<b>PANCREATECTOMÍA PROXIMAL</b>
52.5.1.01	PANCREATECTOMÍA PROXIMAL VÍA ABIERTA
52.5.1.02	PANCREATECTOMÍA PROXIMAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.5.2.</b>	<b>PANCREATECTOMÍA DISTAL</b>
52.5.2.03	PANCREATECTOMÍA DISTAL VÍA ABIERTA
52.5.2.04	PANCREATECTOMÍA DISTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
52.5.2.05	PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN DE BAZO VÍA ABIERTA
52.5.2.06	PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.5.3.</b>	<b>PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL</b>
52.5.3.01	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL VÍA ABIERTA
52.5.3.02	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.6.</b>	<b>PANCREATECTOMÍA TOTAL</b>
<b>52.6.1.</b>	<b>PANCREATECTOMÍA TOTAL</b>
52.6.1.01	PANCREATECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
52.6.1.02	PANCREATECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.6.2.</b>	<b>PANCREATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DEL ÓRGANO)</b>
52.6.2.00	PANCREATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DEL ÓRGANO) SOD
<b>52.7.</b>	<b>PANCREATICODUODENECTOMÍA</b>
<b>52.7.1.</b>	<b>PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
52.7.1.01	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
52.7.1.02	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.7.2.</b>	<b>PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL</b>
52.7.2.01	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL VÍA ABIERTA
52.7.2.02	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.8.</b>	<b>TRASPLANTE DE PÁNCREAS</b>
<b>52.8.1.</b>	<b>REIMPLANTACIÓN DE TEJIDO PANCREÁTICO</b>
52.8.1.00	REIMPLANTACIÓN DE TEJIDO PANCREÁTICO SOD
<b>52.8.2.</b>	<b>HOMOTRASPLANTE DE PÁNCREAS</b>
52.8.2.00	HOMOTRASPLANTE DE PÁNCREAS SOD
<b>52.8.3.</b>	<b>HETEROTRASPLANTE DE PÁNCREAS</b>
52.8.3.00	HETEROTRASPLANTE DE PÁNCREAS SOD
<b>52.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DE PÁNCREAS</b>
<b>52.9.3.</b>	<b>INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO</b>
52.9.3.00	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO SOD
<b>52.9.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO</b>
52.9.4.00	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO SOD
<b>52.9.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE PÁNCREAS</b>
52.9.5.03	FISTULECTOMÍA DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA
52.9.5.04	FISTULECTOMÍA DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA
52.9.5.05	SUTURA SIMPLE DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA
52.9.5.06	SUTURA SIMPLE DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.9.6.</b>	<b>ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS</b>
52.9.6.03	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA
52.9.6.05	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS VÍA ENDOSCÓPICA
52.9.6.06	ANASTOMOSIS PANCREATOENTÉRICA VÍA ABIERTA
52.9.6.07	ANASTOMOSIS PANCREATOENTÉRICA VÍA LAPAROSCÓPICA
52.9.6.08	PANCREATOYEYUNOSTOMÍA TÉRMINO LATERAL VÍA ABIERTA
52.9.6.09	PANCREATOYEYUNOSTOMÍA TÉRMINO LATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>52.9.7.</b>	<b>INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREÁTICO</b>
52.9.7.00	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREÁTICO SOD
<b>52.9.8.</b>	<b>DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREÁTICO</b>
52.9.8.00	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREÁTICO SOD
<b>53.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PARED ABDOMINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>HERNIOPLASTIA, HERNIORRAFIA, HERNIOTOMÍA. DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>Excluye:</b>	<i>REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA (96.2.7.)</i>
<b>53.0.</b>	<b>REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL</b>
<b>53.0.0.</b>	<b>HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL</b>
53.0.0.01	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VÍA ABIERTA
53.0.0.02	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.0.3.</b>	<b>HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA</b>
53.0.3.01	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.0.3.02	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.0.4.</b>	<b>HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA</b>
53.0.4.01	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VÍA ABIERTA
53.0.4.02	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>53.0.6.</b>	<b>HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL</b>
53.0.6.01	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA ABIERTA
53.0.6.02	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.1.</b>	<b>REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL</b>
<b>53.1.0.</b>	<b>HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL</b>
53.1.0.01	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VÍA ABIERTA
53.1.0.02	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.1.5.</b>	<b>HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA</b>
53.1.5.01	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VÍA ABIERTA
53.1.5.02	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.1.6.</b>	<b>HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA</b>
53.1.6.01	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.1.6.02	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.1.7.</b>	<b>HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL</b>
53.1.7.01	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA ABIERTA
53.1.7.02	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIA UMBILICAL</b>
<b>53.4.0.</b>	<b>HERNIORRAFIA UMBILICAL</b>
53.4.0.01	HERNIORRAFIA UMBILICAL VÍA ABIERTA
53.4.0.02	HERNIORRAFIA UMBILICAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.4.1.</b>	<b>HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA</b>
53.4.1.01	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VÍA ABIERTA
53.4.1.02	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.4.3.</b>	<b>HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA</b>
53.4.3.01	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.4.3.02	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE OTRA HERNIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR</b>
<b>53.5.0.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA</b>
53.5.0.01	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.5.0.02	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.5.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN)</b>
53.5.1.01	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) VÍA ABIERTA
53.5.1.02	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.5.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA</b>
53.5.2.04	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA VÍA ABIERTA
53.5.2.05	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.5.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA</b>
53.5.3.01	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.5.3.02	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.6.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE HERNIA</b>
<b>53.6.0.</b>	<b>HERNIORRAFIA LUMBAR</b>
53.6.0.01	HERNIORRAFIA LUMBAR VÍA ABIERTA
53.6.0.02	HERNIORRAFIA LUMBAR VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.6.1.</b>	<b>HERNIORRAFIA OBTURADORA</b>
53.6.1.01	HERNIORRAFIA OBTURADORA VÍA ABIERTA
53.6.1.02	HERNIORRAFIA OBTURADORA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.6.2.</b>	<b>HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA</b>

R

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
53.6.2.01	HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA VÍA ABIERTA
<b>53.6.3.</b>	<b>HERNIORRAFIA PERINEAL</b>
53.6.3.01	HERNIORRAFIA PERINEAL VÍA ABIERTA
53.6.3.02	HERNIORRAFIA PERINEAL VÍA LAPAROSCÓPICA
53.6.3.03	HERNIORRAFIA PERINEAL ABORDAJE PERINEAL
<b>53.6.5.</b>	<b>HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA</b>
53.6.5.01	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.6.5.02	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.6.6.</b>	<b>HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA</b>
53.6.6.01	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.6.6.02	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.6.7.</b>	<b>HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA</b>
53.6.7.01	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.6.7.02	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.6.8.</b>	<b>HERNIORRAFIA PARAESTOMAL O SEMILUNAR [SPIEGEL]</b>
53.6.8.01	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VÍA ABIERTA
53.6.8.02	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VÍA LAPAROSCÓPICA
53.6.8.03	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VÍA ABIERTA
53.6.8.04	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.6.9.</b>	<b>OTRAS HERNIORRAFIAS PARAESTOMAL ENCARCELADA O SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA</b>
53.6.9.01	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.6.9.02	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
53.6.9.03	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.6.9.04	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS</b>
<b>53.7.0.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA</b>
53.7.0.01	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA ABIERTA
53.7.0.02	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA TORACOSCÓPICA
53.7.0.03	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.7.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA O REPRODUCIDA</b>
53.7.3.01	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA ABIERTA
53.7.3.02	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA TORACOSCÓPICA
53.7.3.03	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA
53.7.3.04	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA VÍA ABIERTA
53.7.3.05	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA VÍA TORACOSCÓPICA
53.7.3.06	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>53.7.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI]</b>
53.7.4.01	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA ABIERTA
53.7.4.02	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA TORACOSCÓPICA
53.7.4.03	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ABDOMEN</b>
<b>Incluye:</b>	CAVIDAD PÉLVICA MASCULINA, EPIPLÓN, ESPACIO RETROPERITONEAL, FLANCOS, HIPOCONDRIOS, MESENTERIO, PERITONEO, REGIÓN COSTAL, CRURAL, EPIGÁSTRICA, INGUINAL Y LUMBAR. DISPOSITIVO MÉDICO

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Excluye:</b>	<i>PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE PARED ABDOMINAL (53. Y 86.)</i>
<b>54.0.</b>	<b>DRENAJE DE ABDOMEN</b>
<b>54.0.0.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN EN ABDOMEN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL PARA DRENAJE LOCALIZADO O GENERALIZADO</i>
54.0.0.04	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA
54.0.0.05	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA
54.0.0.06	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA
54.0.0.07	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA ABIERTA
54.0.0.08	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA
54.0.0.09	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA
54.0.0.10	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA
54.0.0.11	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA
54.0.0.12	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
54.0.0.13	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA
54.0.0.14	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA
54.0.0.15	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.0.1.</b>	<b>LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN</b>
54.0.1.01	LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN VÍA ABIERTA
54.0.1.02	LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.1.</b>	<b>LAPAROTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>COMO VÍA DE ACCESO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO)</i>
<b>54.1.1.</b>	<b>LAPAROTOMÍA DE PRECISIÓN O EXPLORATORIA</b>
54.1.1.01	LAPAROTOMÍA DE PRECISIÓN (ESTADIFICACIÓN)
54.1.1.02	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA
<b>54.1.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN LA REGIÓN RETROPERITONEAL</b>
54.1.5.01	EXPLORACIÓN DE ESPACIO RETROPERITONEAL
54.1.5.04	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL VÍA ABIERTA
54.1.5.05	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA
54.1.5.06	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ÓRGANOS RETROPERITONEALES VÍA ABIERTA
54.1.5.07	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ÓRGANOS RETROPERITONEALES VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.1.6.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO</b>
54.1.6.01	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VÍA ABIERTA
54.1.6.02	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.1.7.</b>	<b>LAVADO PERITONEAL</b>
54.1.7.01	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA ABIERTA
54.1.7.02	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA LAPAROSCÓPICA
54.1.7.03	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO VÍA ABIERTA
54.1.7.04	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.1.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN PERITONEO</b>
54.1.8.01	MARSUPIALIZACIÓN ABDOMINAL POR PANCREATITIS
<b>54.1.9.</b>	<b>CITORREDUCCIÓN</b>
54.1.9.01	CITORREDUCCIÓN VÍA ABIERTA
54.1.9.02	CITORREDUCCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE LA REGIÓN ABDOMINAL</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>PERITONEO</i>
<b>54.2.0.</b>	<b>EXPLORACIÓN INGUINAL</b>
54.2.0.01	EXPLORACIÓN INGUINAL VÍA ABIERTA
54.2.0.02	EXPLORACIÓN INGUINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.2.1.</b>	<b>LAPAROSCOPIA DE PRECISIÓN O EXPLORATORIA</b>
54.2.1.01	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA
54.2.1.02	LAPAROSCOPIA DE PRECISIÓN (ESTADIFICACIÓN)
<b>54.2.2.</b>	<b>BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL</b>
54.2.2.01	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA
54.2.2.02	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA
54.2.2.03	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.2.3.</b>	<b>BIOPSIA DE PERITONEO</b>
54.2.3.02	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA ABIERTA
54.2.3.03	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA PERCUTÁNEA
54.2.3.04	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.2.4.</b>	<b>BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL</b>
54.2.4.01	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA ABIERTA
54.2.4.02	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA
54.2.4.03	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.2.8.</b>	<b>PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA</b>
54.2.8.01	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA
54.2.8.02	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA
54.2.8.03	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>Incluye:</b>	<i>COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO PARA PARACENTESIS PERMANENTE</i>
<b>54.3.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LA PARED ABDOMINAL U OMBLIGO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (86.)</i>
<b>54.3.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL</b>
54.3.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA
54.3.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.3.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE LA PARED ABDOMINAL</b>
54.3.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA
54.3.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.3.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL</b>
54.3.3.01	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACIÓN DE COLGAJO
54.3.3.02	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON PRÓTESIS
54.3.3.03	RESECCIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL
<b>54.4.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PERITONEAL</b>
<b>54.4.1.</b>	<b>EXTIRPACIÓN DE EPIPLON MAYOR [OMENTECTOMÍA]</b>
54.4.1.04	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA
54.4.1.05	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA
54.4.1.06	OMENTECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA
54.4.1.07	OMENTECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.4.2.</b>	<b>ONFALECTOMÍA</b>
54.4.2.00	ONFALECTOMÍA SOD
<b>54.5.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES</b>
<b>54.5.0.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS EN PERITONEO VÍA ABIERTA</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
54.5.0.01	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA
<b>54.5.1.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA</b>
54.5.1.01	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.6.</b>	<b>SUTURA DE PARED ABDOMINAL Y PERITONEO</b>
<b>54.6.1.</b>	<b>NUEVO CIERRE DE DISRUPCIÓN POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN)</b>
54.6.1.00	NUEVO CIERRE DE DISRUPCIÓN POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN) SOD
<b>54.6.2.</b>	<b>CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION</b>
54.6.2.00	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD
<b>54.7.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE PARED ABDOMINAL Y PERITONEO</b>
<b>54.7.1.</b>	<b>CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACIÓN PRENATAL (GASTROSQUISIS)</b>
54.7.1.00	CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACIÓN PRENATAL (GASTROSQUISIS) SOD
<b>54.7.2.</b>	<b>CORRECCIÓN DE ONFALOCELE</b>
54.7.2.00	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE SOD
<b>54.7.3.</b>	<b>CIERRE DE PIEL CON INCISIONES DE RELAJACION EN ONFALOCELE O GASTROSQUISIS</b>
54.7.3.00	CIERRE DE PIEL CON INCISIONES DE RELAJACION EN ONFALOCELE O GASTROSQUISIS SOD
<b>54.7.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN [EVENTRORRAFIA]</b>
54.7.4.01	EVENTRORRAFIA CON COLOCACIÓN DE MALLA
54.7.4.03	EVENTRORRAFIA VÍA ABIERTA
54.7.4.04	EVENTRORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.7.5.</b>	<b>PLASTIA DE PARED ABDOMINAL</b>
54.7.5.01	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VÍA ABIERTA
54.7.5.02	REPARACIÓN DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VÍA LAPAROSCÓPICA
54.7.5.03	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA
54.7.5.04	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
54.7.5.05	RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL ANATÓMICA Y FUNCIONAL VÍA ABIERTA
54.7.5.06	RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL ANATÓMICA Y FUNCIONAL VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>54.7.6.</b>	<b>RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL</b>
54.7.6.00	RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL SOD
<b>54.7.7.</b>	<b>CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO (BOLSA DE BOGOTÁ, DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA, ENTRE OTROS)</i>
54.7.7.01	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VÍA ABIERTA
54.7.7.02	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA
54.7.7.03	SUSTITUCIÓN O CAMBIO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA
<b>54.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DE LA REGIÓN ABDOMINAL</b>
<b>54.9.0.</b>	<b>INSERCIÓN Y RETIRO DE CATÉTER PERITONEAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR VÍA LAPAROTOMÍA, LAPAROSCOPIA, VÍA PERCUTÁNEA O PUNCIÓN, ENTRE OTRAS TÉCNICAS</i>
54.9.0.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
54.9.0.02	INSERCIÓN DE CATÉTER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS
54.9.0.03	COLOCACIÓN DE CATÉTERES PARA DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL Y PERITONEOVENTRICULAR
54.9.0.04	COLOCACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL
54.9.0.11	RETIRO DE CATÉTER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL
54.9.0.12	RETIRO DE CATÉTER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS
54.9.0.13	RETIRO DE OTRO CATÉTER PERITONEAL
<b>54.9.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL</b>
54.9.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMÍA
54.9.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROSCOPIA
<b>54.9.3.</b>	<b>CREACIÓN DE FÍSTULA CUTÁNEOPERITONEAL</b>
54.9.3.00	CREACIÓN DE FÍSTULA CUTÁNEOPERITONEAL SOD
<b>54.9.4.</b>	<b>CREACIÓN DE DERIVACIÓN [CORTOCIRCUITO] PERITONEO-VASCULAR</b>
54.9.4.00	CREACIÓN DE DERIVACIÓN [CORTOCIRCUITO] PERITONEO-VASCULAR SOD
<b>54.9.5.</b>	<b>INCISIÓN DE PERITONEO</b>
54.9.5.01	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]
<b>54.9.6.</b>	<b>INYECCIÓN DE AIRE EN CAVIDAD PERITONEAL</b>
54.9.6.00	INYECCIÓN DE AIRE EN CAVIDAD PERITONEAL SOD
<b>54.9.7.</b>	<b>INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL</b>
54.9.7.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL SOD
<b>54.9.8.</b>	<b>DIÁLISIS PERITONEAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
54.9.8.01	DIÁLISIS PERITONEAL MANUAL
54.9.8.02	DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA
<b>Capítulo 10</b>	
<b>SISTEMA URINARIO</b>	
<b>55.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN RIÑÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS SOBRE PELVIS RENAL</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>RESECCIÓN SIMULTÁNEA DE URÉTER (56.4.) SI NO SE DESCRIBE COMO NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1.); CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER ESCISIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.5.3. - 40.5.5.) SEGMENTO DE VEJIGA (57.6.)</i>
<b>55.0.</b>	<b>NEFROTOMÍA Y NEFROSTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DRENAJE POR ANASTOMOSIS (55.8.6.), ASPIRACIÓN (55.9.2.) E INCISIÓN DE PELVIS RENAL (55.1.1. - 55.1.2.)</i>
<b>55.0.1.</b>	<b>NEFROTOMÍA</b>
55.0.1.01	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE RENAL POR NEFROTOMIA POR VÍA ABIERTA
55.0.1.02	EXPLORACIÓN DE RIÑÓN POR NEFROTOMÍA
55.0.1.03	NEFROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CÁLCULO O CUERPO EXTRAÑO POR NEFROTOMÍA
55.0.1.04	DRENAJE DE COLECCIÓN RENAL POR NEFROTOMÍA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO, QUISTE, HEMATOMA U OTRA PATOLOGÍA</i>
55.0.1.20	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
55.0.1.22	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCIÓN DE CÁLCULO O CUERPO EXTRAÑO POR LAPAROSCOPIA CON MANO ASISTIDA O AYUDA MANUAL
<b>55.0.2.</b>	<b>NEFROSTOMÍA</b>
55.0.2.00	NEFROSTOMÍA VÍA ABIERTA SOD
<b>55.0.3.</b>	<b>NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>COLOCACIÓN DE CATÉTER HASTA URETRA</i>
55.0.3.01	EXTRACCIÓN (PERCUTÁNEA) (NEFROSCÓPICA) DE CÁLCULOS EN RIÑÓN [NEFROSTOLITOTOMÍA] O EN PELVIS RENAL [PIELOSTOLITOTOMÍA]
<b>55.0.4.</b>	<b>NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON FRAGMENTACIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>COLOCACIÓN DE CATÉTER HASTA URETRA</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>FLÚOROSCOPIA (87.2.0.70)</i>
55.0.4.01	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON LITOFRAGMENTACIÓN Y EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA EN RIÑÓN
<b>55.1.</b>	<b>PIELOTOMIA Y PIELOSTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DRENAJE POR ANASTOMOSIS (55.8.6.), EXTRACCIÓN DE CÁLCULO SIN INCISIÓN (56.0.) PIELOSTOLITOTOMÍA PERCUTÁNEA (55.0.3.)</i>
<b>55.1.1.</b>	<b>PIELOTOMÍA</b>
55.1.1.10	EXPLORACIÓN DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMÍA VÍA ABIERTA
55.1.1.20	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O CÁLCULO POR PIELOTOMÍA
55.1.1.40	EXTRACCIÓN DE CÁLCULO CORALIFORME POR PIELOTOMÍA
55.1.1.50	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO Y CÁLCULO POR PIELOTOMIA LAPAROSCOPICA
<b>55.1.2.</b>	<b>PIELOSTOMÍA</b>
55.1.2.10	PIELOSTOMÍA O INSERCIÓN DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL
<b>55.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN RIÑÓN Y TEJIDOS PERIRENALES</b>
<b>55.2.1.</b>	<b>NEFROSCOPIA</b>
55.2.1.00	NEFROSCOPIA DIAGNÓSTICA SOD
<b>55.2.2.</b>	<b>PIELOSCOPIA</b>
55.2.2.00	PIELOSCOPIA DIAGNÓSTICA SOD
<b>55.2.3.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) (LAPAROSCÓPICA) DE RIÑÓN</b>
55.2.3.10	BIOPSIA (PERCUTÁNEA) CON (AGUJA) O TROCAR DE RIÑÓN
55.2.3.20	BIOPSIA ENDOSCÓPICA DE RIÑÓN
<b>Incluye:</b>	<i>A TRAVÉS DE NEFROSTOMÍA, NEFROTOMÍA, PIELOSTOMÍA O PIELOTOMÍA EXISTENTES</i>
55.2.3.30	BIOPSIA DE RIÑÓN O TEJIDO PERIRRENAL POR LAPAROSCOPIA
<b>55.2.4.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE RIÑÓN</b>
55.2.4.01	BIOPSIA RIÑÓN, VÍA ABIERTA O LUMBOTOMÍA
<b>55.2.5.</b>	<b>BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES</b>
55.2.5.00	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES SOD
<b>55.3.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN RENAL</b>
<b>55.3.1.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL</b>
55.3.1.01	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL VÍA ABIERTA
55.3.1.02	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN PIELICA
55.3.1.20	DIVERTICULECTOMÍA U OBLITERACIÓN DE DIVERTÍCULO DE CALIZ
55.3.1.30	ESCISION LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL POR LAPAROSCOPIA
<b>55.4.</b>	<b>NEFRECTOMÍA PARCIAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1.)</i>
<b>55.4.1.</b>	<b>HEMINEFRECTOMÍA</b>
55.4.1.01	HEMINEFRECTOMÍA POR VÍA ABIERTA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
55.4.1.11	HEMINEFRECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA
<b>55.4.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE POLO RENAL</b>
55.4.2.00	RESECCIÓN DE POLO RENAL SOD
<b>55.4.4.</b>	<b>RESECCIÓN EN CUÑA DE RIÑÓN</b>
55.4.4.00	RESECCIÓN EN CUÑA DE RIÑÓN SOD
<b>55.5.</b>	<b>NEFRECTOMÍA TOTAL</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER ESCISIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.5.3. - 40.5.5.)</i>
<b>55.5.1.</b>	<b>NEFROURETERECTOMÍA</b>
55.5.1.01	NEFROURETERECTOMÍA CON SEGMENTO DE VEJIGA
55.5.1.02	NEFROURETERECTOMÍA TOTAL (UNILATERAL)
55.5.1.11	NEFROURETERECTOMÍA CON SEGMENTO VESICAL POR LAPAROSCOPIA
<b>55.5.2.</b>	<b>NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO</b>
55.5.2.00	NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO SOD
<b>55.5.3.</b>	<b>REMOCIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO O RECHAZADO</b>
55.5.3.00	REMOCIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO O RECHAZADO SOD
<b>55.5.6.</b>	<b>NEFRECTOMÍA SIMPLE (UNILATERAL TOTAL)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR NEFROBLASTOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER BIOPSIA GANGLIONAR (40.1.1.), DISECCIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL (40.3. - 40.5.); CON EXPLORACIÓN RENAL CONTRALATERAL (59.0.1.)</i>
55.5.6.01	NEFRECTOMÍA (OBTENCIÓN DE ÓRGANO)
55.5.6.02	RESECCIÓN DE RIÑÓN UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMÍA SIMPLE]
55.5.6.21	NEFRECTOMÍA SIMPLE POR LAPAROSCOPIA
<b>55.5.7.</b>	<b>NEFRECTOMÍA RADICAL</b>
55.5.7.01	NEFRECTOMIA RADICAL VÍA ABIERTA
55.5.7.21	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA
55.5.7.22	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA CON MANO ASISTIDA O AYUDA MANUAL
55.5.7.23	NEFRECTOMÍA DE DONANTE VIVO POR LAPAROSCOPIA
<b>55.6.</b>	<b>TRASPLANTE DE RIÑÓN</b>
<b>55.6.1.</b>	<b>AUTOTRASPLANTE DE RIÑÓN</b>
55.6.1.01	AUTOTRASPLANTE RENAL POR VÍA ABIERTA
55.6.1.21	AUTOTRASPLANTE RENAL POR LAPAROSCOPIA
<b>55.6.2.</b>	<b>TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE</b>
55.6.2.00	TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE SOD
<b>55.7.</b>	<b>NEFROPEXIA</b>
<b>55.7.0.</b>	<b>NEFROPEXIA, FIJACIÓN O SUSPENSIÓN DE RIÑÓN ECTÓPICO (FLOTANTE)</b>
55.7.0.01	NEFROPEXIA POR VÍA ABIERTA
55.7.0.21	NEFROPEXIA POR LAPAROSCOPIA
<b>55.8.</b>	<b>OTRAS REPARACIONES EN RIÑÓN</b>
<b>55.8.1.</b>	<b>NEFRORRAFIA</b>
55.8.1.01	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACIÓN RENAL
55.8.1.21	NEFRORRAFIA POR LAPAROSCOPIA
<b>55.8.2.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA NEFROCUTÁNEA</b>
55.8.2.01	CIERRE DE NEFROSTOMÍA O PIELOSTOMÍA
<b>55.8.3.</b>	<b>CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL</b>
55.8.3.10	CIERRE DE FÍSTULA NEFROVISCERAL
<b>55.8.5.</b>	<b>SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA</b>
55.8.5.00	SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA SOD

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>55.8.6.</b>	<b>ANASTOMOSIS DE RIÑÓN</b>
55.8.6.10	NEFRO-PIELO-URETEROSTOMÍA
55.8.6.20	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL
<b>Incluye:</b>	<i>REIMPLANTE URETERAL</i>
55.8.6.30	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMÍA
55.8.6.40	NEFROENTEROSTOMÍA CUTÁNEA
55.8.6.50	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA
<b>55.8.7.</b>	<b>CORRECCIÓN DE UNIÓN URETEROPÉLVICA (PIELOPLASTIA) (REANASTOMOSIS URETEROPÉLVICA)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CON REUBICACIÓN DE VASOS RENALES ABERRANTES; AQUELLA EN RIÑÓN ÚNICO</i>
55.8.7.01	PIELOPLASTIA VÍA ABIERTA
55.8.7.20	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (POR ENDOPIELOTOMIA O ANTEROGRADA)
55.8.7.30	PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA
55.8.7.40	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (RETRÓGRADA)
<b>55.8.8.</b>	<b>LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PIÉLICAS</b>
55.8.8.01	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIÉLICAS O URETEROPIÉLICAS POR VÍA ABIERTA
55.8.8.11	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIÉLICAS O URETEROPIÉLICAS POR LAPAROSCOPIA
<b>55.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN RIÑÓN</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIRRENALES O PERIURETERALES (59.0.2. - 59.0.3.)</i>
<b>55.9.1.</b>	<b>COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EN RIÑÓN</b>
55.9.1.01	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO (CATÉTER DOBLE J) ANTEROGRADO DE RIÑÓN A VEJIGA
<b>55.9.2.</b>	<b>ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL</b>
55.9.2.10	RENOPUNCIÓN O PUNCIÓN RENAL PERCUTÁNEA
55.9.2.20	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN O QUISTE RENAL
<b>55.9.3.</b>	<b>REEMPLAZO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA</b>
55.9.3.00	REEMPLAZO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA SOD
<b>55.9.4.</b>	<b>REEMPLAZO DE CATÉTER DE PIELOSTOMÍA</b>
55.9.4.00	REEMPLAZO DE CATÉTER DE PIELOSTOMÍA SOD
<b>55.9.5.</b>	<b>PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN</b>
55.9.5.00	PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN SOD
<b>55.9.6.</b>	<b>OTRAS INYECCIONES DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN RIÑÓN</b>
55.9.6.01	INYECCIÓN RENAL ESCLEROSANTE, VÍA PERCUTÁNEA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR QUISTE RENAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>56.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN URÉTER</b>
<b>Excluye:</b>	<i>NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1. - 55.5.4.)</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>NEFRECTOMÍA (55.5.0.) SI NO SE DESCRIBE COMO NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1.)</i>
<b>56.0.</b>	<b>REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE OBSTRUCCIÓN EN URÉTER O PELVIS RENAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA MEDIANTE INCISIÓN (55.1.1. - 56.2.)</i>
<b>56.0.1.</b>	<b>REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER O PELVIS RENAL</b>
56.0.1.00	REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO [URETEROLITOTOMÍA], COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER O PELVIS RENAL SOD
<b>56.0.2.</b>	<b>REMOCIÓN (LAPAROSCÓPICA) DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
56.0.2.00	REMOCION DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO POR LAPAROSCOPIA SOD
<b>56.1.</b>	<b>MEATOTOMÍA</b>
<b>56.1.1.</b>	<b>MEATOTOMÍA URETERAL</b>
56.1.1.01	MEATOTOMÍA URETERAL VÍA ABIERTA
56.1.1.02	MEATOTOMÍA URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>56.2.</b>	<b>URETEROTOMÍA</b>
Excluye:	<i>DERIVACIÓN URINARIA (56.5.1. - 56.5.7.), EXTRACCIÓN DE CÁLCULO SIN INCISIÓN (56.0.)</i>
<b>56.2.1.</b>	<b>EXPLORACIÓN DE URÉTER</b>
56.2.1.01	EXPLORACIÓN DE URÉTER POR URETEROTOMÍA (VÍA ABIERTA)
<b>56.2.2.</b>	<b>URETEROLITOTOMÍA</b>
56.2.2.01	URETEROLITOTOMÍA POR URETEROTOMÍA (VÍA ABIERTA)
56.2.2.21	URETEROLITOTOMÍA POR LAPAROSCOPIA
<b>56.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN URÉTER</b>
<b>56.3.1.</b>	<b>URETEROSCOPIA O URETERORRENOSCOPIA</b>
Incluye:	<i>DILATACIÓN URETERAL</i>
56.3.1.00	URETEROSCOPIA DIAGNÓSTICA SOD
<b>56.3.3.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA O LAPAROSCÓPICA DE URÉTER</b>
56.3.3.01	BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA DE URÉTER ANTERÓGRADA
56.3.3.11	BIOPSIA CERRADA DE URÉTER RETRÓGRADA
56.3.3.21	BIOPSIA CERRADA DE URÉTER POR LAPAROSCOPIA
<b>56.3.4.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE URÉTER</b>
56.3.4.00	BIOPSIA ABIERTA DE URÉTER SOD
<b>56.3.5.</b>	<b>ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACIÓN URINARIA</b>
56.3.5.10	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO ILEAL
56.3.5.20	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO COLONICO
<b>56.4.</b>	<b>URETERECTOMÍA</b>
Excluye:	<i>NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1.) FISTULECTOMÍA O CIERRE DE FÍSTULA URETERO CUTANEA (56.8.3.) Y OTRAS FÍSTULAS DE URÉTER (56.8.4.)</i>
Simultáneo:	<i>CODIFICAR TAMBIEN ANASTOMOSIS PARA DERIVACIONES URINARIAS (56.5.1. - 56.5.7.) Y OTRAS ANASTOMOSIS (56.7.)</i>
<b>56.4.1.</b>	<b>URETERECTOMÍA PARCIAL</b>
Excluye:	<i>BIOPSIA DE URÉTER (56.3.1. - 56.3.4.)</i>
56.4.1.01	URETERECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA
56.4.1.11	URETERECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA
56.4.1.20	ESCISIÓN DE LESIÓN URETERAL O PARA URETERAL
Incluye:	<i>AQUELLA POR DIVERTÍCULO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
56.4.1.30	ACORTAMIENTO O REMODELACIÓN DE URÉTER CON REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL
56.4.1.40	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URÉTER CON REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA
<b>56.4.2.</b>	<b>URETERECTOMÍA TOTAL</b>
56.4.2.01	URETERECTOMÍA TOTAL O RESIDUAL POR VÍA ABIERTA
56.4.2.11	URETERECTOMÍA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA
<b>56.5.</b>	<b>FORMACIÓN DE DERIVACIONES URINARIAS</b>
<b>56.5.1.</b>	<b>FORMACIÓN DE CONDUCTO ILEAL SIN TUNELIZACIÓN DE URÉTER</b>
56.5.1.01	URETEROILEOSTOMÍA CUTÁNEA [CIRUGÍA DE BRICKER]
<b>56.5.2.</b>	<b>FORMACIÓN DE CONDUCTO COLÓNICO CON TUNELIZACIÓN DE URÉTER</b>
56.5.2.02	ANASTOMOSIS URETEROCOLÓNICA TUNELIZADA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
56.5.2.01	URETEROSIGMOIDOSTOMÍA
<b>56.5.4.</b>	<b>OTRO REEMPLAZO DE URÉTER POR INTESTINO</b>
56.5.4.10	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA
<b>Incluye:</b>	<i>URETERONEOILEOCECOCISTOPLASTIA [OPERACIÓN DE GITTES]</i>
<b>56.5.6.</b>	<b>URETEROENTEROSTOMÍAS CUTÁNEAS</b>
56.5.6.01	URETEROENTEROSTOMÍA CUTÁNEA
56.5.6.10	URETEROCOLOSTOMÍA
<b>56.5.7.</b>	<b>OTRAS DERIVACIONES URINARIAS</b>
56.5.7.10	URETERONEOPROCTOSTOMÍA (ANASTOMOSIS DE URÉTERES A RECTO AISLADO IN SITU) [OPERACIÓN DE HEINZ-BOYER]
<b>56.5.9.</b>	<b>REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL</b>
56.5.9.00	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL SOD
<b>56.6.</b>	<b>OTRAS DERIVACIONES URINARIAS EXTERNAS</b>
<b>56.6.0.</b>	<b>URETEROSTOMÍA CUTÁNEA</b>
56.6.0.00	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA SOD
<b>56.6.2.</b>	<b>REVISIÓN DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA</b>
56.6.2.00	REVISIÓN DE ESTOMA DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA SOD
<b>56.7.</b>	<b>OTRA ANASTOMOSIS O DERIVACIÓN DE URÉTER</b>
<b>Excluye:</b>	<i>URETEROPIELOSTOMÍA (55.8.6.)</i>
<b>56.7.4.</b>	<b>URETERONEOCISTOSTOMÍA</b>
56.7.4.40	URETERONEOCISTOSTOMÍA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR CIERRE DE FÍSTULA URETERO-VAGINAL, UTERO-URETERAL</i>
56.7.4.41	URETERONEOCISTOSTOMÍA CON TÉCNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL)
56.7.4.60	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL
<b>56.7.5.</b>	<b>TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA</b>
56.7.5.00	TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA SOD
<b>56.8.</b>	<b>REPARACIONES DE URÉTER</b>
<b>56.8.2.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE URÉTER O URETERORRAFIA</b>
56.8.2.00	SUTURA DE LACERACIÓN DE URÉTER O URETERORRAFIA SOD
<b>56.8.3.</b>	<b>CIERRE DE URETEROSTOMÍA (FÍSTULA URETEROCUTÁNEA)</b>
56.8.3.00	CIERRE DE URETEROSTOMÍA SOD
<b>56.8.4.</b>	<b>CIERRE DE OTRAS FÍSTULAS DE URÉTER</b>
56.8.4.10	CIERRE DE FÍSTULA URETERO-ENTÉRICA O URETEROVISCERAL
56.8.4.40	FISTULECTOMÍA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL
<b>56.8.7.</b>	<b>URETEROPLASTIA</b>
56.8.7.01	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL
56.8.7.02	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE URÉTER POR LAPAROSCOPIA
<b>56.8.9.</b>	<b>OTRAS REPARACIONES DE URÉTER</b>
56.8.9.10	INJERTO DE URÉTER
56.8.9.41	RESECCIÓN DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URÉTER IPSILATERAL VÍA ABIERTA
56.8.9.42	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE URETEROCELE
56.8.9.70	REEMPLAZO DE URÉTER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA
<b>56.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN URÉTER</b>
<b>56.9.0.</b>	<b>DILATACIÓN URETERAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ESTRECHEZ URETERAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
56.9.0.01	DILATACIÓN DE MEATO URETERAL

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
56.9.0.02	DILATACIÓN URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>56.9.8.</b>	<b>INFILTRACIÓN O INYECCIÓN PARAURETERAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR REFLUJO VESICO-URETERAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
56.9.8.00	INFILTRACIÓN O INYECCIÓN PARAURETERAL SOD
<b>57.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA COMO EXANTERACIÓN PÉLVICA EN MUJER (68.8.); AQUELLA DESCRITA COMO URETROCISTOPEXIA (59.5.); ESCISIÓN DE QUISTE URACAL DE PARED ABDOMINAL (54.3.)</i>
<b>57.0.</b>	<b>DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA</b>
<b>57.0.1.</b>	<b>DRENAJE DE VEJIGA SIN INCISIÓN</b>
57.0.1.00	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA SOD
<b>57.0.2.</b>	<b>REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, CUERPO EXTRAÑO O COÁGULO DE VEJIGA</b>
57.0.2.00	REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, CUERPO EXTRAÑO O COÁGULO DE VEJIGA SOD
<b>57.0.5.</b>	<b>HEMOSTASIA VESICAL TRANSURETRAL</b>
57.0.5.00	HEMOSTASIA VESICAL TRANSURETRAL SOD
<b>57.1.</b>	<b>CISTOTOMÍAS Y CISTOSTOMÍAS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>CISTOTOMÍAS Y CISTOSTOMÍAS COMO ACCESO OPERATORIO (OMITIR CÓDIGO)</i>
<b>57.1.1.</b>	<b>CISTOTOMÍA</b>
57.1.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O CÁLCULO EN VEJIGA POR CISTOTOMÍA (VÍA ABIERTA)
57.1.1.10	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE VEJIGA
57.1.1.20	CISTOTOMÍA POR LAPAROSCOPIA
<b>57.1.2.</b>	<b>CISTOSTOMÍA</b>
57.1.2.10	CISTOSTOMÍA ABIERTA
57.1.2.20	CISTOSTOMÍA CERRADA (PERCUTÁNEA) SUPRAPÚBICA
<b>57.2.</b>	<b>VESICOSTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CREACIÓN DE UNA ABERTURA PERMANENTE ENTRE VEJIGA Y LA PIEL USANDO UN COLGAJO</i>
<b>Excluye:</b>	<i>CISTOSTOMÍA (57.1.2.)</i>
<b>57.2.1.</b>	<b>VESICOSTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>
57.2.1.01	VESICOSTOMÍA (CUTÁNEA)
<b>57.2.2.</b>	<b>REVISIÓN O SUTURA DE VESICOSTOMÍA</b>
57.2.2.00	REVISIÓN O SUTURA DE VESICOSTOMÍA SOD
<b>57.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN VEJIGA</b>
<b>57.3.1.</b>	<b>CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA (CISTOSTOMÍA)</b>
57.3.1.01	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMÍA
57.3.1.02	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA CONGÉNITO
57.3.1.03	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA TRAUMÁTICO
<b>57.3.2.</b>	<b>OTRA CISTOSCOPIA</b>
57.3.2.01	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL
<b>57.3.3.</b>	<b>BIOPSIA DE VEJIGA</b>
57.3.3.01	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA TRANSURETRAL
57.3.3.02	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA TRANSURETRAL
57.3.3.03	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA
57.3.3.04	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA
<b>57.3.4.</b>	<b>BIOPSIA DE VEJIGA VÍA ABIERTA</b>
57.3.4.01	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA VÍA ABIERTA
57.3.4.02	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA VÍA ABIERTA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>57.3.5.</b>	<b>BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL</b>
57.3.5.00	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL SOD
<b>57.4.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO VESICAL</b>
<b>57.4.1.</b>	<b>ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES</b>
57.4.1.00	ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES SOD
<b>57.4.2.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO O LESIÓN VESICAL</b>
57.4.2.01	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN VESICAL
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR PÓLIPOS, TUMORES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
57.4.2.02	FULGURACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN VESICAL
<b>57.5.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO VESICAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON ACCESO TRANSURETRAL (57.4.)</i>
<b>57.5.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE URACO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESCISIÓN DE QUISTE URACAL DE PARED ABDOMINAL (54.3.)</i>
57.5.1.01	RESECCIÓN DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL)
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR QUISTE URACAL</i>
57.5.1.02	RESECCIÓN DE FÍSTULA URACAL
57.5.1.11	RESECCIÓN DE URACO POR LAPAROSCOPIA
<b>57.5.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE OTRA LESIÓN O TEJIDO VESICAL</b>
57.5.2.01	ENDOMETRECTOMÍA DE VEJIGA
57.5.2.02	RESECCIÓN O FULGURACIÓN SUPRAPÚBICA DE LESIÓN VESICAL, VÍA ABIERTA
<b>57.6.</b>	<b>CISTECTOMÍA PARCIAL</b>
<b>57.6.0.</b>	<b>CISTECTOMÍA PARCIAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>
57.6.0.01	CISTECTOMÍA PARCIAL, VÍA ABIERTA
57.6.0.11	CISTECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA
57.6.0.60	RESECCIÓN DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL
57.6.0.61	RESECCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CUELLO VESICAL
<b>57.7.</b>	<b>CISTECTOMÍA TOTAL Y RADICAL</b>
<b>57.7.0.</b>	<b>CISTECTOMÍA TOTAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA COMO EXANTERACIÓN PÉLVICA EN MUJER (68.8.)</i>
57.7.0.01	EXTIRPACIÓN TOTAL DE VEJIGA URINARIA [CISTECTOMÍA]
57.7.0.05	CISTECTOMÍA TOTAL CON URETRECTOMIA
<b>57.7.1.</b>	<b>CISTECTOMÍA RADICAL</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.); DERIVACIÓN URINARIA (56.5. - 56.7.)</i>
57.7.1.20	EXENTERACIÓN PÉLVICA MASCULINA (CON RECTO)
57.7.1.30	ESCISIÓN O REMOCIÓN DE VEJIGA, PRÓSTATA, VESÍCULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMÍA]
57.7.1.50	ESCISIÓN O REMOCIÓN DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER
<b>57.7.2.</b>	<b>CISTECTOMÍA TOTAL O RADICAL POR LAPAROSCOPIA</b>
57.7.2.01	CISTECTOMÍA TOTAL O RADICAL
57.7.2.10	ESCISIÓN O REMODELACIÓN DE VEJIGA PRÓSTATA, VESÍCULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL] POR LAPAROSCOPIA
57.7.2.20	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MÁS DERIVACIÓN URINARIA (CONDUCTO ILEAL)
57.7.2.30	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE ORTOTÓPICA)

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
57.7.2.40	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTÓTOPICA)
<b>57.8.</b>	<b>REPARACIÓN O CORRECCIÓN EN VEJIGA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA PARA INCONTINENCIA DE ESFUERZO (59.7.) REPARACIÓN DE: CISTOCELE (70.5.) Y DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA (75.6.1.)</i>
<b>57.8.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN VESICAL [CISTORRAFIA]</b>
57.8.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA]
57.8.1.11	SUTURA DE VEJIGA POR LAPAROSCOPIA
<b>57.8.2.</b>	<b>CIERRE DE CISTOSTOMÍA O VESICOSTOMÍA</b>
57.8.2.01	CIERRE DE CISTOSTOMÍA (FISTULECTOMÍA VESICO-CUTÁNEA)
57.8.2.02	CIERRE DE VESICOSTOMÍA
<b>57.8.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICO-INTESTINAL</b>
57.8.3.01	FISTULECTOMÍA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL
57.8.3.02	FISTULECTOMÍA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL
<b>57.8.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE OTRA FÍSTULA DE VEJIGA</b>
57.8.4.01	FISTULECTOMÍA CERVICO-VESICAL
57.8.4.02	FISTULECTOMÍA VÉSICO-VAGINAL
57.8.4.03	FISTULECTOMÍA UTERO-VESICAL (VESICOUTERINA)
57.8.4.50	FISTULECTOMÍA URETRO-PERINEO-VESICAL
<b>57.8.5.</b>	<b>CISTOURETROPLASTIA O PLASTIA DE CUELLO VESICAL</b>
57.8.5.01	PLICATURA DE ESFÍNTER VESICAL
57.8.5.02	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL
<b>57.8.6.</b>	<b>REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL</b>
57.8.6.00	REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL SOD
<b>57.8.7.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE VEJIGA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER RESECCIÓN DE INTESTINO (45.6.) O AISLAMIENTO DE INTESTINO (45.5.)</i>
57.8.7.01	AMPLIACIÓN DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ÍLEON
<b>Incluye:</b>	<i>ILEOCISTOPLASTIA</i>
57.8.7.02	AMPLIACIÓN DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON
<b>Incluye:</b>	<i>COLOCISTOPLASTIA</i>
57.8.7.03	AMPLIACIÓN DE VEJIGA CON SEGMENTO DE ESTÓMAGO
<b>Incluye:</b>	<i>GASTROCISTOPLASTIA</i>
57.8.7.04	ÍLEO-CECO-CISTOPLASTIA
<b>57.8.8.</b>	<b>OTRA ANASTOMOSIS DE VEJIGA</b>
57.8.8.01	ANASTOMOSIS DE VEJIGA CON SEGMENTO INTESTINAL
57.8.8.02	ANASTOMOSIS CISTOCÓLICA
<b>57.8.9.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN EN VEJIGA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA DESCRITA COMO URETROCISTOPEXIA (59.5.1.)</i>
57.8.9.01	CISTOPEXIA (SUSPENSIÓN VESICAL)
57.8.9.10	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTÉTRICOS QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV)
<b>57.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA</b>
<b>57.9.1.</b>	<b>ESFINTEROTOMÍA VESICAL</b>
57.9.1.01	ESFINTEROTOMÍA VESICAL CERRADA ENDOSCÓPICA
57.9.1.02	ESFINTEROTOMÍA DE VEJIGA
<b>57.9.2.</b>	<b>DILATACIÓN DE CUELLO VESICAL</b>
57.9.2.00	DILATACIÓN DE CUELLO VESICAL SOD
<b>57.9.3.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA</b>
57.9.3.01	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA VÍA ABIERTA



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
57.9.3.02	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>57.9.4.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS URINARIOS (VESICAL)</b>
57.9.4.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)
<b>57.9.5.</b>	<b>REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS URINARIOS (VESICAL)</b>
57.9.5.01	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)
<b>57.9.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO</b>
57.9.9.30	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS EN VEJIGA
57.9.9.50	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA
<b>58.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN URETRA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULA BULBOURETRAL [GLÁNDULA DE COWPER] Y TEJIDO PERIURETRAL</i>
<b>58.0.</b>	<b>INCISIÓN DE URETRA (URETROTOMÍAS Y URETROSTOMÍAS)</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DRENAJE DE VÁLVULA VULVOURETRAL O DE TEJIDO PERIURETRAL (58.9.1.), EXTRACCIÓN DE CÁLCULO URETRAL SIN INCISIÓN (58.7.), MEATOTOMÍA URETRAL INTERNA (58.5.)</i>
<b>58.0.0.</b>	<b>URETROTOMÍA</b>
58.0.0.10	ESCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE URETRAL
58.0.0.30	REMOCIÓN DE CÁLCULO O CUERPO EXTRAÑO URETRAL CON INCISIÓN
58.0.0.50	URETROTOMÍA INTERNA ENDOSCÓPICA
<b>58.0.1.</b>	<b>URETROSTOMÍAS</b>
58.0.1.01	URETROSTOMÍA
58.0.1.10	URETROSTOMÍA PERINEAL
<b>58.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ESFÍNTER URETRAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>MEATOTOMÍA URETRAL INTERNA (58.5.)</i>
<b>58.1.0.</b>	<b>MEATOTOMÍA URETRAL</b>
58.1.0.10	MEATOTOMÍA URETRAL EXTERNA
<b>58.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN URETRA Y TEJIDO PERIURETRAL</b>
<b>58.2.1.</b>	<b>URETROSCOPIA PERINEAL</b>
58.2.1.00	URETROSCOPIA PERINEAL SOD
<b>58.2.3.</b>	<b>BIOPSIA DE URETRA</b>
58.2.3.01	BIOPSIA DE URETRA VÍA ABIERTA
<b>58.2.4.</b>	<b>BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL</b>
58.2.4.01	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VÍA ABIERTA
<b>58.3.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE URETRA (58.2.3.), ESCISIÓN DE GLÁNDULA BULBOURETRAL (58.9.1.) FISTULECTOMÍA (58.4.3.), URETRECTOMÍA COMO PARTE DE CISTECTOMÍA RADICAL O TOTAL Y EXANTERACIÓN PÉLVICA (57.7.0. - 57.7.1.)</i>
<b>58.3.1.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ESTENOSIS DE URETRA O DIVERTÍCULOS URETRALES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
58.3.1.01	FULGURACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES URETRALES
58.3.1.02	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE VALVA CONGÉNITA DE URETRA
58.3.1.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL
<b>58.3.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR CARÚNCULAS O DIVERTÍCULOS URETRALES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
58.3.2.01	FULGURACIÓN DE LESIONES URETRALES, VÍA ABIERTA
58.3.2.02	ESCISIÓN DE VALVA CONGÉNITA DE URETRA, VÍA ABIERTA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
58.3.2.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL
58.3.2.30	URETRECTOMÍA SIMPLE, VÍA ABIERTA
58.3.2.40	URETRECTOMÍA RADICAL, VÍA ABIERTA
<b>58.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE URETRA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REPARACIÓN DE LACERACIÓN OBSTETRICA ACTUAL (75.6.)</i>
<b>58.4.1.</b>	<b>URETRORRAFIA</b>
58.4.1.01	URETRORRAFIA FEMENINA
58.4.1.02	URETRORRAFIA PENEANA
58.4.1.03	URETRORRAFIA PERINEAL
<b>58.4.2.</b>	<b>CIERRE DE URETROSTOMÍA</b>
58.4.2.00	CIERRE DE URETROSTOMÍA SOD
<b>58.4.3.</b>	<b>CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE URETRA</b>
58.4.3.01	CIERRE DE FÍSTULA URETRORECTAL
58.4.3.02	CIERRE DE FÍSTULA URETRO-PERINEO-ESCROTAL
58.4.3.03	RESECCIÓN DE FÍSTULA URETROCUTÁNEA
58.4.3.04	CIERRE DE FÍSTULA URETRO -VAGINAL
58.4.3.05	CIERRE DE FÍSTULA DE NEOURETRA
<b>58.4.4.</b>	<b>REANASTOMOSIS DE URETRA</b>
58.4.4.01	ANASTOMOSIS DE URETRA - URETRA
58.4.4.02	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE URETRA
<b>58.4.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS</b>
58.4.5.01	CORRECCIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS
58.4.5.30	MEATOPLASTIA, GLANDULOPLASTIA, AVANZAMIENTO [MAGPI]
<b>58.4.6.</b>	<b>OTRA RECONSTRUCCIÓN EN URETRA</b>
58.4.6.01	URETROPLASTIA TRANSPÚBICA
58.4.6.02	URETROPLASTIA CON OTROS TEJIDOS (CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL)
58.4.6.03	URETROPLASTIA PERINEAL
<b>58.4.7.</b>	<b>MEATOPLASTIA URETRAL</b>
58.4.7.00	MEATOPLASTIA URETRAL SOD
<b>58.4.9.</b>	<b>OTRA CORRECCIÓN EN URETRA</b>
58.4.9.01	MARSUPIALIZACIÓN DE DIVERTÍCULO URETRAL
<b>58.5.</b>	<b>LIBERACIÓN DE ESTENOSIS URETRAL</b>
<b>58.5.0.</b>	<b>URETROLISIS</b>
58.5.0.01	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS EN URETRA [URETROLISIS]
58.5.0.10	MEATOTOMIA URETRAL INTERNA
<b>58.6.</b>	<b>DILATACIÓN DE URETRA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CALIBRACIÓN URETRAL</i>
<b>58.6.1.</b>	<b>DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA</b>
58.6.1.01	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA EXTERNA
58.6.1.02	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA INTERNA
<b>58.6.2.</b>	<b>DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL</b>
58.6.2.00	DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL SOD
<b>58.6.3.</b>	<b>DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO</b>
58.6.3.00	DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO SOD
<b>58.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS EN URETRA SIN INCISIÓN</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL NO TERAPÉUTICO DE URETRA SIN INCISIÓN (98.1.9.) Y EXTRACCIÓN O REEMPLAZO DE SONDA URETRAL (97.6.5.)</i>
<b>58.7.0.</b>	<b>EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS EN URETRA</b>
58.7.0.10	URETROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>58.8.</b>	<b>CATETERISMO URETRAL</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLA PARA EXTRACCIÓN TRANSURETRAL DE CÁLCULO O COÁGULO DE URETRA Y PELVIS RENAL (56.0.) PIELOGRAFIA (87.2.7.)
<b>Simultáneo:</b>	CUALQUIER URETEROTOMÍA (56.2.)
<b>58.8.2.</b>	<b>INSERCIÓN DE PRÓTESIS (STENT) URETRAL</b>
58.8.2.01	INSERCIÓN DE PRÓTESIS (STENT) URETRAL, VÍA ABIERTA
58.8.2.02	INSERCIÓN DE PRÓTESIS (STENT) URETRAL, VÍA ENDOSCÓPICA
<b>58.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN URETRA Y TEJIDO PERIURETRAL</b>
<b>58.9.1.</b>	<b>INCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL</b>
58.9.1.10	DRENAJE DE GLÁNDULA BULBOURETRAL
58.9.1.20	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS
<b>58.9.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL</b>
58.9.2.00	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL SOD
<b>58.9.3.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL</b>
58.9.3.01	COLOCACIÓN DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO INFLABLE
<b>Incluye:</b>	BOMBA O DEPÓSITO
<b>58.9.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO</b>
58.9.4.01	RETIRO DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO, CON SUSTITUCIÓN
58.9.4.02	RETIRO DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO
<b>58.9.5.</b>	<b>CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PRESIÓN HIDRÁULICA DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO</b>
58.9.5.00	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PRESIÓN HIDRÁULICA DE APARATO INFLABLE DE ESFÍNTER URINARIO SOD
<b>59.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN EL TRACTO URINARIO</b>
<b>Simultáneo:</b>	CODIFICAR TAMBIEN CUALQUIER URETROTOMÍA (56.2.)
<b>59.0.</b>	<b>DISECCIÓN DE TEJIDO RETROPERITONEAL</b>
<b>59.0.1.</b>	<b>EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL</b>
59.0.1.01	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL (LUMBOTOMÍA EXPLORADORA) VÍA ABIERTA
59.0.1.11	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL (LUMBOTOMÍA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA
<b>59.0.2.</b>	<b>URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URÉTER</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR FIBROSIS RETROPERITONEAL ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS
59.0.2.00	URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URÉTER SOD
<b>59.0.3.</b>	<b>OTRAS LISIS DE ADHERENCIAS PERIRRENAL O PERIURETERALES</b>
59.0.3.01	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]
59.0.3.11	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA
<b>59.0.4.</b>	<b>OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIURETERAL</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR ABSCESO, HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS
59.0.4.00	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN PERIRRENAL SOD
<b>59.0.5.</b>	<b>DRENAJE PERCUTÁNEO EN ÁREA PERIRRENAL</b>
<b>Incluye:</b>	AQUEL POR ABSCESO, HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS
59.0.5.00	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN EN ÁREA PERIRRENAL SOD
<b>59.1.</b>	<b>INCISIÓN EN TEJIDO PERIVESICAL</b>
<b>59.1.1.</b>	<b>LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES</b>
59.1.1.00	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES SOD
<b>59.1.9.</b>	<b>OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL</b>
59.1.9.10	EXPLORACIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL
59.1.9.20	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN EN TEJIDO PERIVESICAL Y

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	ESPACIO DE RETZIUS
<b>59.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN UNIÓN URETROVESICAL</b>
<b>59.3.1.</b>	<b>PLICATURA DE UNIÓN URETROVESICAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CUALQUIER TÉCNICA QUIRÚRGICA, ENTRE ELLAS KELLY-STOECKEL</i>
59.3.1.00	PLICATURA URETRAL SOD
<b>59.5.</b>	<b>SUSPENSIÓN URETRO VESICAL</b>
<b>59.5.1.</b>	<b>SUSPENSIÓN URETRAL RETROPÚBICA</b>
59.5.1.01	SUSPENSIÓN URETRO VESICAL RETROPÚBICA
59.5.1.02	PEXIA URETRAL RETROPÚBICA
59.5.1.03	URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA
<b>59.6.</b>	<b>SUSPENSIÓN PARAURETRAL</b>
<b>59.6.1.</b>	<b>SUSPENSIÓN PARAURETRAL O PERIURETRAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>SUS VARIACIONES</i>
59.6.1.01	SUSPENSIÓN PARAURETRAL ENDOSCÓPICA
59.6.1.02	PEXIA PARAURETRAL O PERIURETRAL
<b>59.7.</b>	<b>OTRAS CORRECCIONES DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO</b>
<b>59.7.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PARA SUSPENSIÓN URETROVESICAL</b>
59.7.1.01	CISTOURETROPEXIA CON CABESTRILLO (SUSPENSIÓN DEL MÚSCULO ELEVADOR)
59.7.1.04	CISTOURETROPEXIA VAGINAL
<b>59.7.2.</b>	<b>INYECCIÓN DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>COLLAGEN IMPLANTADO, IMPLANTE GRUESO O IMPLANTE DE POLYTE</i>
59.7.2.01	INYECCIÓN DE IMPLANTE EN CUELLO DE VEJIGA O INTRAURETRAL
59.7.2.10	INYECCIÓN ENDOSCÓPICA DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL
59.7.2.51	INYECCIÓN PERIURETRAL ENDOSCÓPICA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR INCONTINENCIA URINARIA</i>
<b>59.7.9.</b>	<b>OTRAS URETROPEXIAS</b>
59.7.9.10	URETROPEXIA ANTERIOR
59.7.9.20	URETROPLASTIA DE AMPLIACIÓN
59.7.9.40	URETROCOLPOPEXIA VÍA VAGINAL O ABDOMINAL
59.7.9.41	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VÍA VAGINAL O ABDOMINAL
59.7.9.90	REPARACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
<b>59.8.</b>	<b>CATETERISMO URETERAL</b>
<b>59.8.0.</b>	<b>CATETERISMO URETERAL NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO</b>
59.8.0.01	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
<b>59.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN SISTEMA URINARIO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN NO OPERATORIA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO (97.6.)</i>
<b>59.9.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL</b>
59.9.1.01	RESECCIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL
59.9.1.10	ESCISIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE GRANDES VASOS
<b>59.9.3.</b>	<b>REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE URETEROSTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CAMBIO O REINSERCIÓN</i>
59.9.3.01	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA
<b>59.9.4.</b>	<b>REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA</b>
59.9.4.01	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMÍA
<b>59.9.5.</b>	<b>FRAGMENTACIÓN INTRACORPÓREA DE CÁLCULOS URINARIOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR MÉTODOS ELECTROHIDRÁULICOS, ELECTROMECAÑICOS, LÁSER O ULTRASONIDO ENTRE OTROS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>POR VÍA ABIERTA (55.0.3. - 56.0.2.); LITOTRIPCIA EXTRACORPÓREA (98.5.1.)</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
59.9.5.00	LITIASIS URINARIA FRAGMENTADA INTRACORPÓREA ENDOSCÓPICA SOD
<b>Capítulo 11 SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO</b>	
<b>60.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES</b>
<b>60.0.</b>	<b>INCISIÓN EN PRÓSTATA</b>
<b>60.0.1.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN PROSTÁTICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
60.0.1.10	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PRÓSTATA VÍA ABIERTA
60.0.1.12	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PRÓSTATA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>60.0.2.</b>	<b>PROSTATOLITOTOMÍA</b>
60.0.2.00	PROSTATOLITOTOMÍA SOD
<b>60.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES</b>
<b>60.1.1.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA</b>
60.1.1.01	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL
60.1.1.02	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA POR ABORDAJE PERINEAL
<b>60.1.2.</b>	<b>BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA</b>
60.1.2.00	BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA SOD
<b>60.1.3.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES POR LAPAROSCOPIA</b>
60.1.3.01	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES POR ABORDAJE TRANSRECTAL
60.1.3.11	BIOPSIA DE VESÍCULA SEMINAL POR LAPAROSCOPIA
<b>60.1.4.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE VESÍCULAS SEMINALES</b>
60.1.4.00	BIOPSIA ABIERTA DE VESÍCULAS SEMINALES SOD
<b>60.1.5.</b>	<b>BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO</b>
60.1.5.00	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO SOD
<b>60.2.</b>	<b>PROSTATECTOMÍAS TRANSURETRALES</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESCISIÓN O ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE PRÓSTATA (60.6.2.)</i>
<b>60.2.1.</b>	<b>PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL CON ULTRASONIDO GUIADO POR LÁSER INDUCIDO</b>
60.2.1.01	ABLACIÓN DE PRÓSTATA POR LÁSER (CONTACTO) (SIN CONTACTO) (INTERSTICIAL)
<b>60.2.9.</b>	<b>OTRA PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON VAPORTRODE, VAPORTOME, LÁSER, TUNA ENTRE OTRAS</i>
60.2.9.01	RESECCIÓN O ENUCLEACIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMÍA
60.2.9.02	PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL
<b>60.3.</b>	<b>ADENOMECTOMÍA SUPRAPÚBICA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>PROSTATECTOMÍA RADICAL (60.5.)</i>
<b>60.3.1.</b>	<b>PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL</b>
60.3.1.00	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL SOD
<b>60.4.</b>	<b>ADENOMECTOMÍAS RETROPÚBICAS</b>
<b>60.4.0.</b>	<b>ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>
60.4.0.01	ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA
60.4.0.11	ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA POR LAPAROSCOPIA
<b>60.4.1.</b>	<b>PROSTATECTOMÍA TRANSVESICOCAPSULAR</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
60.4.1.00	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICOCAPSULAR SOD
<b>60.5.</b>	<b>PROSTATECTOMÍA RADICAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>CISTOPROSTATECTOMÍA (57.7.1.30)</i>
<b>60.5.1.</b>	<b>PROSTATECTOMÍA RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMÍA]</b>
60.5.1.01	RESECCIÓN DE PRÓSTATA [PROSTATECTOMÍA] RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMÍA]
60.5.1.11	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA
<b>60.6.</b>	<b>OTRA PROSTATECTOMÍA O ESCISIÓN DE TEJIDO O LESIÓN EN PRÓSTATA</b>
<b>60.6.2.</b>	<b>PROSTATECTOMÍA PERINEAL</b>
60.6.2.01	ABLACIÓN DE PRÓSTATA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR CRIOTERAPIA, TERMOABLACIÓN ENTRE OTRAS TÉCNICAS</i>
<b>60.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN VESÍCULAS SEMINALES</b>
<b>60.7.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN (PERCUTÁNEA) CON (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES</b>
60.7.1.00	ASPIRACIÓN (PERCUTÁNEA) CON (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES SOD
<b>60.7.2.</b>	<b>VESICULOTOMÍA SEMINAL</b>
60.7.2.01	RESECCIÓN DE VESÍCULA SEMINAL [VESICULOTOMÍA]
60.7.2.11	VESICULOTOMÍA SEMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA
60.7.2.12	VESICULOTOMÍA SEMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
<b>60.7.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR QUISTE EN CONDUCTO DE [MULLER] O EN VESÍCULA SEMINAL</i>
60.7.3.01	VESICULECTOMÍA O ESPERMATOCISTECTOMIA
60.7.3.11	VESICULECTOMÍA O ESPERMATOCISTECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA
60.7.3.12	VESICULECTOMÍA O ESPERMATOCISTECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
<b>60.8.</b>	<b>INCISIÓN O EXCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO</b>
<b>60.8.1.</b>	<b>INCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO</b>
60.8.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIPROSTÁTICA
<b>60.8.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO</b>
60.8.2.01	ESCISIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
<b>60.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN PRÓSTATA</b>
<b>60.9.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA</b>
60.9.1.00	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA SOD
<b>60.9.3.</b>	<b>REPARACIÓN O PLASTIA EN PRÓSTATA</b>
60.9.3.01	REVISIÓN Y REPARACIÓN DE CÁPSULA VÍA TRANSVESICAL
<b>60.9.4.</b>	<b>CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA</b>
60.9.4.01	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA
60.9.4.02	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTÁTICA VÍA CISTOSCOPIA
<b>60.9.5.</b>	<b>DILATACIÓN TRANSURETRAL CON BALÓN DE URETRA PROSTÁTICA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>GUIA IMAGENOLÓGICA (87.2.0.70, 87.9.9.90 Y 88.1.3.90)</i>
60.9.5.00	DILATACIÓN TRANSURETRAL CON BALÓN DE URETRA PROSTÁTICA SOD
<b>61.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS</b>
<b>61.0.</b>	<b>INCISIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS</b>
<b>61.0.1.</b>	<b>INCISIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO</b>
61.0.1.01	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
<b>61.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS</b>
<b>61.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
61.1.1.01	BIOPSIA DE ESCROTO
61.1.1.02	BIOPSIA DE TÚNICA VAGINALIS
<b>61.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN O CORRECCIÓN EN TÚNICA VAGINALIS</b>
<b>61.2.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE HIDROCELE DE (TÚNICA VAGINALIS)</b>
61.2.1.00	REPARACIÓN O ESCISIÓN DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMÍA] DE TÚNICA VAGINALIS SOD
<b>61.3.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O DE TEJIDO DE ESCROTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>REDUCCIÓN DE ELEFANTIASIS DE ESCROTO</i>
<b>61.3.1.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO</b>
61.3.1.01	RESECCIÓN DE QUISTE SEBÁCEO EN ESCROTO
61.3.1.02	FULGURACIÓN DE LESIÓN ESCROTAL
61.3.1.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO
<b>61.3.4.</b>	<b>ESCROTECTOMÍA</b>
61.3.4.01	RESECCIÓN PARCIAL DEL ESCROTO
61.3.4.02	RESECCIÓN TOTAL DEL ESCROTO
<b>61.4.</b>	<b>CORRECCIÓN O PLASTIAS DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS</b>
<b>61.4.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS</b>
61.4.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS SOD
<b>61.4.2.</b>	<b>FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO</b>
61.4.2.00	FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO SOD
<b>61.4.9.</b>	<b>OTRAS CORRECCIONES EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS</b>
61.4.9.10	RECONSTRUCCIÓN DE ESCROTO CON COLGAJO O INJERTO PEDICULAR
<b>61.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS</b>
<b>61.9.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL</b>
61.9.1.00	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL (HIDROCELE) SOD
<b>61.9.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TÚNICA VAGINALIS DISTINTAS A HIDROCELE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR HEMATOCELE, PIOCELE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
61.9.2.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE TÚNICA VAGINALIS
61.9.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO POR INCISIÓN
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ESCROTO SIN INCISIÓN (98.2.4.)</i>
<b>62.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN TESTÍCULO</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR TAMBIEN CUALQUIER DISECCIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIO LINFÁTICO (40.3. - 40.5.)</i>
<b>62.0.</b>	<b>INCISIÓN DE TESTÍCULO</b>
<b>62.0.1.</b>	<b>DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO</b>
62.0.1.00	DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO SOD
<b>62.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN TESTÍCULO</b>
<b>62.1.1.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE TESTÍCULO</b>
62.1.1.00	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE TESTÍCULO SOD
<b>62.1.2.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE TESTÍCULO</b>
62.1.2.00	BIOPSIA ABIERTA DE TESTÍCULO SOD
<b>62.1.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE TESTÍCULO</b>
62.1.9.10	EXPLORACIÓN ABDOMINAL DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO VÍA ABIERTA
62.1.9.11	EXPLORACIÓN ABDOMINAL DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO POR LAPAROSCOPIA
<b>62.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN TESTICULAR</b>
<b>62.2.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR APÉNDICE TESTICULAR, HIDATIDES, QUISTES ENTRE OTRAS</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	CAUSAS
62.2.1.00	RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR SOD
<b>62.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE UN TESTÍCULO</b>
<b>62.3.0.</b>	<b>ORQUIECTOMÍA</b>
62.3.0.01	ORQUIECTOMÍA CON EPIDIDIDECTOMÍA (RADICAL)
62.3.0.02	RESECCIÓN DE TESTÍCULO [ORQUIECTOMÍA]
<b>Incluye:</b>	<i>RESECCIÓN DE CORDÓN ESPERMÁTICO</i>
62.3.0.11	ORQUIECTOMIA DE UN TESTÍCULO INTRAABDOMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA
62.3.0.12	ORQUIECTOMIA DE UN TESTÍCULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
<b>62.5.</b>	<b>ORQUIDOPEXIAS</b>
<b>62.5.1.</b>	<b>ORQUIDOPEXIAS SIMPLES</b>
62.5.1.01	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSIÓN DE TESTÍCULO O DE CORDÓN ESPERMÁTICO
62.5.1.04	FIJACIÓN TESTICULAR PROFILÁCTICA
<b>62.5.2.</b>	<b>OTRAS ORQUIDOPEXIAS</b>
62.5.2.01	IMPLANTACIÓN DEL TESTÍCULO EN TEJIDOS VECINOS
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ABLACIÓN ESCROTAL</i>
62.5.2.02	ORQUIDOPEXIA TRANSABDOMINAL
62.5.2.10	ORQUIDOPEXIA CON RECONSTRUCCIÓN DE CANAL INGUINAL
62.5.2.20	ORQUIDOPEXIA CON TRANSPOSICIÓN O MOVILIZACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE TESTÍCULO EN ESCROTO
<b>62.6.</b>	<b>PLASTIA O REPARACIÓN DE TESTÍCULO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR (63.5.2.)</i>
<b>62.6.1.</b>	<b>ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO</b>
62.6.1.00	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO SOD
<b>62.7.</b>	<b>IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR</b>
<b>62.7.1.</b>	<b>IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO</b>
62.7.1.00	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR SOD
<b>62.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN TESTÍCULO</b>
<b>62.9.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO</b>
62.9.1.00	ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO SOD
<b>62.9.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO</b>
62.9.3.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO SOD
<b>63.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CORDÓN ESPERMÁTICO, EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE</b>
<b>63.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CORDÓN ESPERMÁTICO, EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE</b>
<b>63.0.1.</b>	<b>BIOPSIA DE EPIDÍDIMO</b>
63.0.1.00	BIOPSIA DE EPIDÍDIMO SOD
<b>63.0.2.</b>	<b>BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO</b>
63.0.2.00	BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO SOD
<b>63.0.3.</b>	<b>BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE</b>
63.0.3.00	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE SOD
<b>63.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE VARICOCELE E HIDROCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO</b>
<b>63.1.0.</b>	<b>LIGADURA DE VENA ESPERMÁTICA</b>
63.1.0.01	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA VÍA RETROPERITONEAL
63.1.0.02	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA, POR LAPAROSCOPIA
63.1.0.10	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA
63.1.0.11	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACIÓN DE ARTERIA



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>63.1.2.</b>	<b>OCLUSIÓN O CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA</b>
63.1.2.01	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA VÍA RETROPERITONEAL
63.1.2.02	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA POR LAPAROSCOPIA
<b>63.1.3.</b>	<b>HIDROCELECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CANAL DE NUCK</i>
63.1.3.01	HIDROCELECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO VÍA INGUINAL
63.1.3.02	DRENAJE DE LÍQUIDO [HIDROCELECTOMÍA] DE CORDÓN ESPERMÁTICO
<b>63.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE QUISTES EN CORDÓN ESPERMÁTICO, EPIDÍDIMO O CONDUCTO DEFERENTE</b>
<b>63.2.1.</b>	<b>ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO</b>
63.2.1.00	ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO SOD
<b>63.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE OTRAS LESIONES DE TEJIDO EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO</b>
<b>63.3.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO</b>
63.3.2.00	RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO SOD
<b>63.4.</b>	<b>EPIDIDIMECTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA REALIZADA SIMULTÁNEAMENTE CON ORQUIDECTOMÍA (62.3.)</i>
<b>63.4.0.</b>	<b>EPIDIDIMECTOMÍA SIN ORQUIDECTOMIA</b>
63.4.0.00	EPIDIDIMECTOMÍA SOD
<b>63.5.</b>	<b>CORRECCIONES O PLASTIAS DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO</b>
<b>63.5.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO</b>
63.5.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO SOD
<b>63.5.2.</b>	<b>REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO</b>
63.5.2.00	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO SOD
<b>63.6.</b>	<b>VASOTOMÍA O VASOSTOMÍA</b>
<b>63.6.1.</b>	<b>VASOSTOMÍA</b>
63.6.1.00	VASOTOMÍA SOD
<b>63.7.</b>	<b>VASECTOMÍA Y LIGADURA DE CONDUCTO DEFERENTE</b>
<b>63.7.1.</b>	<b>LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE</b>
63.7.1.00	LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE SOD
<b>63.7.2.</b>	<b>LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO</b>
63.7.2.00	LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO SOD
<b>63.7.3.</b>	<b>VASECTOMÍA</b>
63.7.3.00	VASECTOMÍA SOD
<b>63.8.</b>	<b>REPARACIÓN O PLASTIA DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO</b>
<b>63.8.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO</b>
63.8.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO SOD
<b>63.8.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO (VASO-VASOSTOMÍA)</b>
63.8.2.00	RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMÍA SOD
<b>63.8.3.</b>	<b>EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA</b>
63.8.3.00	EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA SOD
<b>63.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN CORDÓN ESPERMÁTICO, EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE</b>
<b>63.9.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE</b>
63.9.1.00	ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE SOD
<b>63.9.2.</b>	<b>INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDIDIMOTOMÍA] Y DRENAJE</b>
63.9.2.00	INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDIDIMOTOMÍA] Y DRENAJE SOD
<b>63.9.3.</b>	<b>INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO</b>
63.9.3.00	INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO SOD

W/S

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>63.9.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO</b>
63.9.6.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO SOD
<b>64.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PENE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CUERPOS CAVERNOSOS, GLANDE Y PREPUCIO</i>
<b>64.0.</b>	<b>CIRCUNCISIÓN</b>
<b>64.0.0.</b>	<b>CIRCUNCISIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>
64.0.0.00	CIRCUNCISIÓN SOD
<b>64.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PENE</b>
<b>64.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE PENE</b>
64.1.1.00	BIOPSIA DE PENE SOD
<b>64.1.2.</b>	<b>ENDOSCOPIAS DE URETRA PENEANA</b>
64.1.2.01	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA
<b>64.2.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN EN PENE</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE PENE (64.1.1.)</i>
<b>64.2.1.</b>	<b>FULGURACIÓN RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR CONDILOMAS VENÉREOS U OTRAS PATOLOGÍAS</i>
64.2.1.00	FULGURACIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE SOD
<b>64.3.</b>	<b>AMPUTACIÓN DE PENE</b>
<b>64.3.1.</b>	<b>AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE [PENECTOMÍA PARCIAL]</b>
64.3.1.00	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE O PENECTOMÍA PARCIAL SOD
<b>64.3.2.</b>	<b>AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE [PENECTOMÍA TOTAL]</b>
64.3.2.00	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE O PENECTOMÍA TOTAL SOD
<b>64.4.</b>	<b>CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE</b>
<b>64.4.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE</b>
64.4.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE SOD
<b>64.4.2.</b>	<b>LIBERACIÓN DE CORDEE</b>
64.4.2.00	LIBERACIÓN DE CORDEE SOD
<b>64.4.3.</b>	<b>CONSTRUCCIÓN DE PENE</b>
64.4.3.00	CONSTRUCCIÓN (DE NOVO) DE PENE SOD
<b>64.4.4.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN PENEANA</b>
64.4.4.00	RECONSTRUCCIÓN PENEANA SOD
<b>64.4.5.</b>	<b>REIMPLANTE DE PENE</b>
64.4.5.00	REIMPLANTE O RECOLOCACIÓN DE PENE SOD
<b>64.4.9.</b>	<b>OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE</b>
64.4.9.10	ESCISIÓN DE NÓDULOS DE ENFERMEDAD DE PEYRONIE
64.4.9.20	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL
64.4.9.30	INYECCIÓN EN PLACAS DE FIBROSIS DE PENE
<b>64.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL</b>
<b>64.5.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO</b>
64.5.1.00	CIRUGÍA DE GENITALES AMBIGUOS SOD
<b>64.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN GENITALES MASCULINOS</b>
<b>64.9.1.</b>	<b>CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>CIRCUNCISIÓN (64.0.0.)</i>
64.9.1.00	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD
<b>64.9.3.</b>	<b>SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS</b>
64.9.3.00	SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS SOD
<b>64.9.5.</b>	<b>INSERCIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RÍGIDA Y SEMIRÍGIDA)</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
64.9.5.00	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RÍGIDA Y SEMIRÍGIDA) SOD
<b>64.9.6.</b>	<b>RETIRO DE PRÓTESIS PENEANA</b>
64.9.6.00	RETIRO DE PRÓTESIS PENEANA SOD
<b>64.9.7.</b>	<b>INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS DE PENE INFLABLE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>COLOCACIÓN DE CILINDRO EN CONDUCTO DE PENE Y DE LA BOMBA DE DEPÓSITO</i>
64.9.7.00	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS DE PENE INFLABLE SOD
<b>64.9.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN PENE</b>
64.9.8.01	DERIVACIÓN CUERPO CAVERNOSA - CUERPO ESPONJOSA O BULBO - CAVERNOSA
64.9.8.02	DERIVACIÓN CUERPO-SAFENA O SAFENO-CAVERNOSA
64.9.8.03	IRRIGACIÓN, PUNCIÓN O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO
64.9.8.04	CORRECCIÓN DE ANGULACIÓN PENEANA
64.9.8.05	INCISIÓN Y DRENAJE DE FLEGMÓN PENEANO
<b>Capítulo 12 SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO</b>	
<b>65.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN OVARIO</b>
<b>65.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN OVARIO</b>
<b>65.1.2.</b>	<b>BIOPSIA EN OVARIO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR PUNCIÓN O ESCISIÓN</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>GUIA IMAGENOLÓGICA (87.2.0.70, 87.9.9.90 Y 88.1.3.90)</i>
65.1.2.01	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMÍA
65.1.2.02	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA
65.1.2.03	BIOPSIA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) EN OVARIO
<b>65.2.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO Y PARAOVÁRICO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA IPSILATERAL (65.1.2.)</i>
<b>65.2.1.</b>	<b>CISTECTOMÍA O RESECCIÓN DE QUISTE EN OVARIO</b>
65.2.1.01	CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA
65.2.1.02	CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA
<b>65.2.2.</b>	<b>RESECCIÓN CUNEIFORME EN OVARIO</b>
65.2.2.00	RESECCIÓN CUNEIFORME EN OVARIO SOD
<b>65.2.3.</b>	<b>RESECCIÓN DE TUMOR EN OVARIO</b>
65.2.3.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA
65.2.3.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA
<b>65.2.4.</b>	<b>PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN EN OVARIO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR ABSCESO O QUISTE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
65.2.4.01	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA
65.2.4.02	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA
65.2.4.03	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO VÍA PERCUTÁNEA
65.2.4.10	OFOROSTOMIA
<b>65.2.7.</b>	<b>FULGURACIÓN EN OVARIO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ELECTROCAUTERIZACIÓN, CRIOCAUTERIZACIÓN, LÁSER, RADIOTERAPIA O RADIOFRECUENCIA ENTRE OTRAS</i>
65.2.7.01	FULGURACIÓN EN OVARIO POR LAPAROTOMÍA
65.2.7.02	FULGURACIÓN EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA
<b>65.2.8.</b>	<b>RESECCIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARAOVÁRICO</b>
65.2.8.01	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROTOMÍA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
65.2.8.02	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROSCOPIA
65.2.8.03	ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARAOVÁRICO
<b>65.2.9.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO O PARAOVÁRICO</b>
65.2.9.01	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA
65.2.9.02	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA
65.2.9.10	CITOREDUCCIÓN DE TUMOR DE OVARIO
<b>65.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE UN SOLO OVARIO</b>
<b>65.3.1.</b>	<b>OOFORECTOMÍA UNILATERAL</b>
65.3.1.01	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA
65.3.1.02	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA
65.3.1.03	OOFORECTOMÍA UNILATERAL CON OMENTECTOMIA POR LAPAROTOMÍA
<b>65.5.</b>	<b>OOFORECTOMÍA BILATERAL O ESCISIÓN DE LOS DOS OVARIOS</b>
<b>65.5.1.</b>	<b>OOFORECTOMÍA BILATERAL EN UN MISMO ACTO OPERATORIO</b>
65.5.1.01	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA
65.5.1.02	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
65.5.1.03	OOFORECTOMÍA BILATERAL CON OMENTECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA
<b>65.5.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE OVARIO REMANENTE</b>
65.5.2.00	ESCISIÓN DE OVARIO REMANENTE SOLITARIO O ÚNICO SOD
<b>65.7.</b>	<b>REPARACIONES O PLASTIAS EN OVARIO</b>
<b>65.7.0.</b>	<b>OFOROPLASTIA</b>
65.7.0.00	OFOROPLASTIA SOD
<b>65.7.1.</b>	<b>SUTURA SIMPLE DE OVARIO</b>
65.7.1.00	OOFORORRAFIA SIMPLE SOD
<b>65.7.8.</b>	<b>OOFOROPEXIA</b>
65.7.8.01	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA
65.7.8.02	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA
65.7.8.03	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA
65.7.8.04	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
<b>65.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN OVARIO</b>
<b>65.9.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN DE OVARIO</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>GUIA IMAGENOLÓGICA (88.1.3.90)</i>
65.9.1.10	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA FOLICULAR DE OVARIO
65.9.1.20	ASPIRACIÓN FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA
<b>65.9.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA</b>
65.9.3.00	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA SOD
<b>65.9.5.</b>	<b>LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO</b>
65.9.5.10	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA
65.9.5.20	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA
<b>66.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN TROMPAS DE FALOPIO</b>
<b>66.0.</b>	<b>SALPINGOTOMÍAS Y SALPINGOSTOMIAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS PARA TRATAMIENTO CONSERVADOR DE EMBARAZO ECTÓPICO, HIDROSALPINX ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>66.0.1.</b>	<b>SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO</b>
66.0.1.01	SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA
66.0.1.02	SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO POR

44

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	LAPAROSCOPIA
<b>66.0.2.</b>	<b>SALPINGOSTOMÍA</b>
66.0.2.01	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA
66.0.2.02	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA
66.0.2.03	SALPINGOSTOMÍA Y SALPINGOPLASTIA
<b>66.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN TROMPAS DE FALOPIO</b>
<b>66.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO</b>
66.1.1.10	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA
66.1.1.20	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA
<b>66.2.</b>	<b>ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPAS DE FALOPIO</b>
<b>66.2.1.</b>	<b>ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA</b>
66.2.1.00	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA VÍA ENDOSCÓPICA SOD
<b>66.2.2.</b>	<b>ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO</b>
66.2.2.00	ABLACIÓN U OCLUSIÓN BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO VÍA ENDOSCÓPICA SOD
<b>66.3.</b>	<b>OCLUSIÓN O ABLACIÓN BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO</b>
Excluye:	<i>ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPAS DE FALOPIO (66.2.)</i>
<b>66.3.1.</b>	<b>SECCIÓN O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO POR MINILAPAROTOMÍA</b>
66.3.1.00	SECCIÓN O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGÍA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMÍA SOD
<b>66.3.9.</b>	<b>OTRAS OCLUSIONES O ABLACIONES BILATERALES DE TROMPAS DE FALOPIO</b>
66.3.9.10	ESTERILIZACION FEMENINA
Incluye:	<i>AQUELLA REALIZADA SIMULTÁNEAMENTE CON LA CESÁREA (CODIFICAR SIMULTÁNEAMENTE)</i>
<b>66.4.</b>	<b>SALPINGECTOMIA UNILATERAL</b>
<b>66.4.0.</b>	<b>SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL</b>
66.4.0.01	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA
66.4.0.02	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA
<b>66.5.</b>	<b>SALPINGECTOMÍA BILATERAL</b>
<b>66.5.0.</b>	<b>SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL</b>
66.5.0.01	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA
66.5.0.02	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA
<b>66.5.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA</b>
66.5.3.01	ESCISIÓN DE TROMPA DE FALOPIO REMANENTE
<b>66.6.</b>	<b>OTRAS SALPINGECTOMÍAS</b>
<b>66.6.1.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO</b>
Incluye:	<i>POR TUMOR U OTRA PATOLOGÍA</i>
66.6.1.01	RESECCIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO VÍA ABIERTA
66.6.1.02	RESECCIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA
66.6.1.10	ESCISIÓN DE LESIÓN CON SALPINGECTOMÍA PARCIAL
66.6.1.11	ESCISION DE LESIÓN CON SALPINGECTOMÍA PARCIAL, POR LAPAROSCOPIA
<b>66.6.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX</b>
Incluye:	<i>AQUELLA POR QUISTE U OTRA PATOLOGÍA</i>
66.6.2.10	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMÍA
66.6.2.20	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA
<b>66.7.</b>	<b>PLASTIA O REPARACIONES EN TROMPAS DE FALOPIO</b>

410

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>66.7.1.</b>	<b>SALPINGORRAFIA O SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO</b>
66.7.1.01	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA
<b>66.7.2.</b>	<b>SALPINGOOFOROTOMÍA</b>
66.7.2.00	SALPINGOOFOROTOMÍA SOD
<b>66.7.3.</b>	<b>SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA (SALPINGONEOSTOMÍA) (RECONSTRUCCIÓN TUBÁRICA)</b>
66.7.3.01	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA
66.7.3.02	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA
<b>66.7.4.</b>	<b>SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) (REIMPLANTACIÓN TUBÁRICA)</b>
66.7.4.00	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) SOD
<b>66.7.6.</b>	<b>LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE TROMPAS DE FALOPIO</b>
66.7.6.01	SALPINGOLISIS POR LAPAROTOMÍA
66.7.6.10	SALPINGOLISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) POR LAPAROSCOPIA
<b>66.7.9.</b>	<b>SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA)</b>
66.7.9.01	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMÍA
66.7.9.02	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA
<b>66.8.</b>	<b>INSUFLACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO</b>
<b>66.8.1.</b>	<b>INSUFLACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO CON AGENTE TERAPÉUTICO</b>
66.8.1.00	INSUFLACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO SOD
<b>66.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN TROMPAS DE FALOPIO</b>
<b>66.9.1.</b>	<b>SALPINGO-OOFORRECTOMÍA UNILATERAL</b>
66.9.1.10	SALPINGO-OOFORRECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA
66.9.1.20	SALPINGO-OOFORRECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA
66.9.1.30	ESCISIÓN DE UN OVARIO (REMANENTE, SOLITARIO O ÚNICO) CON RESECCIÓN DE TROMPA
<b>66.9.2.</b>	<b>SALPINGO-OOFORRECTOMÍA BILATERAL</b>
66.9.2.10	SALPINGO-OOFORRECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA
66.9.2.20	SALPINGO-OOFORRECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
<b>66.9.3.</b>	<b>ASPIRACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO</b>
66.9.3.00	ASPIRACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO SOD
<b>66.9.4.</b>	<b>PLASTIAS O REPARACIONES EN OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO</b>
66.9.4.10	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACIÓN DE ESTES]
<b>66.9.5.</b>	<b>IMPLANTACIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS DE TROMPA DE FALOPIO</b>
66.9.5.00	IMPLANTACIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS DE TROMPA DE FALOPIO SOD
<b>66.9.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DE TROMPA DE FALOPIO</b>
66.9.6.00	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DE TROMPA DE FALOPIO SOD
<b>66.9.9.</b>	<b>LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO</b>
66.9.9.01	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA
66.9.9.02	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA
<b>67.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CUELLO UTERINO</b>
<b>67.0.</b>	<b>DILATACIÓN DEL CANAL CERVICAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA PARA INDUCCIÓN DEL PARTO (OMITIR CÓDIGO) Y LA DILATACIÓN PARA LEGRADO UTERINO (69.0.1. - 69.0.9.)</i>
<b>67.0.1.</b>	<b>DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL</b>
67.0.1.00	DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL SOD
<b>67.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>67.1.2.</b>	<b>BIOPSIA DE CUELLO UTERINO</b>
<b>Excluye:</b>	CONIZACIÓN (67.2.)
67.1.2.01	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO (EXOCÉRVIX)
67.1.2.02	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL
67.1.2.03	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
<b>67.2.</b>	<b>CONIZACIONES</b>
<b>Excluye:</b>	CRIOCAUTERIZACIÓN Y ELECTROCAUTERIZACIÓN (67.3.)
<b>67.2.0.</b>	<b>CONIZACIÓN</b>
67.2.0.01	CONIZACIÓN CERVICAL
<b>67.3.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDOS DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>
<b>67.3.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUELLO UTERINO</b>
67.3.1.01	ESCISIÓN DE PÓLIPO EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
67.3.1.02	RESECCIÓN DE LESIÓN CUELLO UTERINO
67.3.1.10	ESCISIÓN DE PÓLIPO PEDICULADO O SESIL EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
<b>67.3.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR CAUTERIZACIÓN</b>
67.3.2.10	ELECTROCAUTERIZACIÓN DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
67.3.2.20	VAPORIZACIÓN CON LÁSER DE LESIONES DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
67.3.2.30	CONIZACIÓN LÁSER
<b>67.3.3.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR CRIOTERAPIA</b>
67.3.3.10	CRIOCAUTERIZACIÓN DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]
<b>67.3.4.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR RADIOFRECUENCIA</b>
67.3.4.01	CONIZACIÓN CON RADIOFRECUENCIA BAJO COLPOSCOPIA
67.3.4.02	CONIZACIÓN CON RADIOFRECUENCIA
67.3.4.10	CAUTERIZACIÓN CERVICAL POR RADIOFRECUENCIA
<b>67.4.</b>	<b>AMPUTACIÓN EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>
<b>67.4.0.</b>	<b>AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO</b>
67.4.0.01	AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO O TRAQUELECTOMÍA
67.4.0.11	TRAQUELECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA
<b>67.4.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL</b>
67.4.1.00	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL SOD
<b>67.4.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PÉLVICO</b>
67.4.2.00	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PÉLVICO SOD
<b>67.4.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR</b>
67.4.3.00	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR SOD
<b>67.4.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE</b>
67.4.4.00	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE SOD
<b>67.4.5.</b>	<b>TRAQUELECTOMÍA RADICAL</b>
67.4.5.01	TRAQUELECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA
67.4.5.11	TRAQUELECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA
<b>67.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE ORIFICIO INTERNO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>
<b>67.5.1.</b>	<b>CERCLAJE DE ISTMO UTERINO</b>
67.5.1.00	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO SOD
<b>67.6.</b>	<b>OTRAS PLASTIAS O REPARACIONES EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Excluye:</b>	REPARACIÓN DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA ACTUAL O RECIENTE (75.5.1.)
<b>67.6.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>
67.6.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] SOD
<b>67.6.2.</b>	<b>CORRECCIÓN DE FÍSTULA EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>
67.6.2.10	FISTULECTOMÍA CERVICOSIGMOIDAL
<b>67.6.9.</b>	<b>OTRAS CORRECCIONES O PLASTIAS DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>
67.6.9.10	CORRECCIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO
67.6.9.20	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA
<b>68.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ÚTERO</b>
<b>Simultáneo:</b>	ESCISIÓN DE TROMPAS Y OVARIOS (65.3 - 65.5., 66.4. - 66.6.), REPARACIÓN DE CISTO RECTOCELE (70.5.), REPARACIÓN DE SUELO PÉLVICO (70.7.), COLOSTOMÍA (46.1.), DERIVACIÓN URINARIA (56.5. - 56.6.), DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.)
<b>68.0.</b>	<b>INCISIÓN DE ÚTERO</b>
<b>Excluye:</b>	HISTEROTOMÍA PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO O CESÁREA (74.0.)
<b>68.0.1.</b>	<b>HISTEROTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR ESCISIÓN DE MOLA HIDATIFORME O FETO MUERTO ENTRE OTRAS CAUSAS
68.0.1.00	HISTEROTOMÍA SOD
<b>68.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE</b>
<b>68.1.2.</b>	<b>HISTEROSCOPIA</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLA CON BIOPSIA (68.1.6.11)
68.1.2.00	HISTEROSCOPIA SOD
<b>68.1.3.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE ÚTERO</b>
68.1.3.10	BIOPSIA DE MIOMETRIO POR LAPAROTOMÍA
<b>68.1.4.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO</b>
68.1.4.00	BIOPSIA ABIERTA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO SOD
<b>68.1.5.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE LIGAMENTOS DE ÚTERO</b>
68.1.5.00	BIOPSIA ENDOSCÓPICA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO SOD
<b>68.1.6.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO</b>
68.1.6.01	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR PINZA SACABOCADO O DE LEGRADO
68.1.6.02	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR LAVADO
68.1.6.03	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACIÓN
68.1.6.10	BIOPSIA DE MIOMETRIO POR LAPAROSCOPIA
68.1.6.11	BIOPSIA DE ENDOMETRIO Y LESIÓN ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA
<b>68.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES DE TEJIDO UTERINO</b>
<b>68.2.1.</b>	<b>SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES</b>
68.2.1.01	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL ÚTERO
68.2.1.02	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DE ÚTERO POR HISTEROSCOPIA
<b>68.2.2.</b>	<b>INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO</b>
68.2.2.01	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO POR LAPAROTOMÍA
68.2.2.02	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO POR HISTEROSCOPIA
<b>68.2.3.</b>	<b>RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL</b>
68.2.3.01	ESCISIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL
68.2.3.02	RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>68.2.4.</b>	<b>MIOMECTOMÍA UTERINA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR MIOMAS PEDICULADOS, SUBSEROSOS O SUBMUCOSOS ENTRE OTROS</i>
68.2.4.01	MIOMECTOMÍA UTERINA Y ESCISIÓN DE TUMOR FIBROIDE (ÚNICO O MÚLTIPLE) POR LAPAROTOMÍA
68.2.4.02	MIOMECTOMÍA UTERINA Y ESCISIÓN DE TUMOR FIBROIDE (ÚNICO O MÚLTIPLE) VÍA VAGINAL
68.2.4.03	MIOMECTOMÍA UTERINA (ÚNICA O MÚLTIPLE) POR LAPAROSCOPIA
68.2.4.04	MIOMECTOMÍA UTERINA POR HISTEROSCOPIA
<b>68.2.5.</b>	<b>ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA</b>
68.2.5.10	ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA POR HISTEROSCOPIA
<b>68.3.</b>	<b>HISTERECTOMÍA SUBTOTAL ABDOMINAL</b>
<b>68.3.1.</b>	<b>HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL</b>
68.3.1.01	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL VÍA ABIERTA
68.3.1.11	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA
<b>68.4.</b>	<b>HISTERECTOMÍA TOTAL</b>
<b>68.4.0.</b>	<b>HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL</b>
68.4.0.01	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCIÓN DE MOLA O FETO MUERTO
68.4.0.02	EXTIRPACIÓN TOTAL DE ÚTERO [HISTERECTOMÍA] ABDOMINAL
68.4.0.10	HISTERECTOMÍA TOTAL, CON CERVICECTOMÍA, REMOCIÓN DE VEJIGA, TRASPLANTE URETERAL O RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL DE COLON, RECTO Y COLOSTOMÍA O CUALQUIER COMBINACIÓN ANTERIOR.
68.4.0.20	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA
<b>68.4.1.</b>	<b>HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POSRADIOTERAPIA</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>ESCISIÓN SIMULTÁNEA DE ANEXOS (65.3. - 65.5., 66.4. - 66.6.); LINFADENECTOMÍA RADICAL PÉLVICA (40.5.4.)</i>
68.4.1.01	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA CON VAGINECTOMIA PARCIAL
68.4.1.02	EXTIRPACIÓN TOTAL DE ÚTERO [HISTERECTOMÍA] ABDOMINAL AMPLIADA
<b>68.5.</b>	<b>HISTERECTOMÍAS VAGINALES</b>
<b>68.5.1.</b>	<b>HISTERECTOMÍA VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>
68.5.1.01	HISTERECTOMÍA VAGINAL
68.5.1.10	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON COLPOURETROCISTOPEXIA
68.5.1.20	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON REPARACIÓN DE ENTEROCELE
68.5.1.30	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON REPARACIÓN PLASTICA DE VAGINA Y COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR
<b>68.6.</b>	<b>HISTERECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL</b>
<b>68.6.0.</b>	<b>HISTERECTOMÍA RADICAL</b>
68.6.0.01	HISTERECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA
68.6.0.11	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA
<b>68.6.1.</b>	<b>HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>ESCISIÓN DE TROMPAS Y OVARIOS (65.3. - 65.5., 66.4. - 66.6.), REPARACIÓN DE CISTOCELE RECTOCELE (70.5.), REPARACIÓN DE SUELO PÉLVICO (70.7.) DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.)</i>
68.6.1.01	EXTIRPACIÓN DE ÚTERO [HISTERECTOMÍA] RADICAL MODIFICADA
68.6.1.10	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA
<b>68.7.</b>	<b>HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL</b>
<b>68.7.0.</b>	<b>HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
68.7.0.00	HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL [OPERACIÓN DE SCHAUTA] SOD
<b>68.8.</b>	<b>EXENTERACIÓN PÉLVICA</b>
<b>68.8.1.</b>	<b>EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA TOTAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESCISIÓN DE OVARIOS, TROMPAS, ÚTERO, VAGINA, VEJIGA Y URETRA, CON ESCISIÓN DE COLON SIGMOIDE Y RECTO</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>REPARACIÓN DE CISTOCELE RECTOCELE (70.5.), REPARACIÓN DE SUELO PÉLVICO (70.7.), DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.), COLOSTOMÍA (46.1.) DERIVACIÓN URINARIA (56.5. - 56.6.)</i>
68.8.1.01	EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA
<b>68.8.2.</b>	<b>EXENTERACIÓN PÉLVICA ANTERIOR</b>
68.8.2.00	EXENTERACIÓN ANTERIOR: ÚTERO Y VEJIGA SOD
<b>68.8.3.</b>	<b>EXENTERACIÓN PÉLVICA POSTERIOR</b>
68.8.3.00	EXENTERACIÓN POSTERIOR: ÚTERO Y RECTO SOD
<b>69.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE</b>
<b>69.0.</b>	<b>DILATACIÓN Y LEGRADO DE ÚTERO</b>
<b>69.0.1.</b>	<b>LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO</b>
69.0.1.01	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO DIAGNÓSTICO
69.0.1.02	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO TERAPÉUTICO
<b>69.1.</b>	<b>ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE</b>
<b>69.1.1.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE</b>
69.1.1.01	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMÍA
69.1.1.02	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE
69.1.1.10	RESECCIÓN DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMÍA
69.1.1.30	SECCIÓN DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO POR LAPAROTOMÍA
<b>69.1.2.</b>	<b>RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE</b>
69.1.2.01	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS ESTADOS I Y II POR LAPAROSCOPIA
69.1.2.02	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA
69.1.2.03	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE
69.1.2.30	SECCIÓN DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA
<b>69.1.3.</b>	<b>SECCIÓN O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL</b>
69.1.3.01	SECCIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROTOMÍA
69.1.3.02	SECCIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCOPIA
<b>69.1.9.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN EN TEJIDO DE ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE</b>
69.1.9.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMÍA
69.1.9.02	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LIGAMENTO ANCHO VÍA ENDOSCÓPICA
69.1.9.10	CITORREDUCCIÓN DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO
<b>Excluye:</b>	<i>CITORREDUCCIÓN TUMOR DE OVARIO (65.2.9.10)</i>
69.1.9.20	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO INTRALIGAMENTOSO
<b>69.2.</b>	<b>CORRECCIONES Y PLASTIAS DE ESTRUCTURAS DE SOPORTE UTERINAS</b>
<b>69.2.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE INTERPOSICIÓN</b>
69.2.1.10	INTERPOSICIÓN UTERINA [WATKINS]

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>69.2.2.</b>	<b>OTRAS SUSPENSIONES UTERINAS</b>
69.2.2.10	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMÍA
69.2.2.11	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMÍA CON SIMPATECTOMÍA PRESACRA
<b>69.4.</b>	<b>REPARACIÓN O PLASTIA UTERINA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL (75.5.1.)</i>
<b>69.4.1.</b>	<b>SUTURA DE DESGARRO Y LACERACIÓN DE ÚTERO</b>
69.4.1.01	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMÍA
69.4.1.02	HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA
69.4.1.03	HISTERORRAFIA
<b>69.4.2.</b>	<b>CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO</b>
69.4.2.00	CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO SOD
<b>69.4.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE ÚTERO BICORNE</b>
69.4.3.00	REPARACIÓN DE ÚTERO BICORNE SOD
<b>69.4.9.</b>	<b>OTRAS PLASTIAS DE ÚTERO</b>
69.4.9.10	CORRECCIÓN DE DESGARRO O LACERACIÓN OBSTÉTRICA ANTIGUAS EN ÚTERO
69.4.9.20	HISTEROPLASTIA [OPERACIÓN DE STRASMAN]
<b>69.5.</b>	<b>EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DE ÚTERO</b>
<b>69.5.1.</b>	<b>EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DEL ÚTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO</b>
69.5.1.01	ASPIRACIÓN AL VACÍO DE ÚTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
<b>Incluye:</b>	<i>ABORTO TERAPÉUTICO, TÉCNICA MANUAL O ELÉCTRICA</i>
<b>69.7.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO</b>
<b>69.7.1.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]</b>
69.7.1.00	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU] SOD
<b>69.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO</b>
<b>69.8.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS [DIU]</i>
69.8.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR HISTEROSCOPIA
<b>69.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ÚTERO, CUELLO UTERINO [CÉRVIX] Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE</b>
<b>69.9.1.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN ÚTERO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>INSERCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO (69.7.)</i>
69.9.1.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN EL ÚTERO
69.9.1.20	IMPLANTACIÓN INTRAUTERINA DE PLATINAS RADIOACTIVAS
<b>69.9.6.</b>	<b>RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO</b>
69.9.6.00	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO SOD
<b>69.9.7.</b>	<b>RETIRO DE OTRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE DE CUELLO UTERINO</b>
69.9.7.00	RETIRO DE OTRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN CUELLO UTERINO SOD
<b>70.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN VAGINA Y FONDO DE SACO</b>
<b>70.0.</b>	<b>COLPOCENTESIS</b>
<b>70.0.1.</b>	<b>COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS</b>
70.0.1.00	COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS SOD
<b>70.1.</b>	<b>INCISIÓN EN VAGINA Y FONDO DE SACO</b>
<b>70.1.2.</b>	<b>CULDOTOMÍA O COLPOTOMÍA</b>
70.1.2.01	COLPOTOMÍA CON EXPLORACIÓN
70.1.2.02	COLPOTOMÍA CON DRENAJE DE COLECCIÓN PÉLVICA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
70.1.2.03	PUNCIÓN O INSICIÓN EN VAGINA [COLPOTOMÍA] O [CULDOTOMÍA]
<b>70.1.3.</b>	<b>LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA</b>
70.1.3.00	LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA SOD
<b>70.1.4.</b>	<b>OTRAS VAGINOTOMÍAS</b>
70.1.4.10	SECCIÓN O INCISIÓN DE TABIQUE VAGINAL
70.1.4.20	DRENAJE DE COLECCIÓN DE FONDO DE SACO (CÚPULA VAGINAL)
70.1.4.30	VAGINOPERINEOTOMÍA
<b>Excluye:</b>	<i>EPISIOTOMÍA PARA ATENCIÓN DEL PARTO (72.)</i>
<b>70.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN VAGINA Y FONDO DE SACO</b>
<b>70.2.1.</b>	<b>VAGINOSCOPIA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LA ACTIVIDAD COMO PARTE DEL EXAMEN MÉDICO FÍSICO BÁSICO (ESPECULOSCOPIA) (89.)</i>
70.2.1.10	VAGINOSCOPIA CON INSTRUMENTO ÓPTICO (EN NIÑAS)
<b>70.2.2.</b>	<b>COLPOSCOPIA</b>
70.2.2.01	COLPOSCOPIA CON BIOPSIA
70.2.2.02	EXAMEN VISUAL DEL CONDUCTO VAGINAL Y CUELLO UTERINO [COLPOSCOPIA]
<b>70.2.3.</b>	<b>BIOPSIA DE FONDO DE SACO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON COLPOSCOPIA (70.2.2.)</i>
70.2.3.00	BIOPSIA DE FONDO DE SACO SOD
<b>70.2.4.</b>	<b>BIOPSIA DE VAGINA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON COLPOSCOPIA (70.2.2.)</i>
70.2.4.00	BIOPSIA DE VAGINA SOD
<b>70.3.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VAGINA Y FONDO DE SACO</b>
<b>70.3.1.</b>	<b>HIMENECTOMÍA</b>
70.3.1.00	HIMENECTOMÍA O HIMENOTOMIA SOD
<b>70.3.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN FONDO DE SACO</b>
70.3.2.00	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN FONDO DE SACO SOD
<b>70.3.3.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VAGINA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>VAGINECTOMÍA (70.4.1.)</i>
70.3.3.10	RESECCIÓN DEL TABIQUE VAGINAL
70.3.3.20	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA EN TERCIO MEDIO O INFERIOR DE VAGINA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TUMOR O QUISTE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
70.3.3.21	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA EN TERCIO SUPERIOR DE VAGINA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TUMOR O QUISTE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
70.3.3.30	RESECCIÓN PARCIAL DE VAGINA O ESCISIÓN DE MANGUITO VAGINAL
70.3.3.40	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA
<b>70.4.</b>	<b>OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN TOTAL DE VAGINA</b>
<b>70.4.1.</b>	<b>VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA TOTAL</b>
70.4.1.00	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA TOTAL SOD
<b>70.5.</b>	<b>CORRECCIÓN DE CISTOCELE Y RECTOCELE</b>
<b>70.5.1.</b>	<b>CORRECCIÓN DE CISTOCELE</b>
70.5.1.10	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACIÓN DE URETROCELE
<b>70.5.2.</b>	<b>CORRECCIÓN DE RECTOCELE</b>
70.5.2.10	COLPORRAFIA POSTERIOR
<b>70.5.3.</b>	<b>CORRECCIÓN SIMULTÁNEA DE CISTORECTOCELE</b>
70.5.3.01	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR
70.5.3.02	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACIÓN DE ENTEROCELE

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
70.5.3.03	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACIÓN DE CUELLO [MANCHESTER-FOTHERGILL]
<b>70.6.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN O CONSTRUCCIÓN DE VAGINA</b>
<b>70.6.0.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA</b>
70.6.0.00	RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA SOD
<b>70.6.1.</b>	<b>CONSTRUCCIÓN DE VAGINA (NEOVAGINA) POR ATRESIA O VAGINOPLASTIA</b>
70.6.1.01	VAGINOPLASTIA, VÍA ABDOMINAL
70.6.1.02	VAGINOPLASTIA, VÍA PERINEAL
70.6.1.03	VAGINOPLASTIA, VÍA ABDOMINOPERINEAL
<b>70.7.</b>	<b>OTRAS CORRECCIONES DE VAGINA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA ASOCIADA CON AMPUTACIÓN CERVICAL (67.4.), CON LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES (70.1.3.) Y CON REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL (71.7.1.)</i>
<b>70.7.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN Y DESGARRO DE VAGINA</b>
70.7.1.10	REPARACIÓN DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTÉTRICO GRADO I-II (COMPROMISO MUCOSO O MUSCULAR)
70.7.1.20	REPARACIÓN DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTÉTRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFÍNTER ANAL)
70.7.1.30	REPARACIÓN DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTÉTRICO GRADO IV (ESTALLIDO DE VEJIGA CON O SIN EVISCERACIÓN)
<b>70.7.2.</b>	<b>CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL)</b>
70.7.2.00	CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL) SOD
<b>70.7.3.</b>	<b>CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL</b>
70.7.3.00	CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL SOD
<b>70.7.4.</b>	<b>CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINOINTESTINALES</b>
70.7.4.00	CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINOINTESTINALES SOD
<b>70.7.5.</b>	<b>CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINALES</b>
70.7.5.10	CIERRE DE FÍSTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL SOD
<b>70.7.6.</b>	<b>HIMENORRAFIA O HIMENOPLASTIA</b>
70.7.6.00	HIMENORRAFIA O HIMENOPLASTIA SOD
<b>70.7.7.</b>	<b>SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN DE CÚPULA VAGINAL (COLPOPEXIA)</b>
70.7.7.01	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMÍA
70.7.7.02	COLPOPEXIA VÍA VAGINAL
70.7.7.03	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA
<b>70.7.9.</b>	<b>OTRAS CORRECCIONES DE LA VAGINA</b>
70.7.9.20	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA ANTIGUA EN VAGINA
<b>Excluye:</b>	<i>DESGARRO OBSTÉTRICO RECIENTE (71.7.1.)</i>
70.7.9.30	CORRECCIÓN DE SENO UROGENITAL
<b>70.8.</b>	<b>OBLITERACIÓN DE CÚPULA VAGINAL</b>
<b>70.8.1.</b>	<b>OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN LOCAL DE VAGINA (COLPOCLEISIS)</b>
70.8.1.01	OBLITERACIÓN VAGINAL [TÉCNICA DE LEFORT]
70.8.1.02	OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN LOCAL DE VAGINA
<b>70.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VAGINA Y FONDO DE SACO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DILATACIÓN VAGINA (96.2.3.), EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA (98.1.7.)</i>
<b>70.9.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN</b>
70.9.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN SOD
<b>70.9.2.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN FONDO DE SACO</b>
70.9.2.10	OBLITERACIÓN DE FONDO DE SACO
70.9.2.20	REPARACIÓN DE ENTEROCELE VÍA VAGINAL

J/D

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
70.9.2.30	REPARACIÓN DE ENTEROCELE VÍA ABDOMINAL
<b>71.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN VULVA Y PERINÉ</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR TAMBIEN CUALQUIER DISECCIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.)</i>
<b>71.0.</b>	<b>INCISIÓN EN VULVA Y PERINÉ</b>
<b>71.0.1.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA</b>
71.0.1.00	LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA SOD
<b>71.0.9.</b>	<b>OTRAS INCISIONES EN VULVA Y PERINÉ</b>
71.0.9.20	AMPLIACIÓN DEL INTROITO
71.0.9.21	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN DE VULVA O DE GLÁNDULA DE SKENE
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO, QUISTE O FORÚNCULO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>71.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN VULVA Y PERINÉ</b>
<b>71.1.1.</b>	<b>BIOPSIA EN VULVA</b>
71.1.1.10	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA
71.1.1.20	BIOPSIA DE CLÍTORIS
71.1.1.30	BIOPSIA - ESCISIÓN GLÁNDULA DE BARTHOLIN
<b>71.1.3.</b>	<b>BIOPSIA DE PERINÉ</b>
71.1.3.00	BIOPSIA DE PERINÉ SOD
<b>71.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN</b>
<b>71.2.1.</b>	<b>ASPIRACIÓN CON AGUJA DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (QUISTE)</b>
71.2.1.00	ASPIRACIÓN CON AGUJA DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (QUISTE) SOD
<b>71.2.2.</b>	<b>INCISIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN</b>
71.2.2.00	INCISIÓN Y DRENAJE DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE) SOD
<b>71.2.3.</b>	<b>MARSUPIALIZACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE) O DE SKENE</b>
71.2.3.00	MARSUPIALIZACIÓN O DRENAJE EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN O DE SKENE SOD
<b>71.2.4.</b>	<b>ESCISIÓN U OTRA ABLACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN</b>
71.2.4.01	RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN [BARTHOLINECTOMÍA]
<b>71.3.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VULVA Y PERINÉ</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE VULVA (71.1.1.) FISTULECTOMÍA VULVAR (71.7.2.); LESIONES CUTÁNEAS (86.3.1.); TUMORES (86.4.2.)</i>
<b>71.3.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE</b>
71.3.1.00	RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE SOD
<b>71.3.4.</b>	<b>RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL</b>
71.3.4.00	RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL SOD
<b>71.3.5.</b>	<b>RESECCIÓN GRANULOMA VULVO-PERINEAL</b>
71.3.5.00	RESECCIÓN GRANULOMA VULVO-PERINEAL SOD
<b>71.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN CLÍTORIS</b>
<b>71.4.1.</b>	<b>AMPUTACIÓN TOTAL DE CLÍTORIS [CLITORIDECTOMÍA]</b>
71.4.1.00	AMPUTACIÓN TOTAL DE CLÍTORIS [CLITORIDECTOMÍA] SOD
<b>71.4.2.</b>	<b>ESCISIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS [CLITORIDOTOMÍA]</b>
71.4.2.00	ESCISIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS [CLITORIDOTOMÍA] SOD
<b>71.5.</b>	<b>VULVECTOMÍA</b>
<b>71.5.1.</b>	<b>VULVECTOMÍA RADICAL</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER DISECCIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (40.3. - 40.5.)</i>
71.5.1.00	VULVECTOMÍA RADICAL SOD
<b>71.5.2.</b>	<b>VULVECTOMÍA TOTAL O COMPLETA</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
71.5.2.00	VULVECTOMÍA TOTAL O COMPLETA BILATERAL SOD
<b>71.6.</b>	<b>OTRAS VULVECTOMÍAS</b>
<b>71.6.1.</b>	<b>VULVECTOMÍA UNILATERAL SIMPLE (HEMIVULVECTOMIA)</b>
71.6.1.20	VULVECTOMÍA PARCIAL O UNILATERAL (MENOS DEL 80% DEL ÁREA VULVAR)
<b>71.6.2.</b>	<b>VULVECTOMÍA BILATERAL SIMPLE</b>
71.6.2.00	VULVECTOMÍA BILATERAL SIMPLE O PARCIAL SOD
<b>71.7.</b>	<b>CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINÉ</b>
<b>71.7.1.</b>	<b>SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE VULVA O PERINÉ</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ATENCIÓN DEL PARTO Y EPISIORRAFIA (72.)</i>
71.7.1.01	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN DE VULVA O PERINE
71.7.1.02	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MÚSCULO) (GRADO I-II)
<b>71.7.2.</b>	<b>CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINÉ</b>
71.7.2.00	CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINÉ SOD
<b>71.7.3.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN VULVOPERINEAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
71.7.3.00	DRENAJE DE COLECCIÓN VULVOPERINEAL SOD
<b>71.7.9.</b>	<b>OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINÉ</b>
71.7.9.01	PLASTIA DE LABIOS MENORES
71.7.9.10	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA ANTIGUA EN VULVA Y PERINÉ
71.7.9.20	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN NO OBSTÉTRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINÉ (MUCOSA O MÚSCULO) (GRADO I-II)
71.7.9.30	PERINEOPLASTIA POR DESGARRO ANTIGUO DE PERINÉ
<b>71.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN VULVA O PERINÉ</b>
<b>71.8.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ CON INCISIÓN</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SIN INCISIÓN (98.2.3.), RETIRO O REMOCIÓN DE TAPONAMIENTO (97.7.5.), SUSTITUCIÓN DE TAPONAMIENTO (97.2.6.)</i>
71.8.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ CON INCISIÓN SOD
<b>72.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN PARTO VAGINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EPISIOTOMÍA, EPISIORRAFIA, RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS O INCISIÓN DE DUHRSSSEN; ADEMÁS TODAS LAS ACTIVIDADES DE ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA ESTABLECIDAS SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA LA ATENCIÓN DEL(OS) RECIÉN NACIDO(S)</i>
<b>72.1.</b>	<b>ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL CON FÓRCEPS, ASPIRACIÓN, ESPÁTULAS DE VELASCO</i>
<b>72.1.0.</b>	<b>PARTO INSTRUMENTADO CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ROTACIÓN CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO DE CABEZA FETAL</i>
72.1.0.01	PARTO INSTRUMENTADO CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO BAJOS
72.1.0.02	PARTO INSTRUMENTADO CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO MEDIOS
<b>72.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA EN PODÁLICA</b>
<b>72.5.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN (TOTAL O PARCIAL) INSTRUMENTADA EN PODÁLICA</b>
72.5.1.00	EXTRACCIÓN (TOTAL O PARCIAL) INSTRUMENTADA EN PODÁLICA SOD
<b>73.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN E INDUCCIÓN DEL PARTO VAGINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TODAS LAS ACTIVIDADES DE ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA ESTABLECIDAS SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA LA</i>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	ATENCIÓN DEL(OS) RECIÉN NACIDO(S)
<b>73.2.</b>	<b>PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS MANUALES</b>
<b>73.2.2.</b>	<b>PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSIÓN FETAL INTERNA Y COMBINADA</b>
73.2.2.01	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSION FETAL INTERNA Y COMBINADA CON EXTRACCIÓN
<b>73.5.</b>	<b>PARTO ASISTIDO MANUALMENTE</b>
<b>73.5.3.</b>	<b>ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA</b>
73.5.3.00	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA SOD
<b>73.5.9.</b>	<b>OTRAS ASISTENCIAS MANUALES DEL PARTO</b>
73.5.9.10	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTÁNEO NORMAL (EXPULSIVO)
73.5.9.30	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTÁNEO GEMELAR O MÚLTIPLE
73.5.9.31	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MÚLTIPLE
73.5.9.80	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO
<b>74.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN PARTO ABDOMINAL</b>
<b>Incluye:</b>	TODAS LAS ACTIVIDADES DE ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA ESTABLECIDAS SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA LA ATENCIÓN DEL(OS) RECIÉN NACIDO(S)
<b>74.0.</b>	<b>CESÁREA Y EXTRACCIÓN DE FETO</b>
<b>Simultáneo:</b>	CODIFICAR TAMBIEN CUALQUIER ESTERILIZACIÓN SIMULTÁNEA (66.3.1. - 66.3.9.), HISTERECTOMÍA (68.3. - 68.4., 68.6., 68.8.), MIOMECTOMÍA (68.2.4.)
<b>74.0.1.</b>	<b>CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL</b>
74.0.1.00	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD
<b>74.0.2.</b>	<b>CESÁREA CORPORAL</b>
74.0.2.00	CESÁREA CORPORAL SOD
<b>74.0.3.</b>	<b>CESÁREA EXTRAPERITONEAL</b>
74.0.3.00	CESÁREA EXTRAPERITONEAL SOD
<b>74.3.</b>	<b>REMOCIÓN DE FETO INTRAPERITONEAL</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLA CON SALPINGECTOMÍA SIMULTÁNEA (66.4. - 66.5.), AQUELLA CON SALPINGOTOMÍA (66.0.) AQUELLA CON SALPINGOSTOMÍA (66.0.2.)
<b>74.3.1.</b>	<b>REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL</b>
74.3.1.00	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL SOD
<b>74.3.2.</b>	<b>REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA</b>
74.3.2.00	REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA SOD
<b>75.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES OBSTÉTRICOS</b>
<b>Simultáneo:</b>	CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER ACCESO POR HISTEROTOMÍA (68.0.)
<b>75.0.</b>	<b>LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO</b>
<b>Excluye:</b>	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO (69.0.1.)
<b>75.0.1.</b>	<b>LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO</b>
<b>Incluye:</b>	POR ABORTO INCOMPLETO, ENDOMETRITIS PUERPERAL, MOLA U OTRA CAUSA OBSTÉTRICA
75.0.1.01	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACIÓN Y CURETAJE
75.0.1.05	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACIÓN AL VACÍO
<b>75.0.2.</b>	<b>LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO</b>
75.0.2.01	DILATACIÓN Y LEGRADO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

50



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA POR ASPIRACIÓN AL VACÍO (69.5.1.01)</i>
<b>75.1.</b>	<b>AMNIOCENTESIS</b>
<b>75.1.1.</b>	<b>AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA</b>
75.1.1.00	AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA SOD
<b>75.1.2.</b>	<b>AMNIOCENTESIS TERAPÉUTICA (NO DELIBERADAMENTE ABORTIVA)</b>
75.1.2.00	AMNIOCENTESIS TERAPÉUTICA (NO DELIBERADAMENTE ABORTIVA) SOD
<b>75.2.</b>	<b>TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA</b>
<b>75.2.1.</b>	<b>EXANGUINO-TRANSFUSIÓN EN ÚTERO</b>
75.2.1.00	EXANGUINO-TRANSFUSIÓN EN ÚTERO SOD
<b>75.3.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS INTRAUTERINOS EN FETO Y AMNIOS</b>
<b>75.3.1.</b>	<b>AMNIOSCOPIA</b>
75.3.1.00	AMNIOSCOPIA SOD
<b>75.3.5.</b>	<b>BIOPSIA DE VELOCIDAD CORIAL</b>
75.3.5.00	BIOPSIA DE VELOCIDAD CORIAL SOD
<b>75.3.6.</b>	<b>CORDOCENTESIS</b>
75.3.6.00	CORDOCENTESIS SOD
<b>75.3.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS INTRAUTERINOS EN FETO</b>
75.3.7.01	FETOSCOPIA
<b>75.4.</b>	<b>REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA</b>
<b>75.4.1.</b>	<b>REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA</b>
75.4.1.01	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO
<b>75.5.</b>	<b>REPARACIÓN DE DESGARRO UTERINO OBSTÉTRICO ACTUAL</b>
<b>75.5.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]</b>
75.5.1.00	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] SOD
<b>75.5.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUERPO UTERINO</b>
75.5.2.00	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUERPO UTERINO SOD
<b>75.6.</b>	<b>REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS</b>
<b>75.6.1.</b>	<b>REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA</b>
75.6.1.00	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV) SOD
<b>75.6.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL</b>
75.6.2.00	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL (GRADO III) SOD
<b>75.6.9.</b>	<b>REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES OBSTÉTRICAS</b>
75.6.9.01	PLASTIA O REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO DE PERINÉ
75.6.9.02	PLASTIA O REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO VAGINAL
75.6.9.03	PLASTIA O REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO VULVAR
75.6.9.10	REPARO SECUNDARIO DE EPISIOTOMÍA
<b>Incluye:</b>	<i>DESBRIDAMIENTO CON CIERRE DE DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA</i>
<b>75.8.</b>	<b>TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO</b>
<b>75.8.1.</b>	<b>TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE ÚTERO O VAGINA</b>
75.8.1.00	TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE ÚTERO O VAGINA SOD
<b>75.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS EN PERINÉ, VULVA O VAGINA</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>75.9.1.</b>	<b>DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA EN PERINÉ POR INCISIÓN</b>
75.9.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA (DE EPISIOTOMÍA O EPISIORRAFIA) EN PERINÉ POR INCISIÓN
<b>75.9.4.</b>	<b>CORRECCIÓN O REPOSICION MANUAL DE ÚTERO INVERTIDO</b>
75.9.4.00	CORRECCION O REPOSICION MANUAL DE ÚTERO INVERTIDO SOD
<b>Capítulo 13 SISTEMA OSTEOMUSCULAR</b>	
<b>76.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN HUESOS Y ARTICULACIONES FACIALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
<b>Excluye:</b>	<i>CRÁNEO (01.); HUESOS NAALES (21.); SENOS PARANAALES (22.)</i>
<b>76.0.</b>	<b>INCISIÓN DE HUESO FACIAL SIN DIVISIÓN</b>
<b>76.0.1.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA DE HUESO FACIAL</b>
76.0.1.01	SECUESTRECTOMÍA INTRAORAL CON FIJACIÓN INTERNA
76.0.1.02	SECUESTRECTOMÍA EXTRAORAL CON FIJACIÓN INTERNA
76.0.1.03	SECUESTRECTOMÍA INTRAORAL O EXTRAORAL
<b>76.0.9.</b>	<b>OTRA INCISIÓN DE HUESO FACIAL</b>
76.0.9.01	OSTEOTOMÍA MAXILAR PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO
76.0.9.02	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL
<b>76.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN HUESOS Y ARTICULACIONES FACIALES</b>
<b>76.1.1.</b>	<b>BIOPSIA DE HUESO FACIAL</b>
76.1.1.01	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES
76.1.1.02	BIOPSIA DE PALADAR ÓSEO
<b>76.1.2.</b>	<b>ARTROCENESIS DIAGNÓSTICA FACIAL</b>
76.1.2.01	ARTROCENESIS DIAGNÓSTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
<b>76.1.3.</b>	<b>ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN ARTICULACIÓN FACIAL</b>
76.1.3.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
76.1.3.02	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA FACIAL
<b>76.2.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIONES EN HUESO FACIAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE HUESO FACIAL (76.1.1.); ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA (24.4.)</i>
<b>76.2.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILARES</b>
76.2.1.01	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA
76.2.1.02	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA
76.2.1.03	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA
76.2.1.04	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA
76.2.1.05	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR
<b>76.2.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE LESIONES MALIGNAS EN MAXILARES</b>
76.2.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR
76.2.2.02	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR
<b>76.2.3.</b>	<b>OTRA ABLACIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO EN HUESO FACIAL</b>
76.2.3.01	ESCLEROSIS DE REBORDE DE MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR

*JR*

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>76.3.</b>	<b>OSTECTOMIA PARCIAL DE HUESO FACIAL</b>
<b>76.3.1.</b>	<b>MANDIBULECTOMIA PARCIAL</b>
76.3.1.01	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL
76.3.1.02	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA
76.3.1.03	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN
76.3.1.04	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN
<b>76.3.9.</b>	<b>OSTECTOMÍA, EXERESIS O ESCISIÓN PARCIAL DE OTRO HUESO FACIAL</b>
76.3.9.01	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCIÓN
76.3.9.02	CONDILECTOMIA DE LA MANDÍBULA
76.3.9.03	HEMIMAXILECTOMÍA
<b>76.4.</b>	<b>ESCISIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE HUESOS FACIALES</b>
<b>76.4.1.</b>	<b>MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA</b>
76.4.1.01	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA
<b>76.4.2.</b>	<b>OTRA MANDIBULECTOMÍA TOTAL</b>
76.4.2.01	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA
<b>76.4.3.</b>	<b>OTRA RECONSTRUCCIÓN DE MANDÍBULA</b>
76.4.3.01	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)
76.4.3.02	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO
76.4.3.03	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO
76.4.3.04	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO, COLGAJO PEDICULADO
76.4.3.05	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO
<b>76.4.4.</b>	<b>OSTECTOMÍA TOTAL DE OTRO HUESO FACIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA</b>
76.4.4.01	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA
76.4.4.02	RESECCIÓN TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA
<b>76.4.6.</b>	<b>OTRA RECONSTRUCCIÓN DE OTRO HUESO FACIAL</b>
76.4.6.01	RETROPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA PREMAXILA
<b>76.5.</b>	<b>ARTROPLASTIA TEMPOROMANDIBULAR</b>
<b>76.5.1.</b>	<b>MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR</b>
76.5.1.01	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA ENDOSCÓPICA
76.5.1.05	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA EXTERNA
<b>76.5.2.</b>	<b>MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR</b>
76.5.2.01	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO
76.5.2.02	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO
<b>76.5.3.</b>	<b>REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR</b>
76.5.3.01	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO
76.5.3.02	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLÁSTICO
<b>76.5.4.</b>	<b>REMODELACION DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR</b>
76.5.4.01	REMODELACION DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR VÍA ENDOSCÓPICA
<b>76.6.</b>	<b>REPARACIÓN DE HUESO FACIAL Y PROCEDIMIENTOS DE ORTOGNÁTICA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>RECONSTRUCCIÓN DE HUESOS FACIALES (76.4.)</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>IMPLANTE SINTÉTICO (76.8.2.); INJERTO ÓSEO (76.8.1.)</i>
<b>76.6.1.</b>	<b>OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR</b>

W

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
76.6.1.00	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR SOD
<b>76.6.2.</b>	<b>OSTEOPLASTIA ABIERTA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR</b>
76.6.2.01	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA
76.6.2.02	OSTEOTOMÍA RAMA MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA
76.6.2.03	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O VÍA TRANSCUTÁNEA
76.6.2.05	CORONOIDECTOMÍA
<b>76.6.3.</b>	<b>OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) DE CUERPO DE MANDÍBULA</b>
76.6.3.01	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA
76.6.3.02	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA
76.6.3.03	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O TRANSCUTÁNEA
<b>76.6.4.</b>	<b>OTRA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN MANDÍBULA</b>
76.6.4.01	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL MANDIBULAR
76.6.4.02	CORTICOTOMÍA MANDIBULAR
76.6.4.03	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA
<b>76.6.5.</b>	<b>OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) SEGMENTARIA DE MAXILAR</b>
76.6.5.01	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA
<b>76.6.6.</b>	<b>OSTEOPLASTIA TOTAL (OSTEOTOMÍA) DE MAXILAR</b>
76.6.6.01	OSTEOTOMÍA LEFORT I CON FIJACIÓN INTERNA
76.6.6.02	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL CON FIJACIÓN INTERNA
76.6.6.03	OSTEOTOMÍA LEFORT II CON FIJACIÓN INTERNA
76.6.6.04	OSTEOTOMÍA LEFORT III CON FIJACIÓN INTERNA
76.6.6.05	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT I (DISYUNCIÓN PALATINA)
76.6.6.06	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT II
76.6.6.07	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT III
<b>76.6.7.</b>	<b>GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)</b>
76.6.7.01	GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA
<b>76.6.9.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL</b>
76.6.9.01	SUSPENSIÓN ESQUELÉTICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMÍAS FACIALES
76.6.9.02	OSTEOTOMÍA DESLIZANTE (VISERA)
76.6.9.03	OSTEOPLASTIA SIMULTÁNEA DE VARIOS HUESOS FACIALES
76.6.9.70	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES
<b>76.7.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURA FACIAL</b>
<b>76.7.2.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMÁTICA</b>
76.7.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO CON FIJACIÓN INTERNA
76.7.2.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO
76.7.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCIÓN PISO DE ÓRBITA INJERTO O FIJACIÓN INTERNA
<b>76.7.3.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MAXILAR</b>
76.7.3.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN
76.7.3.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN
76.7.3.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN

VP

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
76.7.3.04	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN
<b>76.7.4.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR</b>
76.7.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA
76.7.4.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA
76.7.4.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERNA
76.7.4.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERNA
<b>76.7.5.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MANDIBULAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON O SIN INMOVILIZACIÓN INTERMAXILAR</i>
76.7.5.01	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CÓNDILO
76.7.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR
76.7.5.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR
<b>76.7.6.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MANDIBULAR</b>
76.7.6.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE CÓNDILO, CON FIJACIÓN INTERNA
76.7.6.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA
76.7.6.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA
76.7.6.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN EXTERNA
76.7.6.05	REDUCCIÓN DE FRACTURA CONDILAR CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ENDOSCÓPICA
<b>76.7.7.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR</b>
76.7.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACIÓN
76.7.7.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACIÓN
76.7.7.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MÁS DE TRES DIENTES, CON FIJACIÓN
76.7.7.05	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES
76.7.7.06	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MÁS DE TRES DIENTES
<b>76.7.8.</b>	<b>OTRA REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA FACIAL</b>
76.7.8.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA ORBITAL
76.7.8.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACIÓN
<b>76.7.9.</b>	<b>OTRA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA FACIAL</b>
76.7.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL
76.7.9.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO
76.7.9.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MÁS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO
76.7.9.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO
76.7.9.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO
76.7.9.07	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL, CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)

W.D.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
76.7.9.08	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MÚLTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ÓRBITARIO
<b>76.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN HUESOS Y ARTICULACIONES FACIALES</b>
<b>76.8.0.</b>	<b>FIJACIÓN INTERMAXILAR [CERCLAJE] INTER O INTRA MAXILAR</b>
76.8.0.01	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR
76.8.0.02	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTRA MAXILAR
<b>76.8.1.</b>	<b>INJERTOS ÓSEOS EN HUESO FACIAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AUTÓGENO, DE BANCO DE HUESOS O HETERÓGENO</i>
76.8.1.01	INJERTO ÓSEO EN HUESO FACIAL
76.8.1.10	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR
<b>76.8.2.</b>	<b>INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL</b>
76.8.2.00	INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL SOD
<b>76.8.3.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR</b>
76.8.3.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR
76.8.3.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACIÓN INTERMAXILAR
<b>76.8.4.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR</b>
76.8.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMÍA DEL TEMPORAL
<b>76.8.5.</b>	<b>INSERCIÓN DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACIÓN FACIAL</b>
76.8.5.00	INSERCIÓN DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACIÓN FACIAL SOD
<b>76.8.6.</b>	<b>INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR</b>
76.8.6.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR SOD
<b>76.8.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL</b>
76.8.7.01	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL
76.8.7.02	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR
<b>76.8.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR</b>
76.8.8.01	ARTRECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR
<b>76.8.9.</b>	<b>RETIRO DE DISPOSITIVO EN MANDÍBULA</b>
76.8.9.01	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EN MANDÍBULA
76.8.9.02	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA EN MANDÍBULA
<b>77.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN HUESOS NO FACIALES</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESTERNOTOMÍA ACCESORIA DE OPERACIÓN TORÁCICA Y RESECCIONES COSTALES ACCESORIAS A OPERACIONES TORÁCICAS (OMITIR CÓDIGO); LAMINOTOMÍA O INCISIÓN EN VÉRTEBRA (03.0.1. - 03.0.9.); LAMINECTOMÍAS O HEMILAMINECTOMÍAS (03.0.1. - 03.0.4.); AMPUTACIONES PARCIALES DE DEDOS DE MANO Y PIE (84.0. - 84.0.2.)</i>
<b>77.0.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA (79.6.0. - 79.6.9.) Y VERTEBRECTOMÍA (77.8.9. - 77.9.9.)</i>
<b>77.0.1.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
77.0.1.00	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) SOD
<b>77.0.2.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO</b>
77.0.2.00	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO SOD
<b>77.0.3.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO</b>
77.0.3.01	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CÚBITO

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
77.0.3.02	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO
<b>77.0.4.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
77.0.4.01	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMÍA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)
77.0.4.02	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMÍA EN METACARPIANOS (UNO O MÁS)
<b>77.0.5.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR</b>
77.0.5.00	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR SOD
<b>77.0.6.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA</b>
77.0.6.00	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA SOD
<b>77.0.7.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA - PERONÉ</b>
77.0.7.01	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ
77.0.7.02	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ
<b>77.0.8.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
77.0.8.01	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)
77.0.8.02	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (UNO O MÁS)
<b>77.0.9.</b>	<b>SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE ESPÍCULAS ÓSEAS DE CANAL ESPINAL, IRRIGACIÓN POST QUIRÚRGICA</i>
77.0.9.01	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)
77.0.9.02	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)
77.0.9.20	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS
77.0.9.30	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR
77.0.9.31	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL
77.0.9.32	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA
77.0.9.33	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>77.1.</b>	<b>OTRA INCISIÓN DE HUESO SIN DIVISIÓN</b>
<b>77.1.1.</b>	<b>REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMÍA</b>
77.1.1.00	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMÍA SOD
<b>77.2.</b>	<b>OSTEOTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLAS PARA HALLUX VALGUS (77.5.1.); PARA PLASTIA DE MALFORMACIÓN DE PIE (77.3.) Y ARTEJOS (77.5.)</i>
<b>77.2.1.</b>	<b>OSTEOTOMÍA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
77.2.1.01	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.1.02	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA
77.2.1.03	OSTEOTOMÍA DE COSTILLA (UNA O MÁS)
77.2.1.04	OSTEOTOMÍA DE ESCÁPULA
77.2.1.05	OSTEOTOMÍA DE ESTERNÓN
<b>77.2.2.</b>	<b>OSTEOTOMÍA EN HÚMERO</b>
77.2.2.01	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.2.02	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>77.2.3.</b>	<b>OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO</b>
77.2.3.01	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.3.02	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.3.03	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO
<b>77.2.4.</b>	<b>OSTEOTOMÍA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
77.2.4.01	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.4.02	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
<b>77.2.5.</b>	<b>OSTEOTOMÍA EN FÉMUR</b>
77.2.5.01	OSTEOTOMÍA FEMORAL DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.5.02	OSTEOTOMÍA SUPRA E INTERCONDÍLEA DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.5.03	OSTEOTOMÍA SUPRACONDÍLEA O INTERCONDÍLEA DE FÉMUR, CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.5.04	OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE FÉMUR, CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.5.05	OSTEOTOMÍA VALGIZANTE O VARIZANTE DE CUELLO DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.5.06	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR (DIAFISIARIA, SUPRA E INTERCONDÍLEA, SUPRACONDÍLEA O INTERCONDÍLEA, VALGIZANTE O VARIZANTE DE CUELLO DE FÉMUR, MÚLTIPLE)
77.2.5.20	OSTEOTOMÍA CON DESCENSO DEL TROCÁNTER MAYOR
<b>77.2.6.</b>	<b>OSTEOTOMÍA EN RÓTULA</b>
77.2.6.00	OSTEOTOMÍA EN RÓTULA SOD
<b>77.2.7.</b>	<b>OSTEOTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ</b>
77.2.7.01	OSTEOTOMÍA DE TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.7.02	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.7.03	OSTEOTOMÍA DE TIBIA O PERONÉ
<b>77.2.8.</b>	<b>OSTEOTOMÍA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
77.2.8.01	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.8.02	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO Y METATARSO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.8.03	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS HUESOS)
<b>77.2.9.</b>	<b>OSTEOTOMÍA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
77.2.9.01	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE MANO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.2.9.02	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE MANO (UNO O MÁS)
77.2.9.10	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DEL PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) (UNO O MÁS HUESOS)
77.2.9.11	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DEL PIE (UNO O MÁS HUESOS) (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)

59



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
77.2.9.20	OSTEOTOMÍAS SIMPLES EN PELVIS [PEMBERTON-SALTER- CHIARI-DEGA]
77.2.9.21	OSTEOTOMÍAS COMPLEJAS EN PELVIS CON FIJACIÓN [GANZ-DOBLE-TRIPLE]
77.2.9.29	OSTEOTOMÍA FACETARIA VÍA POSTERIOR
77.2.9.30	OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O POSTERIOR
77.2.9.31	OSTEOTOMÍA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN O INSTRUMENTACIÓN)
77.2.9.32	OSTEOTOMÍA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN O INSTRUMENTACIÓN)
<b>77.3.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DE INCISIÓN O DIVISIÓN ÓSEA</b>
<b>77.3.1.</b>	<b>OSTEOARTROTOMÍAS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESTERNOTOMÍA ACCESORIA DE OPERACIÓN TORÁCICA (OMITIR CÓDIGO), LAMINOTOMÍA O INCISIÓN EN VÉRTEBRA (03.0.1. - 03.0.4.),</i>
77.3.1.00	OSTEOARTROTOMÍA SOD
<b>77.3.2.</b>	<b>OSTEOTOMÍAS Y ARTROTOMÍAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS EN CORRECCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE PIE: EQUINO VARO, EQUINO CAVO, PIE VALGO, PIE TALUS O CONVEXO, PIE CAVO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
77.3.2.00	OSTEOTOMÍAS Y ARTROTOMÍAS SOD
<b>77.4.</b>	<b>BIOPSIA DE HUESO Y PERIOSTIO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PERIOSTIO</i>
<b>77.4.0.</b>	<b>BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO</b>
77.4.0.01	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ABIERTA
77.4.0.02	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA
77.4.0.03	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ENDOSCÓPICA
<b>77.4.9.</b>	<b>BIOPSIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
77.4.9.10	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA ABIERTA
77.4.9.11	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA PERCUTÁNEA
77.4.9.12	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA ENDOSCÓPICA
<b>77.5.</b>	<b>ESCISIÓN Y REPARACIÓN DE HALLUX VALGUS [JUANETE] Y DE OTRAS DEFORMIDADES DE LOS DEDOS DEL PIE</b>
<b>77.5.1.</b>	<b>CORRECCIÓN HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍA] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMÍA DEL PRIMER METATARSIANO</b>
77.5.1.01	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA PROXIMAL O DISTAL METATARSIANA
77.5.1.02	CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA DISTAL Y PROXIMAL METATARSIANA
77.5.1.03	CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS CON BUNIECTOMÍA SIMPLE Y CAPSULOPLASTIA
<b>77.5.2.</b>	<b>CORRECCIÓN HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍA] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE Y ARTRODESIS</b>
77.5.2.01	CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS CON ARTRODESIS
<b>77.5.3.</b>	<b>OTRAS CORRECCIONES DE HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍAS] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE</b>
77.5.3.01	CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS CON ARTROPLASTIA
<b>77.5.6.</b>	<b>REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO</b>
77.5.6.00	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO (FALANGECTOMÍA, FUSIÓN O RECORTE) SOD
<b>77.5.7.</b>	<b>REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA (ALARGAMIENTO DE TENDÓN, CAPSULOTOMÍA, FALANGECTOMIA O FUSIÓN)</b>
77.5.7.01	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA CON ARTRODESIS (UNO O MÁS) (EXCEPTO QUINTO DEDO)

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
77.5.7.02	REPARACIÓN DEL QUINTO DEDO DE PIE EN GARRA CON ARTRODESIS
<b>77.6.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN ÓSEA O TEJIDO ÓSEO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE HUESO (77.4.0. - 77.4.9.), DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA (79.6.9.)</i>
<b>77.6.0.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN SITIO INESPECIFICADO</b>
77.6.0.01	RESECCIÓN DE EXOSTOSIS EN HUESO NO ESPECIFICADO (UNA O MÁS)
<b>77.6.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
77.6.1.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE CLAVÍCULA
77.6.1.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO DE CLAVÍCULA
77.6.1.04	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE ESCÁPULA
77.6.1.05	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO DE ESCÁPULA
77.6.1.09	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)
77.6.1.10	RESECCIÓN TUMOR MALIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)
<b>77.6.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO</b>
77.6.2.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO
77.6.2.02	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO CON INJERTO
77.6.2.03	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN HÚMERO
77.6.2.04	RESECCIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO
<b>77.6.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RADIO Y CÚBITO</b>
77.6.3.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RADIO O CÚBITO
77.6.3.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN RADIO O CÚBITO
<b>77.6.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
77.6.4.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS
77.6.4.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS
<b>77.6.5.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN FÉMUR</b>
77.6.5.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR
77.6.5.02	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
77.6.5.03	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN FÉMUR
<b>77.6.6.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RÓTULA</b>
77.6.6.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RÓTULA
77.6.6.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN RÓTULA
<b>77.6.7.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN TIBIA Y PERONÉ</b>
77.6.7.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN TIBIA O PERONÉ
77.6.7.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONÉ
<b>77.6.8.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA O LESIÓN EN TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
77.6.8.01	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA ÓSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS
77.6.8.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TARSIANOS O METATARSIANOS
77.6.8.03	RESECCIÓN DEL ESPOLÓN CALCÁNEO
77.6.8.04	RESECCIÓN DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA
77.6.8.05	RESECCIÓN DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA
<b>77.6.9.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TERATOMA U OTRO TUMOR ÓSEO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>RESECCIÓN DE TUMORES INTRARAQUÍDEOS MEDULARES Y EXTRAMEDULARES (03.4.3. - 03.4.4.)</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>INJERTO O TRASPLANTE ÓSEO (78.0.9.)</i>
77.6.9.01	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO
77.6.9.02	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
77.6.9.20	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS
77.6.9.21	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS
77.6.9.22	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMÍA DE RAMA MEDIAL) VÍA PERCUTÁNEA
77.6.9.23	ESCISIÓN DE QUISTE SINOVIAL FACETARIO VÍA POSTERIOR
77.6.9.29	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORÁCICA
77.6.9.30	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL TORACOABDOMINAL
77.6.9.31	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL
77.6.9.32	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCÍGEO VÍA ANTERIOR
77.6.9.33	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCÍGEO VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL
<b>77.7.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO</b>
<b>77.7.0.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO DE SITIO NO ESPECIFICADO</b>
77.7.0.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO SOD
<b>77.7.1.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLA Y ESTERNÓN)</b>
77.7.1.01	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE ESCÁPULA
77.7.1.02	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CLAVÍCULA
77.7.1.03	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE COSTILLA [COSTOCONDAL] O ESTERNÓN
<b>77.7.2.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO EN HÚMERO</b>
77.7.2.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN HÚMERO SOD
<b>77.7.3.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CÚBITO</b>
77.7.3.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CÚBITO SOD
<b>77.7.4.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CARPO O METACARPO</b>
77.7.4.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CARPO O METACARPO SOD
<b>77.7.5.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR</b>
77.7.5.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR SOD
<b>77.7.6.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO DE RÓTULA</b>
77.7.6.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE RÓTULA SOD
<b>77.7.7.</b>	<b>TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ</b>
77.7.7.00	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ SOD
<b>77.7.8.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO</b>
77.7.8.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO SOD
<b>77.7.9.</b>	<b>TOMA DE INJERTO ÓSEO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
77.7.9.02	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILÍACO
<b>77.8.</b>	<b>RESECCIÓN ÓSEA [OSTEOTOMÍA] PARCIAL</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR TUMORES BENIGNOS, MALIGNOS, PRIMARIOS O METASTÁSICOS; CONDILECTOMÍAS ENTRE OTRAS CAUSAS
<b>Excluye:</b>	AMPUTACIONES PARCIALES (84.0.0. - 84.9.1.), AQUELLA ACCESORIA A OTRAS OPERACIONES (OMITIR CÓDIGO), ARTRECTOMÍAS (80.8.4.), ESCISIÓN PARA HALLUX VALGUS (77.5.1.), ESCISIÓN DE CARTÍLAGO (80.5. - 80.9.9.), LA ASOCIADA CON ARTRODESIS (81.0.0. - 81.2.9.) O ARTROPLASTIAS (81.5. - 81.9.)
<b>77.8.1.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
<b>Excluye:</b>	RESECCIONES COSTALES ACCESORIAS A OPERACIONES TORÁCICAS (OMITIR CÓDIGO)
77.8.1.01	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA
77.8.1.02	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVÍCULA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
77.8.1.03	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVÍCULA, VÍA ENDOSCÓPICA
77.8.1.04	RESECCIÓN PARCIAL DE COSTILLAS
77.8.1.05	RESECCIÓN PARCIAL DE ESTERNÓN
<b>77.8.2.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE HÚMERO</b>
77.8.2.01	RESECCIÓN DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA HUMERAL
77.8.2.02	HEMI O DIAFISECTOMÍA DE HÚMERO
77.8.2.03	RESECCIÓN DE CABEZA HUMERAL
<b>77.8.3.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE RADIO Y CÚBITO</b>
77.8.3.01	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN CÚBITO (HEMIDIAFISECTOMÍA)
77.8.3.02	RESECCIÓN DE EPÍFISIS DE CÚBITO
77.8.3.03	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN RADIO
77.8.3.04	RESECCIÓN DE CÚPULA DE RADIO
77.8.3.05	RESECCIÓN DE OLÉCRANON
77.8.3.06	RESECCIÓN DE CABEZA DE RADIO
<b>77.8.4.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE CARIANOS O METACARIANOS</b>
77.8.4.01	HEMI O DIAFISECTOMÍA METACARIANOS (UNO O MÁS)
77.8.4.02	RESECCIÓN CABEZA DE METACARIANOS (UNO O MÁS)
<b>77.8.5.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE FÉMUR</b>
77.8.5.01	HEMIDIAFISECTOMÍA EN FÉMUR
<b>77.8.6.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA</b>
77.8.6.00	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA SOD
<b>77.8.7.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE TIBIA Y PERONÉ</b>
77.8.7.01	RESECCIÓN PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMÍA)
77.8.7.02	RESECCIÓN PARCIAL DE PERONÉ (HEMIDIAFISECTOMÍA)
77.8.7.03	HEMIDIAFISECTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ
<b>77.8.8.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
77.8.8.00	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS) SOD
<b>77.8.9.</b>	<b>RESECCIÓN PARCIAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
<b>Incluye:</b>	FALANGES MANO O PIE, PELVIS, VÉRTEBRAS (CUERPO, FACETA O APÓFISIS) CERVICAL, TORÁCICA, LUMBAR O SACROCOCCÍGEA
<b>Excluye:</b>	LAMINECTOMÍAS O HEMILAMINECTOMÍAS (03.0.1.), DISECTOMÍA (80.5.1.), INJERTO SIMULTÁNEO (78.0.9.) REQUIERE CÓDIGO ADICIONAL SIMULTÁNEO, AMPUTACIONES PARCIALES DE DEDOS DE MANO Y PIE (84.0. - 84.0.2.)
77.8.9.01	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)
77.8.9.02	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MÁS)
77.8.9.11	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)
77.8.9.12	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MÁS)
77.8.9.21	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS
77.8.9.22	HEMIHEMIPELVECTOMÍA
77.8.9.23	HEMIPELVECTOMÍA
77.8.9.31	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL
<b>Incluye:</b>	RESECCIÓN DE ARCO ANTERIOR; CORRECCIÓN DE INVAGINACIÓN BASILAR
77.8.9.32	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANS LATERAL
<b>Incluye:</b>	RESECCIÓN DE ARCO ANTERIOR; EN CORRECCIÓN DE INVAGINACIÓN BASILAR
77.8.9.33	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL
77.8.9.40	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL CON ARTRODESIS SIN INSTRUMENTACIÓN

CND

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
77.8.9.41	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL CON ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN
77.8.9.42	CERVICOTOMÍA CERVICAL ANTERIOR
77.8.9.51	RESECCIÓN PARCIAL DE VÉRTEBRA [VERTEBRECTOMÍA PARCIAL] TORÁCICA, LUMBAR O SACRA SIN ARTRODESIS, SIN INSTRUMENTACIÓN
77.8.9.52	RESECCIÓN PARCIAL DE VÉRTEBRA [VERTEBRECTOMÍA PARCIAL] TORÁCICA, LUMBAR O SACRA CON ARTRODESIS, SIN INSTRUMENTACIÓN
77.8.9.53	RESECCIÓN PARCIAL DE VÉRTEBRA [VERTEBRECTOMÍA PARCIAL] TORÁCICA, LUMBAR O SACRA CON ARTRODESIS, CON INSTRUMENTACIÓN
<b>77.9.</b>	<b>RESECCIÓN ÓSEA [OSTEOTOMÍA] TOTAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TUMORES BENIGNOS, MALIGNOS, PRIMARIOS O METASTÁSICOS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AMPUTACIONES DE MIEMBROS (84.0.0. - 84.9.1.) Y AQUELLA ACCESORIA DE OTRA OPERACIÓN (OMITIR CÓDIGO)</i>
<b>77.9.1.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
77.9.1.01	RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA
77.9.1.02	RESECCIÓN TOTAL DE CLAVÍCULA
77.9.1.05	RESECCIÓN TOTAL DE ESTERNÓN
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR OSTEOMIELITIS O MEDIASTINITIS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
77.9.1.31	RESECCIÓN TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMÍA (UNA O MÁS)
77.9.1.34	RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA
<b>77.9.2.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE HÚMERO</b>
77.9.2.01	RESECCIÓN DE HÚMERO (PROXIMAL O DISTAL)
77.9.2.02	RESECCIÓN RADICAL DE HÚMERO SIN INJERTO
77.9.2.03	RESECCIÓN TOTAL O RADICAL DE HÚMERO CON INJERTO
<b>77.9.3.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE RADIO Y CÚBITO</b>
77.9.3.01	RESECCIÓN TOTAL O RADICAL DE CÚBITO O RADIO
<b>77.9.4.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE CARIANOS Y METACARIANOS</b>
77.9.4.01	CARPECTOMÍA (UNO O MÁS HUESOS)
77.9.4.05	METACARPECTOMÍA (UNO O MÁS HUESOS)
<b>77.9.5.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE FÉMUR</b>
77.9.5.00	RESECCIÓN TOTAL DE FÉMUR SOD
<b>77.9.6.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA</b>
77.9.6.00	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA SOD
<b>77.9.7.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE TIBIA Y PERONÉ</b>
77.9.7.01	RESECCIÓN TOTAL DE LA TIBIA O PERONÉ
<b>77.9.8.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
77.9.8.01	RESECCIÓN TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO
77.9.8.02	ASTRAGALECTOMÍA
<b>77.9.9.</b>	<b>RESECCIÓN TOTAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
77.9.9.01	RESECCIÓN TOTAL DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)
77.9.9.02	RESECCIÓN TOTAL DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)
77.9.9.30	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL CON ARTRODESIS SIN INSTRUMENTACIÓN
77.9.9.31	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL CON ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN
77.9.9.32	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL CON REEMPLAZO CORPORAL ARTIFICIAL

W/D

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
77.9.9.35	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA O LUMBAR CON ARTRODESIS SIN INSTRUMENTACIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>CORPECTOMÍA PARA DESCOMPRESIÓN DE CANAL ESPINAL Y RAÍZ NERVIOSA</i>
77.9.9.36	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA O LUMBAR, CON ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN
77.9.9.37	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA O LUMBAR CON REEMPLAZO CORPORAL ARTIFICIAL
77.9.9.40	RESECCIÓN TOTAL DE SACRO [VERTEBRECTOMÍA TOTAL SACRA] CON ARTRODESIS
77.9.9.41	RESECCIÓN TOTAL DE CÓCCIX [COCCIGECTOMÍA]
<b>Excluye:</b>	<i>DESBRIDAMIENTO DE LESIÓN PROFUNDA (ÚLCERA) CON COCCIGECTOMÍA (86.2.3.12)</i>
<b>78.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN HUESOS, EXCEPTO HUESOS FACIALES</b>
<b>78.0.</b>	<b>INJERTO ÓSEO (AUTÓLOGO, HETERÓLOGO)</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUEL PARA ALARGAMIENTO DE HUESO (78.3.0. - 78.3.9.) Y PARA ARTRODESIS O FUSIÓN (81.0.0. - 81.8.5.) Y AQUEL INJERTO ESPECIFICADO EN OTRO PROCEDIMIENTO (OMITIR CÓDIGO)</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR TAMBIÉN CUALQUIER ESCISIÓN DE HUESO PARA INJERTO (77.7.0.) Y LA ESCISIÓN PARCIAL DE SITIO RECEPTOR (77.8.), O ESCISIÓN TOTAL (77.9.) O REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS (78.4.1. - 78.4.9.)</i>
<b>78.0.1.</b>	<b>INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
78.0.1.01	INJERTO ÓSEO EN CLAVÍCULA
<b>78.0.2.</b>	<b>INJERTOS ÓSEOS EN HÚMERO</b>
78.0.2.01	INJERTO ÓSEO EN HÚMERO
78.0.2.02	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HÚMERO
<b>78.0.3.</b>	<b>INJERTO ÓSEO EN RADIO Y CÚBITO</b>
78.0.3.00	INJERTO ÓSEO EN CÚBITO O RADIO SOD
<b>78.0.4.</b>	<b>INJERTO ÓSEO EN CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
78.0.4.01	INJERTO ÓSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)
78.0.4.02	INJERTO ÓSEO EN ESCAFOIDES
78.0.4.03	INJERTO ÓSEO EN METACARPIANOS (UNO O MÁS)
<b>78.0.5.</b>	<b>INJERTOS ÓSEOS EN FÉMUR</b>
78.0.5.01	INJERTO ÓSEO EN FÉMUR
78.0.5.02	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE FÉMUR
78.0.5.03	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDAL EN FÉMUR
<b>78.0.6.</b>	<b>INJERTO ÓSEO EN RÓTULA</b>
78.0.6.00	INJERTO ÓSEO EN RÓTULA SOD
<b>78.0.7.</b>	<b>INJERTO ÓSEO EN TIBIA Y PERONÉ</b>
78.0.7.01	INJERTO ÓSEO EN TIBIA O PERONÉ
78.0.7.02	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE TIBIA
78.0.7.03	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDAL EN TIBIA
78.0.7.05	INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONÉ
78.0.7.06	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE PERONÉ
<b>78.0.8.</b>	<b>INJERTO ÓSEO EN TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
78.0.8.00	INJERTO ÓSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD
<b>78.0.9.</b>	<b>INJERTO O TRASPLANTE ÓSEO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
78.0.9.01	INJERTO ÓSEO EN FALANGES DE LA MANO (UNA O MÁS)
78.0.9.02	INJERTO ÓSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MÁS)
78.0.9.20	INJERTO ÓSEO EN PELVIS

34

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
78.0.9.21	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS
78.0.9.31	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR
78.0.9.32	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR
<b>78.1.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>MINIFIJADOR CON INSERCIÓN DE CLAVO, ALAMBRE, TORNILLO EN EL HUESO</i>
<b>78.1.2.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE HÚMERO</b>
78.1.2.01	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN HÚMERO
78.1.2.02	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EN CODO
<b>78.1.3.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE RADIO O CÚBITO</b>
78.1.3.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CÚBITO
78.1.3.02	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CÚBITO
78.1.3.04	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA
<b>78.1.4.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE CARPIANOS O METACARPIANOS</b>
78.1.4.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN MANO
<b>78.1.5.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FÉMUR</b>
78.1.5.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN FÉMUR
78.1.5.02	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO
78.1.5.03	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO PARA TRACCIÓN ESQUELÉTICA EN MUSLO (TRANSCONDÍLEA)
<b>78.1.6.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN RODILLA O RÓTULA</b>
78.1.6.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO RODILLA
<b>78.1.7.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TIBIA O PERONÉ</b>
78.1.7.01	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA O PERONÉ
78.1.7.02	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONÉ
78.1.7.03	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE
78.1.7.04	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN TRANSTIBIAL
<b>78.1.8.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TARSIANOS O METATARSIANOS</b>
78.1.8.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO PIE
78.1.8.02	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO EN PIE (CALCÁNEO)
<b>78.1.9.</b>	<b>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVOS MÉDICOS DE TRACCIÓN</i>
78.1.9.01	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE MANO
78.1.9.02	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE PIE
78.1.9.20	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VÍA ANTERIOR O POSTERIOR
78.1.9.30	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN COLUMNA VERTEBRAL
<b>78.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE ACORTAMIENTO DE EXTREMIDADES</b>
<b>78.2.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE HÚMERO</b>
78.2.1.01	EPIFISIODESIS ABIERTA DE HÚMERO
78.2.1.02	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE HÚMERO
78.2.1.03	GRAPADO EPIFISIARIO DE HÚMERO
78.2.1.04	ACORTAMIENTO DE HÚMERO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)
<b>78.2.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO</b>
78.2.2.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO O RADIO

50

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
78.2.2.13	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO Y RADIO
78.2.2.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE CÚBITO O RADIO
78.2.2.23	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE RADIO Y CÚBITO
78.2.2.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE CÚBITO O RADIO
78.2.2.33	GRAPADO EPIFISIARIO DE RADIO Y CÚBITO
78.2.2.41	ACORTAMIENTO DE CÚBITO O RADIO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)
78.2.2.43	ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)
<b>78.2.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
78.2.3.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPIANOS
78.2.3.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE METACARPIANOS
78.2.3.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE METACARPIANOS
78.2.3.41	RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO
<b>78.2.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FÉMUR</b>
78.2.4.01	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FÉMUR
78.2.4.02	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FÉMUR
78.2.4.03	GRAPADO EPIFISIARIO DE FÉMUR
78.2.4.04	ACORTAMIENTO DE FÉMUR MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)
<b>78.2.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ</b>
78.2.5.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ
78.2.5.13	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ
78.2.5.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA O PERONÉ
78.2.5.23	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA Y PERONÉ
78.2.5.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE TIBIA O PERONÉ
78.2.5.33	GRAPADO EPIFISIARIO DE TIBIA Y PERONÉ
78.2.5.41	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)
78.2.5.43	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)
<b>78.2.6.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS</b>
78.2.6.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)
78.2.6.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)
78.2.6.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)
78.2.6.41	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)
<b>78.2.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FALANGES (DE PIE) (DE MANO)</b>
78.2.7.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)
78.2.7.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)
78.2.7.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)
78.2.7.41	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)
78.2.7.51	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)
78.2.7.61	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)
78.2.7.71	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)
78.2.7.81	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)
<b>78.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES</b>



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>78.3.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIIDADES SITIO NO ESPECIFICADO</b>
78.3.0.01	TRANSPOSICIÓN ÓSEA EN HUESOS LARGOS CON COLOCACIÓN DE TUTOR EXTERNO
<b>78.3.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE HÚMERO</b>
78.3.2.01	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA
78.3.2.02	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA
78.3.2.03	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.2.04	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
<b>78.3.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO</b>
78.3.3.01	ALARGAMIENTO DE RADIO O CÚBITO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.3.02	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.3.05	ALARGAMIENTO DE CÚBITO O RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA
78.3.3.06	ALARGAMIENTO DE CÚBITO Y RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA
78.3.3.07	ALARGAMIENTO DE RADIO O CÚBITO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.3.08	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
<b>78.3.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
78.3.4.01	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.4.02	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.4.03	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.4.04	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
<b>78.3.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FÉMUR</b>
78.3.5.01	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.5.02	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.5.03	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.5.04	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
<b>78.3.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ</b>
78.3.7.01	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.7.02	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.7.03	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.7.04	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
78.3.7.05	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.7.06	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.7.07	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.7.08	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
<b>78.3.8.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
78.3.8.01	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.8.02	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.8.03	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.8.04	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.8.05	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.8.06	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.8.07	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.8.08	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
<b>78.3.9.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FALANGES (DE MANO) (DE PIE)</b>
78.3.9.01	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO CON INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.9.02	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.9.03	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.9.11	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.9.12	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA
78.3.9.13	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
78.3.9.14	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)
<b>78.5.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA DE HUESO SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>FIJACIÓN PROFILÁCTICA, REVISIÓN O REINSERCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS; AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE PSEUDOARTROSIS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA PARA REDUCCIÓN DE FRACTURA O LUXACIÓN (79.0 - 79.9.), ARTROPLASTIA Y ARTRODESIS (81.0 - 81.9.), INJERTO DE HUESO (78.0.) ACORTAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR (78.2.)</i>
<b>78.5.1.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
78.5.1.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) SOD
<b>78.5.2.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
78.5.2.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO SOD
<b>78.5.3.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO</b>
78.5.3.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO O CÚBITO SOD
<b>78.5.4.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
78.5.4.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD
<b>78.5.5.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR</b>
78.5.5.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR SOD
<b>78.5.6.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA</b>
78.5.6.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA SOD
<b>78.5.7.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ</b>
78.5.7.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TIBIA O PERONÉ SOD
<b>78.5.8.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
78.5.8.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD
<b>78.5.9.</b>	<b>FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
78.5.9.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FALANGES DE PIE O DE MANO SOD
<b>78.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HUESO</b>
<b>Incluye:</b>	AQUEL DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, OSTEOSÍNTESIS, INSTRUMENTACIÓN, ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO
<b>Excluye:</b>	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO O DE CUERPO EXTRAÑO (97. - 98.), DE TENAZAS O COMPÁS DE CRÁNEO O DE HALO (02.8.5.), RETIRO DE ESCAYOLA, FÉRULA, TABLILLA, FIJACIÓN EXTERNA Y DISPOSITIVO DE TRACCIÓN (ALAMBRE DE KIRSCHNER)(CLAVO DE STEINMANN) (97.8.8.); RETIRO DE ELECTRODOS O RECEPTOR NEUROESTIMULADOR ESPINAL (03.9.4.01)
<b>78.6.0.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO</b>
78.6.0.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESO NO ESPECIFICADO
78.6.0.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO, VÍA ABIERTA
<b>78.6.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
78.6.1.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
78.6.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN), VÍA ABIERTA
<b>78.6.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO</b>
78.6.2.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HÚMERO
78.6.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO, VÍA ABIERTA
<b>78.6.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO</b>
78.6.3.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CÚBITO
78.6.3.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO, VÍA ABIERTA
<b>78.6.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
78.6.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS)
78.6.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS), VÍA ABIERTA
<b>78.6.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR</b>
78.6.5.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FÉMUR
78.6.5.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR, VÍA ABIERTA
<b>78.6.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA</b>
78.6.6.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RÓTULA
78.6.6.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA, VÍA ABIERTA
<b>78.6.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ</b>
78.6.7.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONÉ
78.6.7.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ, VÍA ABIERTA
<b>78.6.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS</b>
78.6.8.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS)
78.6.8.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS), VÍA ABIERTA
<b>78.6.9.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
78.6.9.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO
78.6.9.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO, VÍA ABIERTA
78.6.9.10	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE
78.6.9.11	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE, VÍA ABIERTA
78.6.9.20	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS
78.6.9.21	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VÍA ABIERTA
78.6.9.30	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR
78.6.9.31	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR
78.6.9.32	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA LATERAL
78.6.9.35	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR
78.6.9.36	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR
<b>78.7.</b>	<b>OSTEOCLASTIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE PSEUDOARTROSIS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>78.7.1.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
78.7.1.00	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) SOD
<b>78.7.2.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE HÚMERO</b>
78.7.2.00	OSTEOCLASTIA DE HÚMERO SOD
<b>78.7.3.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO</b>
78.7.3.00	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO SOD

4/15

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>78.7.4.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS</b>
78.7.4.00	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD
<b>78.7.5.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE FÉMUR</b>
78.7.5.00	OSTEOCLASTIA DE FÉMUR SOD
<b>78.7.6.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE RÓTULA</b>
78.7.6.00	OSTEOCLASTIA DE RÓTULA SOD
<b>78.7.7.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ</b>
78.7.7.00	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ SOD
<b>78.7.8.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS</b>
78.7.8.00	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD
<b>78.7.9.</b>	<b>OSTEOCLASTIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
78.7.9.01	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO
78.7.9.02	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE
<b>78.9.</b>	<b>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR SUPERFICIAL (TRANSCUTÁNEO) INCRUENTO (99.8.6.)</i>
<b>78.9.2.</b>	<b>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE HÚMERO</b>
78.9.2.00	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE HÚMERO SOD
<b>78.9.3.</b>	<b>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE RADIO O CÚBITO</b>
78.9.3.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CÚBITO
78.9.3.02	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE RADIO
78.9.3.03	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE RADIO Y CÚBITO
<b>78.9.4.</b>	<b>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CARPIANOS O METACARPIANOS</b>
78.9.4.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CARPIANOS
78.9.4.02	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE METACARPIANOS
78.9.4.03	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
<b>78.9.5.</b>	<b>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE FÉMUR</b>
78.9.5.00	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE FÉMUR SOD
<b>78.9.7.</b>	<b>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TIBIA O PERONÉ</b>
78.9.7.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE PERONÉ
78.9.7.02	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TIBIA
78.9.7.03	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TIBIA Y PERONÉ
<b>78.9.8.</b>	<b>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TARSIANOS O METATARSIANOS</b>
78.9.8.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TARSIANOS
78.9.8.02	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE METATARSIANOS
78.9.8.03	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
<b>78.9.9.</b>	<b>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE OTROS HUESOS</b>
78.9.9.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE FALANGES
78.9.9.20	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE HUESOS PELVIANOS
<b>79.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURA Y LUXACIÓN</b>

42

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	APLICACIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA, REDUCCIÓN CON INSERCIÓN DE DISPOSITIVO DE TRACCIÓN (ALAMBRE O PLACA DE KIRSCHNER, CLAVO DE STEINMANN)
<b>Simultáneo:</b>	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN (78.1.)
<b>79.0.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLA PARA SEPARACIÓN DE EPÍFISIS (79.4.)
<b>79.0.1.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
79.0.1.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN) SOD
<b>79.0.2.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO</b>
79.0.2.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO SOD
<b>79.0.3.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO</b>
79.0.3.01	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO [RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL DE COLLES O SMITH]
79.0.3.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO
<b>79.0.4.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS O METACARPIANOS</b>
79.0.4.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)
79.0.4.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)
<b>79.0.5.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR</b>
79.0.5.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA SOD
<b>79.0.6.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA</b>
79.0.6.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA SOD
<b>79.0.7.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ</b>
79.0.7.01	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE TIBIA O PERONÉ
79.0.7.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ
<b>79.0.8.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
<b>Incluye:</b>	TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURA DE METATARSIANOS
79.0.8.00	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO SOD
<b>79.0.9.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS</b>
79.0.9.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)
79.0.9.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)
79.0.9.20	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS
79.0.9.30	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON HALOYESO O HALOCHAQUETA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
79.0.9.31	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON DISPOSITIVOS (THOMAS, PHILADELPHIA U OTROS)
79.0.9.32	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACIÓN
79.0.9.33	REDUCCIÓN CERRADA O MANIPULACIÓN DE FRACTURA DE SACRO O CÓCCIX
<b>79.1.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>RETIRO O SUSTITUCIÓN DE FÉRULA (97.1.1. - 97.1.4., 97.8.8.), TRACCIÓN COMO ÚNICA REDUCCIÓN DE FRACTURA (93.4.1. - 93.4.6.) Y AQUELLA PARA SEPARACIÓN DE EPÍFISIS (79.4.)</i>
<b>79.1.1.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
79.1.1.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) SOD
<b>79.1.2.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO</b>
79.1.2.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO (EPÍFISIS O DIÁFISIS), PERCUTÁNEA CON PINES
<b>79.1.3.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO</b>
79.1.3.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE CÚBITO O RADIO (COLLES, OTROS) CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON PINES
<b>79.1.4.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE CARIPIANOS Y METACARIPIANOS</b>
79.1.4.01	FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA
79.1.4.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE METACARIPIANOS Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON PINES (UNO O MÁS)
79.1.4.03	REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON PINES (UNO O MÁS)
<b>79.1.5.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR</b>
79.1.5.01	REDUCCIÓN CERRADA CON FIJACIÓN INTERNA DE CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA
79.1.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA
79.1.5.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA
<b>79.1.6.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA</b>
79.1.6.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA SOD
<b>79.1.7.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA</b>
79.1.7.01	REDUCCIÓN CERRADA DE PILÓN CON FIJACIÓN INTERNA Y EXTERNA
79.1.7.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACIÓN INTERNA, VÍA ENDOSCÓPICA
79.1.7.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA, CON FIJACIÓN INTERNA, VÍA ENDOSCÓPICA
79.1.7.40	REVISIÓN ENDOSCÓPICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA
<b>79.1.8.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
79.1.8.01	REDUCCIÓN CERRADA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA FRACTURA ASTRÁGALO O CALCÁNEO
79.1.8.02	REDUCCIÓN CERRADA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA FRACTURAS HUESOS TARSO (EXCEPTO CALCÁNEO O ASTRÁGALO)
<b>79.1.9.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS</b>
79.1.9.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA (PINES) DE FALANGES (UNA O MÁS) DE PIE O DE MANO
79.1.9.20	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HUESOS PELVIANOS
79.1.9.21	REDUCCIÓN CERRADA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA DE FRACTURA DE SACRO O SACROILIACA O COCCIGEA
79.1.9.30	REDUCCIÓN DE FRACTURA, DESCOMPRESIÓN CON INSTRUMENTACIÓN, EN SEGMENTO TORÁCICO O LUMBAR, VÍA ENDOSCÓPICA
<b>79.2.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>RETIRO O SUSTITUCIÓN DE FÉRULA (97.1.1. - 97.1.4., 97.8.8.), TRACCIÓN COMO ÚNICA REDUCCIÓN DE FRACTURA (93.4.1. - 93.4.6.) Y AQUELLA PARA SEPARACIÓN DE EPÍFISIS (79.4.)</i>
<b>79.2.1.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
79.2.1.01	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MÁS COSTILLAS
79.2.1.02	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE ESCÁPULA O CLAVÍCULA
79.2.1.03	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES
<b>79.2.2.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO</b>
79.2.2.00	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO SOD
<b>79.2.3.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO</b>
79.2.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO
79.2.3.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO
<b>79.2.4.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
79.2.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO O METACARPO (UNO O MÁS)
<b>79.2.5.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR</b>
79.2.5.00	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA SOD
<b>79.2.6.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA</b>
79.2.6.00	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE RÓTULA SIN FIJACIÓN INTERNA SOD
<b>79.2.7.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ</b>
79.2.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA, SIN FIJACIÓN INTERNA, DE FRACTURA DE TIBIA O PERONÉ
79.2.7.02	REDUCCIÓN ABIERTA, SIN FIJACIÓN INTERNA, DE FRACTURA DE PILÓN Y MALÉOLO LATERAL
79.2.7.03	REDUCCIÓN ABIERTA, SIN FIJACIÓN INTERNA, DE FRACTURA DE PILÓN Y MALÉOLO INTERNO
79.2.7.10	REDUCCIÓN ABIERTA, SIN FIJACIÓN INTERNA, DE FRACTURA

4/3



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	BIMALEOLAR
<b>79.2.8.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS O METATARSIANOS</b>
79.2.8.01	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)
<b>79.2.9.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS</b>
79.2.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE MANO
79.2.9.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE
79.2.9.20	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HUESOS PELVIANOS
79.2.9.31	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE COLUMNA CERVICAL VÍA ANTERIOR
79.2.9.32	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE COLUMNA CERVICAL VÍA POSTERIOR
79.2.9.35	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR VÍA ANTERIOR
79.2.9.36	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR VÍA POSTERIOR
79.2.9.41	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE SACRO VÍA ANTERIOR
79.2.9.42	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE SACRO VÍA POSTERIOR
<b>79.3.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>RETIRO O SUSTITUCIÓN DE FÉRULA (97.1.1. - 97.1.4., 97.8.8.), TRACCIÓN COMO ÚNICA REDUCCIÓN DE FRACTURA (93.4.1. - 93.4.6.) Y AQUELLA PARA SEPARACIÓN DE EPÍFISIS (79.4.)</i>
<b>79.3.1.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)</b>
79.3.1.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) DE CLAVÍCULA
79.3.1.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA
79.3.1.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE COSTILLA O ESTERNÓN
<b>79.3.2.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN HÚMERO</b>
79.3.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.2.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.2.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.2.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.2.06	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)

11 ABR 2017

Continuación de la resolución 'Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015'

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
79.3.2.10	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
<b>79.3.3.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO O CÚBITO</b>
79.3.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.3.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CÚBITO O DE OLÉCRANON CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.3.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CÚBITO O RADIO (COLLES, OTROS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.3.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CÚPULA RADIAL) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.3.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.3.06	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.3.07	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
<b>79.3.4.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
79.3.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.4.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
<b>79.3.5.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FÉMUR</b>
79.3.5.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.5.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
<b>79.3.6.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RÓTULA</b>
79.3.6.00	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN RÓTULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) SOD
<b>79.3.7.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TIBIA Y PERONÉ</b>
79.3.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.7.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.7.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PLATILLOS TIBIALES Y EXTENSIÓN DISFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) SIN INJERTO
79.3.7.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PLATILLOS TIBIALES O PLAFÓN CON FIJACIÓN INTERNA E INJERTO
79.3.7.06	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PILÓN CON FIJACIÓN INTERNA Y EXTERNA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>79.3.8.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
79.3.8.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.8.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.8.03	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA DE TARSO Y METATARSO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.8.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CALCÁNEO CON FIJACIÓN INTERNA Y ARTRODESIS SUBASTRAGALINA
<b>79.3.9.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>REDUCCIÓN ABIERTA, CON FIJACIÓN O INSTRUMENTACIÓN DE LUXO FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL</i>
79.3.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA
79.3.9.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA
79.3.9.10	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DEL ILÍACO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.9.11	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PÚBIS CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.9.12	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SÍNFISIS PÚBICA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.9.20	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.9.21	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.3.9.30	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.31	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.32	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.33	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.35	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.36	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.37	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.38	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.40	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.41	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.42	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
79.3.9.43	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.44	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.45	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.46	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.47	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.50	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.51	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.52	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
79.3.9.53	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
79.3.9.60	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) CON INSTRUMENTACIÓN POR ENDOSCOPIA
<b>79.4.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA</b>
<b>79.4.1.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO</b>
79.4.1.01	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO SIN FIJACIÓN
79.4.1.02	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO CON FIJACIÓN
<b>79.4.2.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO</b>
79.4.2.01	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO SIN FIJACIÓN
79.4.2.02	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN
79.4.2.03	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN
79.4.2.04	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN
<b>79.4.5.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR</b>
79.4.5.01	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR SIN FIJACIÓN
79.4.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR CON FIJACIÓN
<b>79.4.6.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ</b>
79.4.6.01	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN
79.4.6.02	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN
79.4.6.03	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN
79.4.6.04	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN
<b>79.5.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA</b>
<b>79.5.1.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO</b>
79.5.1.01	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA

D

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	DE HÚMERO
79.5.1.02	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE HÚMERO
<b>79.5.2.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO</b>
79.5.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO SIN FIJACIÓN
79.5.2.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN
79.5.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN
79.5.2.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN
<b>79.5.5.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR</b>
79.5.5.01	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR
79.5.5.02	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR
<b>79.5.6.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ</b>
79.5.6.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN
79.5.6.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN
79.5.6.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN
79.5.6.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN
<b>79.6.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ARTICULACIÓN Y DE LUXOFRACTURA (80.8.)</i>
<b>79.6.1.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO</b>
79.6.1.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO SOD
<b>79.6.2.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RADIO O CÚBITO</b>
79.6.2.01	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CÚBITO O RADIO
<b>79.6.3.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS</b>
79.6.3.01	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)
<b>79.6.4.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FALANGES EN MANO</b>
79.6.4.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD
<b>79.6.5.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR</b>
79.6.5.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR SOD
<b>79.6.6.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ</b>
79.6.6.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ SOD
<b>79.6.7.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS</b>
79.6.7.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD
<b>79.6.8.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE</b>

4/3

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
79.6.8.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD
<b>79.6.9.</b>	<b>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
79.6.9.02	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE RÓTULA
79.6.9.03	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS
79.6.9.05	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA
<b>79.7.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIONES</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR (76.8.3.) Y LUXOFRACTURAS O FRACTURAS INTRAARTICULARES (79.9.)</i>
<b>79.7.1.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO</b>
79.7.1.00	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD
<b>79.7.2.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO</b>
79.7.2.00	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO SOD
<b>79.7.3.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA</b>
79.7.3.00	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA SOD
<b>79.7.4.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MANO Y DEDOS</b>
79.7.4.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN CARPIANA
79.7.4.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA
79.7.4.03	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)
79.7.4.04	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)
<b>79.7.5.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O DE LUXACIÓN DE CADERA</b>
79.7.5.01	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)
79.7.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA
79.7.5.03	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA CON TENOTOMÍA DE ADUCTORES O PSOAS
<b>79.7.6.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN RODILLA</b>
79.7.6.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA
79.7.6.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TIBIOPERONERA PROXIMAL
79.7.6.03	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA
<b>79.7.7.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN TOBILLO</b>
79.7.7.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)
<b>79.7.8.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN PIE Y DEDOS</b>
79.7.8.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS
79.7.8.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA
79.7.8.03	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIONES METATARSO-FALÁNGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE
<b>79.7.9.</b>	<b>REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS</b>
79.7.9.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR
79.7.9.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE SACRO Y CÓCCIX
<b>79.8.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR (76.8.4.) Y DE LUXOFRACTURAS O FRACTURAS INTRAARTICULARES (79.9.)</i>
<b>79.8.1.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE HOMBRO</b>

57

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
79.8.1.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN ACROMIO CLAVICULAR CON O SIN DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS)
79.8.1.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE LA LUXACIÓN GLENOHUMERAL
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR LUXACIÓN RECIDIVANTE UNI O MULTIDIRECCIONAL</i>
79.8.1.05	CAPSULORRAFIA POR ARTROSCOPIA
79.8.1.06	FIJACIÓN DE ESCÁPULA A COSTILLAS [ESCAPULOPEXIA] (TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGENITA DE ESCAPULA ALADA)
<b>79.8.2.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CODO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR LUXACIÓN CONGÉNITA O ADQUIRIDA, AGUDA O RECIDIVANTE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
79.8.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE LA CABEZA RADIAL
<b>79.8.3.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MUÑECA</b>
79.8.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN RADIOCUBITAL
<b>79.8.4.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MANO Y DEDOS</b>
79.8.4.11	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPIANA
79.8.4.21	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPO-METACARPIANA
79.8.4.31	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)
<b>79.8.5.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CADERA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TENOTOMÍAS Y TRACCIÓN ESQUELÉTICA</i>
79.8.5.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA
79.8.5.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA
<b>79.8.6.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LUXACIÓN CONGÉNITA O ADQUIRIDA</i>
79.8.6.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE LA RODILLA
79.8.6.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RÓTULA
<b>79.8.7.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN EN TOBILLO</b>
79.8.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)
<b>79.8.8.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDOS</b>
79.8.8.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS (UNO O MÁS) CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN
<b>79.8.9.</b>	<b>REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS</b>
79.8.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN CERVICAL
<b>79.9.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS</b>
<b>79.9.1.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO</b>
79.9.1.00	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO SOD
<b>79.9.2.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CODO</b>
79.9.2.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]
79.9.2.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE CODO
79.9.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.9.2.04	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
<b>79.9.3.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MUÑECA</b>
79.9.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN DE LUXOFRACTURA DE BENNET
79.9.3.02	REDUCCIÓN CERRADA Y FIJACIÓN DE LUXOFRACTURA DE BENNET

60

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>79.9.4.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MANOS Y DEDOS</b>
79.9.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO (UNA O MÁS ARTICULACIONES)
<b>79.9.5.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CADERA</b>
79.9.5.00	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CADERA SOD
<b>79.9.6.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA</b>
79.9.6.01	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMÍA
79.9.6.02	REDUCCIÓN DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACIÓN INTERNA POR ARTROSCOPIA
<b>79.9.7.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN TOBILLO</b>
79.9.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)
79.9.7.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO
79.9.7.03	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO
79.9.7.04	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO
79.9.7.10	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA
<b>79.9.8.</b>	<b>REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN PIE Y DEDOS DE PIE</b>
79.9.8.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA SIN FIJACIÓN DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)
79.9.8.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)
<b>80.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN ESTRUCTURAS DE ARTICULACIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS SOBRE CÁPSULA, CARTÍLAGO, LIGAMENTO, MEMBRANA SINOVIAL Y MENISCO</i>
<b>Excluye:</b>	<i>ESCISIÓN DE EXTREMOS DE HUESOS Y CONDILECTOMÍA O ESCISIÓN PARCIAL DE HUESO (77.8.0. - 77.8.9.); ESCISIÓN QUISTE DE BAKER (83.3.9.)</i>
<b>80.0.</b>	<b>INCISIÓN Y ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS DE ARTICULACIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS, MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA, DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN, OSTEOSÍNTESIS, INSTRUMENTACIÓN, O ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO IMPLANTADOS EN ARTICULACIÓN</i>
<b>80.0.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA</b>
80.0.1.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA
80.0.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA
<b>80.0.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CODO POR ARTROTOMÍA</b>
80.0.2.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMÍA
80.0.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMÍA
<b>80.0.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA</b>



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
80.0.3.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA
80.0.3.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA
<b>80.0.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA</b>
80.0.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA
80.0.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACIÓN DE MANO POR ARTROTOMÍA
<b>80.0.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CADERA POR ARTROTOMÍA</b>
80.0.5.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMÍA
80.0.5.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMÍA
<b>80.0.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA</b>
80.0.6.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA
80.0.6.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMÍA
<b>80.0.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA</b>
80.0.7.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA
80.0.7.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA
<b>80.0.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA</b>
80.0.8.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA
80.0.8.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMÍA
<b>80.1.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA PARA ACCESO OPERATORIO (OMITIR CÓDIGO), ARTROGRAFIA (87.3.2.), ARTROSCOPIA (80.2.), INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE MEDICAMENTO (81.9.2.)</i>
<b>80.1.1.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA DE HOMBRO</b>
80.1.1.01	ARTROTOMÍA DE HOMBRO CON EXPLORACIÓN DE ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR
<b>80.1.2.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA DE CODO</b>
80.1.2.00	ARTROTOMÍA DE CODO SOD
<b>80.1.3.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA DE MUÑECA</b>
80.1.3.00	ARTROTOMÍA DE MUÑECA SOD
<b>80.1.4.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA DE MANO Y DEDO</b>
80.1.4.00	ARTROTOMÍA EN MANO SOD
<b>80.1.5.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA DE PELVIS</b>
80.1.5.00	ARTROTOMÍA DE PELVIS SOD
<b>80.1.6.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA DE RODILLA</b>
80.1.6.00	ARTROTOMÍA DE RODILLA SOD
<b>80.1.7.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA DE TOBILLO</b>
80.1.7.00	ARTROTOMÍA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE SOD
<b>80.1.8.</b>	<b>OTRA ARTROTOMÍA EN PIE Y ARTEJOS</b>
80.1.8.00	ARTROTOMÍA EN PIE SOD
<b>80.2.</b>	<b>ARTROSCOPIA</b>

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	DIAGNÓSTICA CON TOMA DE BIOPSIA
<b>Excluye:</b>	AQUELLA COMO VÍA DE ACCESO OPERATORIO ESPECÍFICA O CODIFICADA EN OTRA PARTE (OMITIR CÓDIGO)
<b>80.2.1.</b>	<b>ARTROSCOPIA DE HOMBRO</b>
80.2.1.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE HOMBRO
<b>80.2.2.</b>	<b>ARTROSCOPIA DE CODO</b>
80.2.2.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE CODO
<b>80.2.3.</b>	<b>ARTROSCOPIA DE MUÑECA</b>
80.2.3.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE MUÑECA
<b>80.2.4.</b>	<b>ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO</b>
80.2.4.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE FALANGES (UNA O MÁS) DE MANO
<b>80.2.5.</b>	<b>ARTROSCOPIA DE PELVIS</b>
80.2.5.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE PELVIS
<b>80.2.6.</b>	<b>ARTROSCOPIA DE RODILLA</b>
80.2.6.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA
<b>80.2.7.</b>	<b>ARTROSCOPIA DE TOBILLO</b>
80.2.7.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE TOBILLO
<b>80.2.8.</b>	<b>ARTROSCOPIA EN PIE Y ARTEJOS</b>
80.2.8.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN PIE O ARTEJOS (UNO O MÁS)
<b>80.3.</b>	<b>BIOPSIA DE ESTRUCTURAS ARTICULARES</b>
<b>80.3.1.</b>	<b>BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO</b>
80.3.1.01	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VÍA ABIERTA
<b>80.3.2.</b>	<b>BIOPSIA ARTICULAR DE CODO</b>
80.3.2.01	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VÍA ABIERTA
<b>80.3.3.</b>	<b>BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA</b>
80.3.3.01	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VÍA ABIERTA
<b>80.3.4.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA ARTICULAR EN MANO Y DEDO</b>
80.3.4.01	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VÍA ABIERTA
<b>80.3.5.</b>	<b>BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA</b>
80.3.5.01	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VÍA ABIERTA
<b>80.3.6.</b>	<b>BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA</b>
80.3.6.01	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VÍA ABIERTA
<b>80.3.7.</b>	<b>BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO</b>
80.3.7.01	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VÍA ABIERTA
<b>80.3.8.</b>	<b>BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS</b>
80.3.8.01	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VÍA ABIERTA
<b>80.4.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR</b>
<b>Excluye:</b>	AQUELLA POR SINDROME DE TÚNEL CARPIANO O METATARSIANO (04.4.3. - 04.4.4.)
<b>80.4.0.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO</b>
80.4.0.01	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR
80.4.0.02	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTERESPINOSO O INTERFACETARIO O INTERLAMINAR
<b>80.4.1.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR CAPSULITIS ADHESIVA, OSTEOCONDRIITIS DISECANTE ENTRE OTRAS CAUSAS
80.4.1.01	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA
<b>80.4.2.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO</b>

JP

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
80.4.2.00	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO SOD
<b>80.4.3.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MUÑECA Y MANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR OSTEOCONDritis ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
80.4.3.01	CAPSULOTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)
80.4.3.02	CAPSULOTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)
80.4.3.03	DESBRIDAMIENTO DE FIBROARTÍLAGO TRIANGULAR O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA
80.4.3.04	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA
80.4.3.10	LIBERACIÓN DE BANDAS CONSTRICTIVAS
<b>80.4.4.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MANO Y DEDO</b>
80.4.4.01	CAPSULODESIS EN MANO
<b>80.4.5.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA</b>
80.4.5.00	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA SOD
<b>80.4.6.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA</b>
80.4.6.00	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA SOD
<b>80.4.7.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO</b>
80.4.7.01	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA
<b>80.4.8.</b>	<b>DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS</b>
80.4.8.02	CORRECCIÓN DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]
80.4.8.03	LIBERACIÓN DE PIE TALO [GOLDNER]
<b>80.5.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CON O SIN MICROSCOPIO O MICRODISCECTOMÍA Y AQUELLA PARA DESCOMPRESIÓN DE CANAL CERVICAL, PARA DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS ESPINALES AL MISMO NIVEL Y LA DESCRITA COMO EXTRACCIÓN DE NÚCLEO PULPOSO HERNIADO</i>
<b>80.5.1.</b>	<b>DISCECTOMÍA O ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE DISCO INTERVERTEBRAL</b>
80.5.1.01	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR
80.5.1.02	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR
80.5.1.03	DISCECTOMÍA O MICRODISCECTOMÍA ENDOSCÓPICA O TRANSARTROSCÓPICA CERVICAL
80.5.1.05	DISCECTOMÍA CERVICAL, VÍA ANTERIOR CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO [CLOWARD, SMITH ROBINSON, SIMMONS]
80.5.1.10	ABLACIÓN O NUCLEOTOMÍA CERVICAL (EN DESCOMPRESIÓN) VÍA PERCUTÁNEA
80.5.1.21	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA ANTERIOR
80.5.1.22	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA POSTERIOR
80.5.1.23	ABLACIÓN O NUCLEOTOMÍA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN) VÍA PERCUTÁNEA
80.5.1.25	DISCECTOMÍA ENDOSCÓPICA O TRANSARTROSCÓPICA TORÁCICA
80.5.1.31	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR
80.5.1.32	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
80.5.1.33	ABLACIÓN O NUCLEOTOMÍA LUMBAR (EN DESCOMPRESIÓN) VÍA PERCUTÁNEA
80.5.1.34	DISCECTOMÍA LUMBAR, VÍA POSTEROLATERAL CON O SIN FACECTOMIA (EN DESCOMPRESIÓN)
80.5.1.35	DISCECTOMÍA ENDOSCÓPICA O TRANSARTROSCÓPICA LUMBAR
<b>80.5.2.</b>	<b>QUIMIONUCLEOLISIS O DISCÓLISIS INTERVERTEBRAL</b>
80.5.2.00	QUIMIONUCLEOLISIS O DISCÓLISIS INTERVERTEBRAL SOD
<b>80.5.9.</b>	<b>OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON BISTURÍ O ELECTROBISTURÍ CON O SIN MICROSCOPIO (80.5.1.)</i>
80.5.9.01	ABLACIÓN DE DISCO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL
80.5.9.02	ABLACIÓN DE FORAMEN VERTEBRAL
<b>80.6.</b>	<b>ESCISIÓN DE CARTÍLAGO SEMILUNAR DE RODILLA</b>
<b>80.6.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE MENISCOS DE RODILLA</b>
80.6.1.01	MENISCECTOMÍA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA
80.6.1.02	MENISCECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA
80.6.1.03	MENISCECTOMÍA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA
80.6.1.04	MENISCECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA
<b>80.7.</b>	<b>SINOVECTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESCISIÓN DE QUISTE DE BAKER (83.3.9.)</i>
<b>80.7.0.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE SITIO INESPECIFICADO</b>
80.7.0.01	RESECCIÓN COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL
<b>80.7.1.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE HOMBRO</b>
80.7.1.01	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL VÍA ABIERTA
80.7.1.02	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL VÍA ABIERTA
80.7.1.03	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA
80.7.1.04	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA
<b>80.7.2.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE CODO</b>
80.7.2.01	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL VÍA ABIERTA
80.7.2.02	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL VÍA ABIERTA
80.7.2.03	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA
80.7.2.04	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA
<b>80.7.3.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE MUÑECA</b>
80.7.3.01	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA PARCIAL VÍA ABIERTA
80.7.3.02	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL VÍA ABIERTA
80.7.3.03	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA
80.7.3.04	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA
<b>80.7.4.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO</b>
80.7.4.01	SINOVECTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA
80.7.4.02	SINOVECTOMÍA EN CARPO VÍA ABIERTA
80.7.4.03	SINOVECTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA
80.7.4.04	SINOVECTOMÍA DE FALANGES (UNA O MÁS) POR ARTROSCOPIA
<b>80.7.5.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE CADERA</b>
80.7.5.01	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA, VÍA ABIERTA
80.7.5.02	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA, VÍA ABIERTA
80.7.5.03	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA, POR ARTROSCOPIA
80.7.5.04	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA, POR ARTROSCOPIA
<b>80.7.6.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE RODILLA</b>
80.7.6.01	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL VÍA ABIERTA
80.7.6.02	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL VÍA ABIERTA
80.7.6.03	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
80.7.6.04	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA
<b>80.7.7.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE TOBILLO</b>
80.7.7.01	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO PARCIAL VÍA ABIERTA
80.7.7.02	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO TOTAL VÍA ABIERTA
80.7.7.03	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO PARCIAL POR ARTROSCOPIA
80.7.7.04	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO TOTAL POR ARTROSCOPIA
<b>80.7.8.</b>	<b>SINOVECTOMÍA DE PIE Y ARTEJOS</b>
80.7.8.00	SINOVECTOMÍA DE PIE O ARTEJOS SOD
<b>80.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIÓN</b>
<b>80.8.0.</b>	<b>DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN</b>
80.8.0.11	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO VÍA ABIERTA
80.8.0.12	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA
80.8.0.21	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO VÍA ABIERTA
80.8.0.22	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO POR ARTROSCOPIA
80.8.0.31	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA O PUÑO VÍA ABIERTA
80.8.0.32	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA
80.8.0.41	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN EN MANO O DEDOS VÍA ABIERTA
80.8.0.42	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN EN MANO O DEDOS POR ARTROSCOPIA
80.8.0.51	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CADERA VÍA ABIERTA
80.8.0.52	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA
80.8.0.61	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VÍA ABIERTA
80.8.0.62	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA
80.8.0.71	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VÍA ABIERTA
80.8.0.72	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA
80.8.0.81	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE PIE O ARTEJOS VÍA ABIERTA
<b>80.8.1.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE HOMBRO</b>
80.8.1.11	RESECCIÓN DE HIGROMA DE HOMBRO VÍA ABIERTA
80.8.1.12	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA
80.8.1.14	REMOCIÓN DE EXOSTOSIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA
<b>80.8.2.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CODO</b>
80.8.2.01	RESECCIÓN DE HIGROMA DE CODO
80.8.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CODO POR ARTROSCOPIA
80.8.2.04	REMOCIÓN DE Plicas DE CODO POR ARTROSCOPIA
<b>80.8.3.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MUÑECA</b>
80.8.3.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA
<b>80.8.4.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MANO Y DEDO</b>
80.8.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE FALANGES (UNA O MÁS) POR ARTROSCOPIA
<b>80.8.5.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CADERA</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
80.8.5.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CADERA POR ARTROSCOPIA
<b>80.8.6.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE RODILLA</b>
80.8.6.01	RESECCIÓN DE HIGROMA DE RODILLA VÍA ABIERTA
80.8.6.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE RODILLA POR ARTROSCOPIA
80.8.6.04	RESECCIÓN DE Plicas DE RODILLA POR ARTROSCOPIA
<b>80.8.7.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE TOBILLO</b>
80.8.7.01	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDAL EN TOBILLO POR ARTROSCOPIA
80.8.7.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA
<b>80.8.8.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS</b>
80.8.8.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE PIE O ARTEJOS (UNO O MÁS) POR ARTROSCOPIA
<b>81.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN Y PLASTIAS EN ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACIÓN</b>
<b>81.0.</b>	<b>ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON INJERTO ÓSEO O FIJACIÓN INTERNA</i>
<b>81.0.1.</b>	<b>ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL ATLAS-AXIS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LA INSTRUMENTACIÓN MODULAR INCLUYE PLACAS, TORNILLOS, GANCHOS, BARRAS O FIJACIÓN TRANSPEDICULAR</i>
81.0.1.01	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.1.02	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL CON INSTRUMENTACIÓN
81.0.1.03	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.1.06	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.1.07	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN
81.0.1.08	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.1.09	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.1.10	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
81.0.1.11	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.1.12	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
81.0.1.13	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.1.14	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
<b>81.0.2.</b>	<b>OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA ANTERIOR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>FUSIÓN DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, CON INJERTO ÓSEO O FIJACIÓN INTERNA</i>
81.0.2.03	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.2.04	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
81.0.2.05	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON

21/0

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.2.06	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
<b>81.0.3.</b>	<b>OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA POSTERIOR</b>
81.0.3.01	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.3.02	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.3.03	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
81.0.3.04	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.3.05	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
81.0.3.06	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.3.07	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
<b>81.0.4.</b>	<b>ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR</b>
81.0.4.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.4.03	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN
81.0.4.04	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN
<b>81.0.5.</b>	<b>ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR</b>
81.0.5.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.5.04	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.5.05	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.5.06	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
81.0.5.07	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
<b>81.0.6.</b>	<b>ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR</b>
81.0.6.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.6.03	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) CON INSTRUMENTACIÓN

2

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
81.0.6.04	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) CON INSTRUMENTACIÓN
81.0.6.11	FUSIÓN INTERCORPORAL ANTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.6.12	FUSIÓN INTERCORPORAL ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN
<b>81.0.7.</b>	<b>ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL-TRANSVERSA</b>
81.0.7.01	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL INTERTRANSVERSA SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.7.03	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR O LUMBOSACRA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA LATERAL INTERTRANSVERSA CON INSTRUMENTACIÓN
81.0.7.04	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR O LUMBOSACRA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA LATERAL INTERTRANSVERSA CON INSTRUMENTACIÓN
<b>81.0.8.</b>	<b>ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR</b>
81.0.8.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.8.04	ARTRODESIS DE LA REGIÓN SACRA O SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
81.0.8.07	ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN TRANSLAMINAR
81.0.8.11	ARTRODESIS POSTEROLATERAL INTERCORPORAL DE COLUMNA VERTEBRAL SIN INSTRUMENTACIÓN
81.0.8.12	ARTRODESIS POSTERIOR O POSTEROLATERAL INTERCORPORAL ILIOLUMBAR CON INSTRUMENTACIÓN
81.0.8.13	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA INTERCORPORAL TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.8.14	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA INTERCORPORAL TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE
81.0.8.15	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA INTERCORPORAL TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
81.0.8.16	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA INTERCORPORAL TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR
<b>81.0.9.</b>	<b>REFUSIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA EN CORRECCIÓN DE PSEUDOARTROSIS EN SEGMENTOS DE COLUMNA VERTEBRAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
81.0.9.11	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA, VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INJERTO
81.0.9.12	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA, VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN
81.0.9.13	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO
81.0.9.14	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, INJERTO E INSTRUMENTACIÓN
81.0.9.21	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBAR, VÍA ANTERIOR, CON INJERTO
81.0.9.22	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBAR, VÍA ANTERIOR, CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN
81.0.9.23	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBAR, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO
81.0.9.24	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBAR, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
81.0.9.31	REFUSIÓN DE COLUMNA SACRA, VÍA ANTERIOR, CON INJERTO
81.0.9.32	REFUSIÓN DE COLUMNA SACRA, VÍA ANTERIOR, CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN
81.0.9.33	REFUSIÓN DE COLUMNA SACRA, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO
81.0.9.34	REFUSIÓN DE COLUMNA SACRA, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN
<b>81.1.</b>	<b>ARTRODESIS DE PIE Y TOBILLO</b>
<b>81.1.1.</b>	<b>ARTRODESIS DE TOBILLO</b>
81.1.1.01	FUSIÓN TIBIO-TALAR O TIBIOASTRAGALINA VÍA ABIERTA
81.1.1.02	ARTRODESIS TIBIO-TALAR POR ARTROSCOPIA
<b>81.1.2.</b>	<b>ARTRODESIS TRIPLE</b>
81.1.2.01	ARTRODESIS DE TALO A CALCÁNEO Y CALCÁNEO A CUBOIDES Y ESCAFOIDES
<b>81.1.3.</b>	<b>ARTRODESIS SUBASTRAGALINA O SUBTALAR</b>
81.1.3.00	ARTRODESIS SUBASTRAGALINA O SUBTALAR SOD
<b>81.1.4.</b>	<b>ARTRODESIS MEDIOTARSAL</b>
81.1.4.00	ARTRODESIS MEDIOTARSAL SOD
<b>81.1.5.</b>	<b>ARTRODESIS TARSOMETATARSAL</b>
81.1.5.00	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (UNA O MÁS) SOD
<b>81.1.6.</b>	<b>ARTRODESIS METATARSOFALANGICA</b>
81.1.6.00	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (UNA O MÁS) SOD
<b>81.1.7.</b>	<b>OTRA ARTRODESIS DE PIE</b>
81.1.7.01	PANARTRODESIS DEL PIE
81.1.7.02	ARTRODESIS DE ARTEJO (UNO O MÁS)
<b>81.2.</b>	<b>ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN</b>
<b>81.2.0.</b>	<b>ARTRODESIS DE ARTICULACIONES</b>
81.2.0.01	ARTRODESIS DE ARTICULACIÓN
<b>81.2.1.</b>	<b>ARTRODESIS DE CADERA</b>
81.2.1.00	ARTRODESIS DE CADERA SOD
<b>81.2.2.</b>	<b>ARTRODESIS DE RODILLA</b>
81.2.2.00	ARTRODESIS DE RODILLA SOD
<b>81.2.3.</b>	<b>ARTRODESIS DE HOMBRO</b>
81.2.3.01	ARTRODESIS DE HOMBRO VÍA ABIERTA
81.2.3.02	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA
<b>81.2.4.</b>	<b>ARTRODESIS EN CODO</b>
81.2.4.01	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL
81.2.4.02	ARTRODESIS DE CODO
<b>81.2.5.</b>	<b>ARTRODESIS CARPORADIAL</b>
81.2.5.01	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO
81.2.5.02	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO ÓSEO
<b>81.2.6.</b>	<b>ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA</b>
81.2.6.01	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO
81.2.6.02	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA
<b>81.2.7.</b>	<b>ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA</b>
81.2.7.00	ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA SOD
<b>81.2.8.</b>	<b>ARTRODESIS INTERFALANGEAL EN MANO</b>
81.2.8.01	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MÁS)
81.2.8.02	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MÁS)
<b>81.2.9.</b>	<b>ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN ESPECÍFICA</b>
81.2.9.01	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
81.2.9.02	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO ÓSEO
81.2.9.03	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA
81.2.9.04	ARTRODESIS RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO) CON INJERTO ÓSEO
81.2.9.05	ARTRODESIS RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO) SIN INJERTO ÓSEO
81.2.9.07	ARTRODESIS SACROILÍACA
<b>81.3.</b>	<b>ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS</b>
<b>81.3.1.</b>	<b>ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>
81.3.1.00	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON O SIN PRÓTESIS SOD
<b>81.3.2.</b>	<b>OTRA ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS</b>
81.3.2.40	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL TARSO
81.3.2.50	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL METATARSO
<b>81.4.</b>	<b>ARTROPLASTIA DE CADERA, RODILLA Y TOBILLO</b>
<b>81.4.1.</b>	<b>ARTROPLASTIA DE CADERA</b>
81.4.1.01	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN DE CADERA
81.4.1.02	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN DE CADERA POR ARTROSCOPIA
<b>81.4.2.</b>	<b>ARTROPLASTIAS O REPARACIONES EN RODILLA</b>
81.4.2.10	REPARACIÓN DE RODILLA CINCO EN UNO: MENISCOPLASTIA, REPARACIÓN DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, AVANZAMIENTO DE VASTUS MEDIAL O INTERNO, AVANZAMIENTO SEMITENDINOSO Y TRANSPOSICIÓN DE (PATA DE GANSO O PES ANSERINUS)
81.4.2.20	REPARACIÓN TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIA CON REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL
<b>81.4.4.</b>	<b>ESTABILIZACIÓN PATELAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE RÓTULA LUXABLE [CIRUGÍA DE ROUX-GOLDTHWAIT] POR LUXACIÓN RECURRENTE DE RÓTULA</i>
81.4.4.10	REALINEAMIENTO DISTAL DE RÓTULA CON CIRUGÍA DE TEJIDOS BLANDOS
81.4.4.20	REALINEAMIENTO DISTAL DE RÓTULA CON OSTEOTOMÍA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR
<b>81.4.5.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS</b>
81.4.5.01	REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO
81.4.5.02	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA
81.4.5.03	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA
81.4.5.04	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA
81.4.5.05	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA
<b>81.4.6.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS COLATERALES</b>
81.4.6.01	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CÁPSULAR
81.4.6.02	RECONSTRUCCIÓN O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL
<b>81.4.7.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE RODILLA</b>
81.4.7.03	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACIÓN DE LA RÓTULA)
81.4.7.04	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN MÁS OSTEOTOMÍA TIBIAL POR ARTROSCOPIA
81.4.7.05	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL, MÁS OSTEOTOMÍA DE REALINEACIÓN, MÁS PLICATURA DE RETINÁCULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA
81.4.7.06	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL POR ARTROSCOPIA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
81.4.7.07	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL MÁS REALINEACIÓN DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA
81.4.7.08	FIJACIÓN DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR OSTEOCONDritis DISECANTE</i>
81.4.7.09	FIJACIÓN E INJERTO ÓSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA
81.4.7.11	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA
81.4.7.12	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA
81.4.7.21	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA
81.4.7.22	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA
81.4.7.23	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA
81.4.7.24	REMODELACIÓN DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA
81.4.7.25	CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA
81.4.7.26	REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA
81.4.7.27	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO
<b>81.4.9.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO</b>
81.4.9.01	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO
81.4.9.02	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO
81.4.9.04	REPARACIÓN DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR ARTROSCOPIA
81.4.9.05	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDral, PERFORACIONES O CURETAJE DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA
81.4.9.06	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDral CON FIJACIÓN EN TOBILLO POR ARTROSCOPIA
<b>81.5.</b>	<b>REEMPLAZO ARTICULAR EN EXTREMIDADES INFERIORES</b>
<b>81.5.1.</b>	<b>REEMPLAZO TOTAL DE CADERA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RECONSTRUCCIÓN TOTAL DE CADERA Y SUSTITUCIÓN, TANTO DE CABEZA DE FÉMUR COMO DE ACETÁBULO CON PRÓTESIS; AQUELLA POR CAUSA CONGENITA O ADQUIRIDA</i>
81.5.1.01	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO DE CADERA
81.5.1.02	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL CON ARTRODESIS DE CADERA
<b>81.5.2.</b>	<b>REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ENDOPRÓTESIS BIPOLAR</i>
81.5.2.00	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA SOD
<b>81.5.3.</b>	<b>REVISIÓN DE REEMPLAZO DE CADERA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PARCIAL O TOTAL</i>
81.5.3.01	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE CADERA
81.5.3.02	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CADERA
<b>81.5.4.</b>	<b>REEMPLAZO DE RODILLA</b>
81.5.4.01	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL
81.5.4.02	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA TRICOMPARTIMENTAL
81.5.4.03	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (HEMIARTICULACIÓN)
81.5.4.11	REEMPLAZO PROTÉSICO PRIMARIO PARCIAL DE RODILLA
<b>81.5.5.</b>	<b>REVISIÓN DE REEMPLAZO DE RODILLA</b>
81.5.5.01	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO EN RODILLA, UN SOLO COMPONENTE
81.5.5.02	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL EN RODILLA
<b>81.5.6.</b>	<b>REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO</b>
81.5.6.00	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO SOD
<b>81.5.7.</b>	<b>REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
81.5.7.00	REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS SOD
<b>81.5.8.</b>	<b>REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR TOBILLO</b>
81.5.8.10	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO
<b>81.7.</b>	<b>ARTROPLASTIA Y REPARACIONES DE MUÑECA, MANO Y DEDOS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>OPERACIONES EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE LA MANO (82.0. - 82.9.)</i>
<b>81.7.1.</b>	<b>ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS CON IMPLANTE O PRÓTESIS SINTÉTICA</b>
81.7.1.01	REEMPLAZO PROTÉSICO EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)
81.7.1.02	REEMPLAZO PROTÉSICO DE LA ARTICULACIÓN TRAPECIO-METACARPIANA
<b>81.7.2.</b>	<b>ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS SIN PRÓTESIS SINTÉTICA O IMPLANTE</b>
81.7.2.01	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN MUÑECA
81.7.2.02	ARTROPLASTIA RESECCIÓN TRAPECIO-METACARPIANA
81.7.2.03	ARTROPLASTIA METACARPO-FALÁNGICA (UNA O MÁS)
81.7.2.05	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS (UNA O MÁS)
81.7.2.07	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN DE FALANGES POR ARTROSCOPIA
81.7.2.08	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)
<b>81.7.3.</b>	<b>REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE MUÑECA</b>
81.7.3.01	REEMPLAZO PROTÉSICO DE LA MUÑECA
81.7.3.02	REVISIÓN DE REEMPLAZO TOTAL DE MUÑECA
<b>81.7.9.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE MANO, MUÑECA Y DEDOS</b>
81.7.9.01	ARTROPLASTIAS INTERFALÁNGICAS (POR CADA DEDO)
<b>81.8.</b>	<b>ARTROPLASTIA Y REPARACIÓN DE HOMBRO Y CODO</b>
<b>81.8.0.</b>	<b>REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO</b>
81.8.0.10	REEMPLAZO PROTÉSICO PRIMARIO TOTAL DE HOMBRO
81.8.0.20	REEMPLAZO PROTÉSICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO
<b>81.8.1.</b>	<b>REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO</b>
81.8.1.00	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO SOD
<b>81.8.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO</b>
81.8.2.00	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO SOD
<b>81.8.3.</b>	<b>OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO</b>
81.8.3.01	ACROMIOPLASTIA VÍA ABIERTA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR EXTRACCIÓN DE CALCIFICACIONES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
81.8.3.02	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR EXTRACCIÓN DE CALCIFICACIONES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
81.8.3.05	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR
81.8.3.06	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN HOMBRO
81.8.3.07	REPARACIÓN DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON CURETAJE DE CARTILAGO, RESECCIÓN DE LABRUM ROTO O POR OSTEOCONDITRIS DEL CÓNDILO</i>
<b>81.8.4.</b>	<b>REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO</b>
81.8.4.00	REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO SOD
<b>81.8.5.</b>	<b>REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO</b>
81.8.5.00	REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO SOD
<b>81.8.6.</b>	<b>OTRAS REPARACIONES DEL CODO</b>
81.8.6.01	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN DEL CODO
81.8.6.02	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO
81.8.6.03	LIBERACIÓN ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA

90

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
81.8.6.04	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO
81.8.6.06	CONDROPLASTIA DEL CODO, VÍA ARTROSCOPICA
<b>81.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIONES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>REVISIÓN DE ARTROPLASTIA O SUSTITUCIÓN PARCIAL O TOTAL; PROCEDIMIENTOS NO DESCRITOS O CODIFICADOS EN OTRA PARTE</i>
<b>Excluye:</b>	<i>ARTROSCOPIA (89.8. - 89.9.), BIOPSIA (80.3.), IMAGENOLOGÍA (87.), ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE MUESTRAS ARTICULARES (89.8.)</i>
<b>81.9.0.</b>	<b>OTROS REEMPLAZOS ARTICULARES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
81.9.0.01	REEMPLAZO DE CUERPO VERTEBRAL
81.9.0.02	VERTEBROPLASTIA, ESTENTOPLASTIA, XIFOPLASTIA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
81.9.0.03	REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN FACETARIA
<b>81.9.1.</b>	<b>ARTROCENESIS</b>
81.9.1.01	ASPIRACIÓN ARTICULAR
<b>81.9.2.</b>	<b>INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE ARTICULACIÓN O LIGAMENTO</b>
81.9.2.01	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA ARTICULACIÓN O EL LIGAMENTO
<b>81.9.3.</b>	<b>SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTÍLAGO DE EXTREMIDAD SUPERIOR</b>
81.9.3.10	CAPSULORRAFIA PARA LUXACIÓN DE HOMBRO [TIPO BANKART] POR ARTROSCOPIA
81.9.3.30	SUTURA DEL FIBROcartÍLAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS (UNO O MÁS) POR ARTROSCOPIA
81.9.3.41	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA (UNA O MÁS)
<b>81.9.4.</b>	<b>SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE TOBILLO Y PIE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TRAUMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
81.9.4.10	SUTURA SIMPLE DEL TENDÓN DE AQUILES
81.9.4.20	RECONSTRUCCIÓN DE TENDÓN DE AQUILES
<b>81.9.5.</b>	<b>OTRA SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TRAUMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
81.9.5.20	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DEL TENDÓN ROTULIANO
<b>81.9.6.</b>	<b>ARTRODIASTASIS</b>
81.9.6.01	ARTRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO
<b>81.9.7.</b>	<b>REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR DE EXTREMIDAD SUPERIOR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>REVISIÓN DE ARTROPLASTIA O SUSTITUCIÓN PARCIAL O TOTAL</i>
81.9.7.01	REVISIÓN DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO
81.9.7.02	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE HOMBRO
81.9.7.03	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO DE HOMBRO COMPONENTE GLENOIDEO
81.9.7.04	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE HOMBRO COMPONENTE HUMERAL
81.9.7.06	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CODO
<b>81.9.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ARTICULACIONES</b>
81.9.8.01	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESTRUCTURAS ARTICULARES
81.9.8.10	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA DE COLUMNA VÉRTEBRAL
<b>82.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN TENDONES, MÚSCULOS Y FASCIA DE MANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>APONEUROSIS, VAINA DE TENDÓN Y MEMBRANA SINOVIAL</i>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA NO QUIRÚRGICA O REALIZADA SOLO POR ESTIRADO O MANIPULACIÓN (93.2.6.), DESCOMPRESIÓN DE TÚNEL METACARPIANO (04.4.3.)</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR TAMBIÉN CUALQUIER INJERTO SIMULTÁNEO DE PIEL (86.6.)</i>
<b>82.0.</b>	<b>INCISIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIOL DE MANO</b>
<b>82.0.1.</b>	<b>INCISIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO</b>
82.0.1.01	EXPLORACIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO
82.0.1.02	ELIMINACIÓN DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDÓN DE MANO
<b>82.0.2.</b>	<b>MIOTOMÍA DE MANO</b>
82.0.2.00	MIOTOMÍA DE MANO SOD
<b>82.0.3.</b>	<b>BURSOTOMÍA DE MANO</b>
82.0.3.00	BURSOTOMÍA DE MANO SOD
<b>82.0.4.</b>	<b>INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR</b>
82.0.4.00	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR SOD
<b>82.0.9.</b>	<b>OTRA INCISIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO</b>
82.0.9.00	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO SOD
<b>82.1.</b>	<b>INCISIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE MANO</b>
<b>82.1.1.</b>	<b>TENOTOMÍA DE MANO</b>
82.1.1.01	TENOTOMÍA DE MANO PALMAR
82.1.1.02	TENOTOMÍA DE MANO DORSAL
<b>82.1.2.</b>	<b>FASCIOTOMÍA DE MANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DIVISIÓN DE FASCIA DE MANO</i>
82.1.2.00	FASCIOTOMÍA DE MANO SOD
<b>82.1.9.</b>	<b>OTRA DIVISIÓN O INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO</b>
82.1.9.01	DIVISIÓN DE MÚSCULO DE MANO
<b>82.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO, FASCIA O ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESCISIÓN DE LESIÓN EN PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (86.2. - 86.3.)</i>
<b>82.2.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO</b>
82.2.1.01	RESECCIÓN DE GANGLIÓN EN DEDOS DE MANO
82.2.1.02	RESECCIÓN DE GANGLIÓN DORSAL DE MUÑECA
82.2.1.03	RESECCIÓN DE GANGLIÓN PALMAR DE MUÑECA
<b>82.2.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO</b>
82.2.2.01	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN MÚSCULO DE MANO
82.2.2.02	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MÚSCULO DE MANO
<b>82.3.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RESECCIÓN O ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN MANO</i>
<b>Excluye:</b>	<i>ESCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (86.2. - 86.3.)</i>
<b>82.3.1.</b>	<b>BURSECTOMÍA DE MANO</b>
82.3.1.00	BURSECTOMÍA DE MANO SOD
<b>82.3.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)</b>
82.3.2.00	ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA) SOD
<b>82.3.3.</b>	<b>OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO</b>
82.3.3.01	TENOSINOVECTOMÍA EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)
82.3.3.03	TENOSINOVECTOMÍA FLEXORES MANO (UNO O MÁS)
82.3.3.07	TENOSINOVECTOMÍA [TIPO ENFERMEDAD DE QUERVAIN]
82.3.3.11	TENOSINOVECTOMÍA EN DEDOS DE MANO (UNO O MÁS)
<b>82.3.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO</b>
82.3.4.00	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO SOD
<b>82.3.5.</b>	<b>OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RESECCIÓN O ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN MANO</i>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
82.3.5.01	ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN MANO
<b>Incluye:</b>	AQUELLA POR ENFERMEDAD DE DUPUYTREN ENTRE OTRAS CAUSAS
82.3.5.02	ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN DEDOS
<b>82.3.6.</b>	<b>OTRA MIECTOMÍA DE MANO</b>
82.3.6.00	OTRA MIECTOMÍA DE MANO SOD
<b>82.4.</b>	<b>SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE MANO</b>
<b>Incluye:</b>	SUTURA RETARDADA DE TENDÓN EXTENSOR DE MANO O DEDOS
<b>Excluye:</b>	ESCISIÓN DE LESIÓN EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (86.2. - 86.3.)
<b>82.4.1.</b>	<b>SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO</b>
82.4.1.00	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO SOD
<b>82.4.2.</b>	<b>SUTURA DE TENDÓN FLEXOR DE DEDOS EN MANO</b>
82.4.2.01	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA
82.4.2.02	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACIÓN
82.4.2.03	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA
82.4.2.11	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACIÓN
82.4.2.13	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) CON NEURORRAFIA
82.4.2.15	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) SIN NEURORRAFIA
<b>82.4.3.</b>	<b>SUTURA DE OTRO TENDÓN DE DEDOS EN MANO</b>
<b>Incluye:</b>	SUTURA RETARDADA DE TENDÓN EXTENSOR DE MANO O DEDOS
82.4.3.01	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)
82.4.3.21	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)
<b>82.4.6.</b>	<b>SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO</b>
82.4.6.01	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)
82.4.6.11	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS)
<b>82.5.</b>	<b>TRASPLANTE DE MÚSCULO Y TENDÓN DE MANO</b>
<b>82.5.1.</b>	<b>AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO</b>
82.5.1.00	AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO SOD
<b>82.5.2.</b>	<b>RETROCESO DE TENDÓN DE MANO</b>
82.5.2.00	RETROCESO DE TENDÓN DE MANO SOD
<b>82.5.3.</b>	<b>REFIJACIÓN O REINSERCIÓN DE TENDÓN DE MANO</b>
82.5.3.01	TRANSFERENCIA TENDÓN MANO Y PUÑO (UNO O MÁS)
82.5.3.03	TRANSFERENCIA DE PRONADOR A SUPINADOR
82.5.3.04	TRANSFERENCIA DE FLEXORES A EXTENSORES (ESPÁSTICOS)
82.5.3.05	TRANSFERENCIA DE EXTENSOR DEL PULGAR
82.5.3.06	REINSERCIÓN DE TENDÓN EN MANO (UNO O MÁS)
82.5.3.07	TRANSFERENCIA DE TENDÓN EN MANO O MUÑECA (UNO O MÁS)
<b>82.5.4.</b>	<b>REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO</b>
82.5.4.00	REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO SOD
<b>82.5.5.</b>	<b>ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO</b>
82.5.5.01	ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO (UNO O MÁS)
<b>82.5.6.</b>	<b>OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDÓN DE MANO</b>
82.5.6.00	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDÓN DE MANO SOD
<b>82.5.9.</b>	<b>OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MÚSCULO DE MANO</b>
82.5.9.00	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MÚSCULO DE MANO SOD
<b>82.6.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE DEDO PULGAR</b>
<b>Excluye:</b>	AMPUTACIÓN PARA TRANSFERENCIA DIGITAL (84.0.1. - 84.1.1.)

207

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>82.6.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR</b>
82.6.1.00	PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR SOD
<b>82.6.9.</b>	<b>OTRA RECONSTRUCCIÓN DEL PULGAR</b>
82.6.9.20	INJERTOS AL PULGAR (ÓSEO Y PEDICULO DE PIEL)
<b>82.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO O IMPLANTE</b>
<b>82.7.1.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN</b>
82.7.1.01	RECONSTRUCCIÓN PARA PLASTIA DE Oponente
82.7.1.02	INJERTO DE TENDÓN DE FLEXOR DE UN DEDO CON RECONSTRUCCIÓN DE POLEAS
82.7.1.03	INJERTO DE TENDÓN DE FLEXOR DE DOS O MÁS DEDOS CON RECONSTRUCCIÓN DE POLEAS
82.7.1.04	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DEL TENDÓN
<b>82.7.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA</b>
82.7.2.00	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA SOD
<b>82.7.9.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON OTRO INJERTO O IMPLANTE</b>
82.7.9.01	INJERTO DE TENDÓN EXTENSOR DE MANO O DEDOS (UNO O MÁS)
82.7.9.02	INJERTO DE TENDÓN FLEXOR DE MANO O DEDOS (UNO O MÁS)
82.7.9.10	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOS DE LA MANO (CADA UNO)
<b>82.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO</b>
<b>82.8.1.</b>	<b>TRANSFERENCIA DE DEDO, EXCEPTO PULGAR</b>
82.8.1.01	TRASPOSICIÓN DE DEDO
82.8.1.02	TRASPLANTE DE ARTEJO A MANO
<b>Incluye:</b>	<i>RESECCIÓN DE ARTEJO</i>
<b>82.8.2.</b>	<b>REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA MANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR MANO HENDIDA, EN ESPEJO O LANGOSTA, MANO ZAMBA RADIAL O DEFICIENCIAS CUBITALES</i>
82.8.2.00	REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA MANO SOD
<b>82.8.3.</b>	<b>REPARACIÓN DE MACRODACTILIA, CAMPTODACTILIA, SINDACTILIA, CLINODACTILIA</b>
82.8.3.02	CORRECCIÓN DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MÁS ESPACIOS)
82.8.3.04	CORRECCIÓN DE SINDACTILIA COMPLEJA
82.8.3.10	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA MACRODACTILIA
82.8.3.20	CORRECCIÓN SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MÁS DEDOS)
82.8.3.30	CORRECCIÓN DE CAMPTODACTILIA CON OSTEOTOMÍA (UNO O MÁS DEDOS)
82.8.3.40	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MÁS DEDOS)
82.8.3.50	CORRECCIÓN DE POLIDACTILIA CON RECONSTRUCCIÓN
82.8.3.51	CORRECCIÓN DE POLIDACTILIA CON ESCISIÓN SIMPLE
82.8.3.55	CORRECCIÓN DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO [DEFORMIDAD DE MADELUNG]
<b>82.8.4.</b>	<b>REPARACIÓN DE DEDOS DE MANO</b>
82.8.4.01	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN BOTONERA
82.8.4.02	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE
82.8.4.03	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN MARTILLO
82.8.4.04	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN GATILLO [DEDO DE RESORTE]
<b>82.8.5.</b>	<b>OTRAS TENODESIS DE MANO</b>
82.8.5.01	TENODESIS EN MANO (UNO O MÁS)



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>82.8.6.</b>	<b>OTRAS TENOPLASTIAS DE MANO</b>
82.8.6.01	MIDTENDPLASTIA DE MAND
<b>82.8.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANOS</b>
82.8.9.01	PLICATURA DE FASCIA EN MAND
82.8.9.02	REPARACIÓD DE HERNIA FASCIAL
82.8.9.10	RECDNSTRUCCIÓD DE LIGAMENTDS EN MAND (UND D MÁS)
<b>82.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE MANO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>OPERACIONES O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS DE MANO (83.2.1. - 83.2.9.)</i>
<b>82.9.1.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA NO QUIRÚRGICA O REALIZADA SOLO POR ESTIRADO O MANIPULACIÓD (93.2.6.), DESCOMPRESIÓD DE TÚNEL METACARPIANO (04.4.3.)</i>
82.9.1.01	LIBERACIÓD DE ADHESIDNES DE FASCIA, MÚSCULD Y TENDÓN DE MAND
82.9.1.11	TENDLISIS EN EXTENSORES DE DEDD (UND D MÁS)
82.9.1.15	TENDLISIS EN FLEXORES DE DEDDS (UND D MÁS)
82.9.1.21	TENDLISIS EN EXTENSORES DE MAND (UND D MÁS)
82.9.1.25	TENDLISIS EN FLEXORES DE MAND (UND D MÁS)
<b>82.9.2.</b>	<b>ASPIRACIÓD DE BURSA DE MANO</b>
82.9.2.00	ASPIRACIÓD DE BURSA DE MAND SDD
<b>82.9.3.</b>	<b>ASPIRACIÓD DE OTRO TEJIDO BLANDO DE MANO</b>
82.9.3.00	ASPIRACIÓD DE DTRD TEJIDD BLANDD DE MAND SDD
<b>82.9.4.</b>	<b>INYECCIÓD DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO</b>
82.9.4.00	INYECCIÓD DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRD DE BURSA DE MAND SDD
<b>82.9.5.</b>	<b>INYECCIÓD DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO</b>
82.9.5.00	INYECCIÓD DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRD DE TENDÓN DE MAND SDD
<b>82.9.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO</b>
82.9.9.01	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULD, TENDÓN Y FASCIA EN MAND
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR TENOSINOVITIS INFECCIOSA EN MANO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS (79.6.4.00 - 79.6.3.01)</i>
82.9.9.10	EXTRACCIÓD DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDDS DE LA MAND
82.9.9.11	EXTRACCIÓD DE CUERPO EXTRAÑO EN REGIÓD TENAR O TÚNEL CARPIAND
82.9.9.12	EXTRACCIÓD DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MAND (EXCEPTD DEDOS)
<b>83.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BURSA, EXCEPTO MANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS SOBRE APONEUROSIS, MEMBRANA SINOVIAL DE BURSA Y ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN</i>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓD POR ARTROTOMÍA DE CUERPOS EXTRAÑOS O MATERIAL DE SUTURA DE ARTICULACIÓD (80.0.) O EXTRACCIÓD NO QUIRÚRGICA (98.2.)</i>
<b>83.0.</b>	<b>INCISIÓD DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BURSA</b>
<b>83.0.1.</b>	<b>INCISIÓD DE ENVOLTURA DE TENDÓN</b>
83.0.1.01	EXPLORACIÓD DE VAINA DE TENDÓN
83.0.1.02	ELIMINACIÓD DE CUERPOS RICIFDRMES DE VAINA DE TENDÓN
<b>83.0.2.</b>	<b>MIOTOMÍA</b>
83.0.2.31	MIDTDMIA DEL TEMPORAL

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
83.0.2.32	MIOTOMIA PTERIGOIDEO
83.0.2.33	MIOTOMÍA DE MASETERO
<b>83.0.3.</b>	<b>BURSOTOMÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE BOLSA SINOVIAL (83.9.4.)</i>
83.0.3.01	EXTRACCIÓN DE DEPÓSITOS CALCÁREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS
<b>83.1.</b>	<b>INCISIÓN O DIVISIÓN EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>APONEUROTOMÍA, TRANSECCIÓN O DIVISIÓN DE TENDÓN Y LIBERACIÓN DE TENDÓN</i>
<b>83.1.1.</b>	<b>TENOTOMÍAS EN PIE Y TOBILLO</b>
83.1.1.01	TENOTOMÍAS EN PIE (UNA O MÁS)
<b>83.1.2.</b>	<b>TENOTOMÍA EN CADERA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>POR LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA (79.8.5.)</i>
83.1.2.01	TENOTOMÍAS ABIERTAS UNILATERALES DE CADERA
83.1.2.02	LIBERACIÓN PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMÍAS (CADERA COLGANTE)
83.1.2.03	LIBERACIÓN DE FLEXORES DE CADERA
83.1.2.04	LIBERACIÓN DE MUSCULATURA PELVITROCANTÉRICA
<b>83.1.3.</b>	<b>OTRAS TENOTOMÍAS</b>
83.1.3.02	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS)
83.1.3.03	TENOTOMÍAS EN BRAZO (UNA O MÁS)
83.1.3.04	TENOTOMÍAS EN ANTEBRAZO (UNA O MÁS)
83.1.3.05	TENOTOMÍA SIMPLE EN CUELLO (TORTÍCOLIS CONGÉNITA)
83.1.3.06	TENOTOMÍA MÚLTIPLE EN CUELLO
83.1.3.07	TENOTOMÍA DE MÚSCULOS ESPÁSTICOS (EXCEPTO MANO)
83.1.3.08	TENOTOMÍA EN PIERNA (UNA O MÁS)
83.1.3.09	TENOTOMÍAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MÁS)
83.1.3.10	TENOTOMÍA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN)
<b>83.1.4.</b>	<b>FASCIOTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR CONTRACTURA ISQUÉMICA [SÍNDROME COMPARTIMENTAL], ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS</i>
83.1.4.01	FASCIOTOMÍA O INCISIÓN DE FASCIA
83.1.4.02	INCISIÓN DE BANDA ILIOTIBIAL
83.1.4.03	ESCISIÓN PARCIAL DE FASCIA
83.1.4.50	FASCIOTOMÍA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACIÓN EN CODO Y MUÑECA
83.1.4.51	FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL
83.1.4.61	FASCIOTOMÍA EN MUSLO, POR UNA O MÁS INCISIONES
83.1.4.71	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MÁS INCISIONES
83.1.4.81	FASCIOTOMÍA EN PIE, UNA O MÁS INCISIONES
<b>83.1.9.</b>	<b>OTRA INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA DESCOMPRESIÓN TORÁCICA, TORTÍCOLIS CONGÉNITA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
83.1.9.01	INCISION DE MÚSCULO
83.1.9.02	LIBERACIÓN DE MÚSCULO
83.1.9.05	ESCALENOTOMÍA O SECCIÓN DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL
83.1.9.10	SECCIÓN DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO
<b>83.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL, INCLUSO AQUEL DE MANO</b>
<b>83.2.1.</b>	<b>BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO</b>
83.2.1.01	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
83.2.1.02	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA
83.2.1.03	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA
83.2.1.04	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA
<b>83.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL</b>
<b>83.3.0.</b>	<b>RESECCIÓN DE TUMOR DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL</b>
83.3.0.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL
83.3.0.02	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL
<b>83.3.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN</b>
<b>Excluye:</b>	<i>BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO (83.2.1.)</i>
83.3.1.01	ESCISIÓN DE GANGLIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN, EXCEPTO DE MANO
<b>83.3.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR CONTRACTURA ISQUÉMICA [SÍNDROME COMPARTIMENTAL]</i>
83.3.2.01	ESCISIÓN DE MIOSITIS OSIFICANTE
83.3.2.02	ESCISIÓN O RESECCIÓN DE: HUESO HETEROTÓPICO O CALCIFICACIONES HETEROTÓPICAS EN MUSCULO
83.3.2.03	ESCISIÓN DE CICATRIZ DE MÚSCULO
<b>83.3.9.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO</b>
83.3.9.01	ESCISIÓN DE QUISTE POPLÍTEO [DE BAKER]
<b>83.4.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA</b>
<b>83.4.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)</b>
83.4.1.00	ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA) SOD
<b>83.4.2.</b>	<b>OTRA TENDONECTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TENOSINOVITIS INFECCIOSA EN SITIO DIFERENTE A LA MANO</i>
83.4.2.01	ESCISIÓN DE APONEUROSIS O VAINA DE TENDÓN
83.4.2.02	TENOSINOVECTOMÍA
83.4.2.03	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EXCEPTO MANO
<b>83.4.3.</b>	<b>ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO</b>
83.4.3.00	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO SOD
<b>83.4.4.</b>	<b>OTRA FASCIECTOMÍA</b>
83.4.4.00	OTRA FASCIECTOMÍA SOD
<b>83.4.5.</b>	<b>OTRA MIECTOMÍA</b>
83.4.5.01	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO SOD
83.4.5.02	ESCALENECTOMÍA
<b>83.4.6.</b>	<b>RESECCIÓN DE BOLSA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE</b>
83.4.6.00	RESECCIÓN DE BOLSA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE SOD
<b>83.4.9.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO NO ARTICULAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR HERIDA INFECTADA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO EN FRACTURAS (79.6.)</i>
83.4.9.10	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO
83.4.9.20	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
83.4.9.30	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO
83.4.9.40	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA
83.4.9.50	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE
<b>83.5.</b>	<b>BURSECTOMÍA</b>
<b>83.5.1.</b>	<b>BURSECTOMÍA ABIERTA</b>
83.5.1.00	BURSECTOMÍA ABIERTA SOD
<b>83.5.5.</b>	<b>BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA</b>
83.5.5.00	BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA SOD
<b>83.6.</b>	<b>SUTURAS DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA</b>
Incluye:	<i>AQUILORRAFIA</i>
<b>83.6.0.</b>	<b>SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA</b>
83.6.0.10	SUTURA DE MUSCULO O TENDÓN O FASCIA O APONEUROSIS SOD
<b>83.6.1.</b>	<b>SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN</b>
83.6.1.00	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN SOD
<b>83.6.2.</b>	<b>SUTURA DIFERIDA DE TENDÓN</b>
83.6.2.01	TENORRAFIA DE FLEXORES DE ANTEBRAZO (UNO O MÁS)
83.6.2.02	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE ANTEBRAZO (UNO O MÁS)
<b>83.6.3.</b>	<b>REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR</b>
Incluye:	<i>AQUEL POR DESGARRO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
83.6.3.01	REPARACIÓN VÍA ABIERTA DEL MANGUITO ROTADOR
83.6.3.05	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR POR ENDOSCOPIA
<b>83.6.4.</b>	<b>OTRA SUTURA DE TENDÓN</b>
83.6.4.05	SUTURA DEL TENDÓN [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA
<b>83.7.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE MÚSCULOS Y TENDÓN</b>
Excluye:	<i>RECONSTRUCCIÓN MUSCULAR Y DE TENDÓN ASOCIADA CON ARTROPLASTIA</i>
<b>83.7.1.</b>	<b>AVANZAMIENTO DE TENDÓN</b>
83.7.1.00	AVANZAMIENTO DE TENDÓN SOD
<b>83.7.2.</b>	<b>RETROCESO DE TENDÓN</b>
83.7.2.00	RETROCESO DE TENDÓN SOD
<b>83.7.3.</b>	<b>REFIJACIÓN DE TENDÓN</b>
83.7.3.00	REFIJACIÓN DE TENDÓN SOD
<b>83.7.4.</b>	<b>REFIJACIÓN DE MÚSCULO</b>
83.7.4.00	REFIJACIÓN DE MÚSCULO SOD
<b>83.7.5.</b>	<b>TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE TENDÓN</b>
83.7.5.01	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO
83.7.5.02	TRANSFERENCIAS DE TENDÓN EN PARÁLISIS RADIAL
83.7.5.03	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA
<b>83.7.6.</b>	<b>TRANSPOSICIÓN MIOTENDINOSA</b>
83.7.6.01	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO
83.7.6.02	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO
83.7.6.03	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO
83.7.6.04	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA
83.7.6.05	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA
83.7.6.06	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO
83.7.6.07	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA
83.7.6.08	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA
83.7.6.09	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE

27

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>83.7.7.</b>	<b>TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE MÚSCULO</b>
83.7.7.01	TRASPLANTE DE MUSCULO
83.7.7.02	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO
<b>83.7.9.</b>	<b>OTRA TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO</b>
83.7.9.01	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO CON DESCENSO DE TROCÁNTER MAYOR Y OSTEOTOMÍA
<b>83.8.</b>	<b>OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PLICATURA, PLASTIAS, ALARGAMIENTO, ACORTAMIENTO</i>
<b>Excluye:</b>	<i>PLASTIAS DE MÚSCULO Y TENDÓN ASOCIADAS CON ARTROPLASTIA</i>
<b>83.8.1.</b>	<b>INJERTO DE TENDÓN</b>
<b>Excluye:</b>	<i>INJERTO DE TENDÓN EN MANO (82.7.9.)</i>
83.8.1.00	INJERTO DE TENDÓN SOD
<b>83.8.2.</b>	<b>INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUEL QUE HACE PARTE O ES ACTIVIDAD DE OTRO PROCEDIMIENTO (OMITIR CÓDIGO)</i>
83.8.2.00	INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA SOD
<b>83.8.4.</b>	<b>LIBERACIÓN DE PIE TALO</b>
83.8.4.01	LIBERACIÓN DE MÚSCULO TENDÓN Y FASCIA DE PIE TALO
<b>83.8.5.</b>	<b>OTRO CAMBIO DE LONGITUD EN MÚSCULO O TENDÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PLICATURA, PLASTIAS, ALARGAMIENTO, ACORTAMIENTO</i>
83.8.5.01	ALARGAMIENTO TENDÓN POPLÍTEO
83.8.5.02	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDÓN DE AQUILES
83.8.5.05	REPARACIÓN DEL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS CON FIJACIÓN
<b>83.8.6.</b>	<b>CUADRICEPSPLASTIA</b>
83.8.6.01	CUADRICESPLASTIA ABIERTA
83.8.6.02	CUADRICEPLASTIA POR ARTROSCOPIA
<b>83.8.7.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MÚSCULO</b>
83.8.7.10	MUSCULOPLASTIA O MIOPLASTIA
<b>83.8.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN TENDÓN</b>
83.8.8.10	MIOTENOPLASTIA
83.8.8.20	FIJACIÓN DE TENDÓN
83.8.8.30	TENODESIS
<b>83.8.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN FASCIA</b>
83.8.9.10	ALARGAMIENTO DE FASCIA
83.8.9.40	FASCIOPLASTIA
83.8.9.60	PLICATURA DE FASCIA
<b>83.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN FASCIA Y BURSA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESTIRADO Y MANIPULACIONES NO OPÉRATORIAS (93.2.5. - 93.2.9.)</i>
<b>83.9.1.</b>	<b>LISIS DE ADHERENCIAS DE MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA</b>
83.9.1.01	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDÓN [TENOLISIS]
<b>83.9.2.</b>	<b>INSERCIÓN O REEMPLAZO DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>
83.9.2.00	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO SOD
<b>83.9.3.</b>	<b>ELIMINACIÓN DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>
83.9.3.00	ELIMINACIÓN DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO SOD
<b>83.9.4.</b>	<b>ASPIRACIÓN DE BURSA</b>
83.9.4.00	ASPIRACIÓN DE BURSA SOD
<b>83.9.5.</b>	<b>ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (86.1.)</i>
83.9.5.00	ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO SOD
<b>83.9.6.</b>	<b>INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA</b>

30

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
83.9.6.00	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA SOD
<b>83.9.7.</b>	<b>INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN</b>
83.9.7.00	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN SOD
<b>83.9.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN POR ARTROTOMÍA DE CUERPOS EXTRAÑOS O MATERIAL DE SUTURA DE ARTICULACIÓN (80.0. - 80.0.9.) O EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA (98.2.)</i>
83.9.9.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)
83.9.9.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)
83.9.9.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)
83.9.9.06	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)
83.9.9.07	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)
83.9.9.08	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)
83.9.9.09	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)
<b>84.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR</b>
<b>84.0.</b>	<b>AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REVISIÓN DE MUÑÓN (84.3.)</i>
<b>84.0.0.</b>	<b>AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO</b>
84.0.0.01	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO
84.0.0.02	AMPUTACIÓN KINEPLÁSTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO
84.0.0.03	AMPUTACIÓN ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO
<b>84.0.1.</b>	<b>AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO</b>
84.0.1.00	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO (UNO O MÁS) SOD
<b>84.0.2.</b>	<b>AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR</b>
84.0.2.00	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR SOD
<b>84.0.3.</b>	<b>AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HUESOS DEL CARPO (MANO)</b>
84.0.3.00	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE MANO (CARPO) SOD
<b>84.0.4.</b>	<b>DESARTICULACIÓN DE MUÑECA</b>
84.0.4.00	DESARTICULACIÓN DE MUÑECA SOD
<b>84.0.5.</b>	<b>AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO</b>
84.0.5.00	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO SOD
<b>84.0.6.</b>	<b>DESARTICULACIÓN DE CODO</b>
84.0.6.00	DESARTICULACIÓN DE CODO SOD
<b>84.0.7.</b>	<b>AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HÚMERO</b>
84.0.7.01	AMPUTACIÓN DE BRAZO
<b>84.0.8.</b>	<b>DESARTICULACIÓN DE HOMBRO</b>
84.0.8.00	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO SOD
<b>84.0.9.</b>	<b>AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA DE CUARTO SUPERIOR, ESCAPULOTORÁCICA</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
84.0.9.00	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR SOD
<b>84.1.</b>	<b>AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR</b>
<b>Excluye:</b>	<i>REVISIÓN DE MUÑÓN DE AMPUTACIÓN (84.3.)</i>
<b>84.1.0.</b>	<b>AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO</b>
84.1.0.01	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO
84.1.0.02	AMPUTACIÓN KINEPLÁSTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO
84.1.0.03	AMPUTACIÓN ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO
<b>84.1.1.</b>	<b>AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ARTEJOS</b>
84.1.1.00	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ARTEJOS (UNO O MÁS) SOD
<b>84.1.2.</b>	<b>AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>A TRAVÉS DE LA MITAD DEL PIE O DE MEDIO PIE, MEDIOTARSIANA [TÉCNICA DE CHOPART] O TRANSMETATARSIANA</i>
84.1.2.00	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIE SOD
<b>84.1.3.</b>	<b>DESARTICULACIÓN DE TOBILLO</b>
84.1.3.00	DESARTICULACIÓN DE TOBILLO SOD
<b>84.1.4.</b>	<b>AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ</b>
84.1.4.00	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ SOD
<b>84.1.5.</b>	<b>OTRA AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA</b>
84.1.5.00	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIERNA SOD
<b>84.1.6.</b>	<b>DESARTICULACIÓN DE RODILLA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AMPUTACIÓN DE [BATCH], [SPILTLER Y MCFADDIN], [MAZET], [DE SP ROGER]</i>
84.1.6.00	DESARTICULACIÓN DE RODILLA SOD
<b>84.1.7.</b>	<b>AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA A TRAVÉS DE FÉMUR, DE MUSLO, SUPRACONDILEA POR ENCIMA DE LA RODILLA</i>
84.1.7.00	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA SOD
<b>84.1.8.</b>	<b>DESARTICULACIÓN DE CADERA</b>
84.1.8.00	DESARTICULACIÓN DE CADERA SOD
<b>84.2.</b>	<b>REIMPLANTE DE EXTREMIDAD</b>
<b>84.2.1.</b>	<b>REIMPLANTE DE PULGAR</b>
84.2.1.00	REIMPLANTE DE PULGAR SOD
<b>84.2.2.</b>	<b>REIMPLANTE DE DEDOS EN MANO</b>
84.2.2.02	REIMPLANTE DE UN DEDO EN MANO
84.2.2.03	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO
84.2.2.04	REIMPLANTE DE TRES DEDOS EN MANO
84.2.2.05	REIMPLANTE DE CUATRO O MÁS DEDOS EN MANO
<b>84.2.3.</b>	<b>REIMPLANTE DE ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO</b>
84.2.3.01	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO
84.2.3.02	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DEL METACARPO
84.2.3.03	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DE LA MUÑECA
<b>84.2.4.</b>	<b>REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO</b>
84.2.4.01	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO SOD
<b>84.2.5.</b>	<b>REIMPLANTE DE ARTEJOS</b>
84.2.5.00	REIMPLANTE DE ARTEJOS SOD
<b>84.2.6.</b>	<b>REIMPLANTE DE PIE</b>
84.2.6.00	REIMPLANTE DE PIE SOD

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>84.2.7.</b>	<b>REIMPLANTE DE PIERNA O TOBILLO</b>
84.2.7.00	REIMPLANTE DE PIERNA SOD
<b>84.2.8.</b>	<b>REIMPLANTE DE MUSLO</b>
84.2.8.00	REIMPLANTE DE MUSLO SOD
<b>84.3.</b>	<b>REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUNON DE AMPUTACIÓN</b>
<b>84.3.1.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO</b>
84.3.1.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO SOD
<b>84.3.2.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO</b>
84.3.2.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO SOD
<b>84.3.3.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO</b>
84.3.3.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO SOD
<b>84.3.4.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO</b>
84.3.4.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO SOD
<b>84.3.5.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO</b>
84.3.5.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO (UNO O MÁS) SOD
<b>84.3.6.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO</b>
84.3.6.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO SOD
<b>84.3.7.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA</b>
84.3.7.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA SOD
<b>84.3.8.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS</b>
84.3.8.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS SOD
<b>84.3.9.</b>	<b>REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA</b>
84.3.9.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA SOD
<b>84.4.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO O MIEMBRO PROTÉSICO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ADAPTACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PRÓTESIS (93.2.4.)</i>
<b>84.4.1.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO</b>
84.4.1.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO SOD
<b>84.4.2.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO</b>
84.4.2.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO SOD
<b>84.4.3.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR ENCIMA DE RODILLA</b>
84.4.3.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR ENCIMA DE RODILLA SOD
<b>84.4.4.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE RODILLA</b>
84.4.4.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE RODILLA SOD
<b>84.4.5.</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PIERNA</b>

*SP*



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
84.4.5.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PIERNA SOD
<b>84.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR</b>
<b>Excluye:</b>	<i>MANIPULACIÓN NO OPERATORIA (93.2.5. - 93.2.9.)</i>
<b>84.9.0.</b>	<b>CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR PIE EQUINO VARO, CAVO, VALGO, TALLUS O CONVEXO, PIE CAVO</i>
84.9.0.01	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES
84.9.0.02	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES Y MEDIALES
84.9.0.03	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS Y PARTES ÓSEAS
<b>84.9.1.</b>	<b>AMPUTACIONES</b>
84.9.1.01	AMPUTACIÓN
<b>84.9.2.</b>	<b>SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS IGUALES</b>
84.9.2.00	SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS IGUALES SOD
<b>84.9.3.</b>	<b>SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS DESIGUALES</b>
84.9.3.00	SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS DESIGUALES SOD
<b>84.9.4.</b>	<b>CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL</b>
84.9.4.00	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD
<b>84.9.5.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS MÚLTIPLES EN MIEMBROS INFERIORES</b>
84.9.5.01	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE: OSTEOTOMÍAS O FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) EN FÉMUR, TIBIA Y PERONÉ; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMÍAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN MUSLO, PIERNA Y PIE TRIPLE ARTRODESIS EN PIE
84.9.5.02	INFUSIÓN AISLADA DE EXTREMIDAD
84.9.5.03	PERFUSIÓN AISLADA DE EXTREMIDAD
<b>Capítulo 14</b>	
<b>SISTEMA</b>	
<b>TEGUMENTARIO</b>	
<b>85.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN LA MAMA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE MAMA (FEMENINA O MASCULINA), SITIO DE MASTECTOMÍA ANTERIOR Y REVISIONES DE MASTECTOMÍA PREVIA</i>
<b>85.0.</b>	<b>MASTOTOMÍA</b>
<b>85.0.1.</b>	<b>DRENAJE EN MAMA POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
85.0.1.00	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA SOD
<b>85.0.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA</b>
85.0.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMÍA
<b>85.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN MAMA</b>
<b>85.1.1.</b>	<b>BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE MAMA</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES COMO GUÍA</i>
85.1.1.01	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA
85.1.1.02	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)
85.1.1.03	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA
<b>85.1.2.</b>	<b>BIOPSIA ABIERTA DE MAMA</b>
85.1.2.00	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA SOD
<b>85.1.3.</b>	<b>LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>GUÍA IMAGENOLÓGICA</i>
85.1.3.01	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPÓN U

*[Handwritten mark]*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	OTRO DISPOSITIVO
85.1.3.02	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA
85.1.3.03	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA RADIOGUIADA
<b>85.2.</b>	<b>ESCISIÓN DE TEJIDO DE LA MAMA</b>
<b>85.2.0.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO DE MAMA</b>
85.2.0.02	ESCISIÓN SELECTIVA DE CANAL GALACTÓFORO
85.2.0.03	ESCISIÓN EN BLOQUE DE CONDUCTOS GALACTÓFOROS
<b>85.2.1.</b>	<b>ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>NÓDULO, FIBROADENOMA, QUISTE, FÍSTULA U OTRA LESIÓN DE MAMA</i>
85.2.1.00	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA SOD
<b>85.2.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE CUADRANTES DE MAMA</b>
85.2.2.01	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA
85.2.2.02	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES
<b>85.2.3.</b>	<b>MASTECTOMÍA SUBTOTAL</b>
85.2.3.00	MASTECTOMÍA SUBTOTAL SOD
<b>85.2.4.</b>	<b>ESCISIÓN DE TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO</b>
85.2.4.01	ESCISIÓN DE PEZÓN ACCESORIO O SUPERNUMERARIO
<b>85.2.6.</b>	<b>ESCISIÓN DE AREOLA O PEZÓN</b>
85.2.6.01	ESCISIÓN DE PEZÓN
85.2.6.02	ESCISIÓN DE COMPLEJO AREOLA PEZÓN
<b>85.3.</b>	<b>PLASTIAS EN MAMA [MAMOPLASTIA]</b>
<b>85.3.0.</b>	<b>LEVANTAMIENTO DE MAMA [MAMOPEXIA]</b>
85.3.0.01	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL
85.3.0.02	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] BILATERAL
<b>85.3.1.</b>	<b>REDUCCIÓN DE MAMA [MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN]</b>
85.3.1.03	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN UNILATERAL
85.3.1.04	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL
<b>85.3.2.</b>	<b>PLASTIA DE AUMENTO DE MAMA [MAMOPLASTIA DE AUMENTO]</b>
85.3.2.01	MAMOPLASTIA DE AUMENTO UNILATERAL CON DISPOSITIVO
85.3.2.02	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO
85.3.2.03	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO UNILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO
85.3.2.04	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO BILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO
<b>85.3.4.</b>	<b>PLASTIA ONCOLÓGICA DE MAMA [MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA]</b>
85.3.4.01	MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA UNILATERAL
85.3.4.02	MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA BILATERAL
<b>85.4.</b>	<b>MASTECTOMÍA</b>
<b>85.4.0.</b>	<b>MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA</b>
85.4.0.01	MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA
85.4.0.02	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA
<b>85.4.1.</b>	<b>MASTECTOMÍAS SIMPLES UNILATERALES</b>
85.4.1.01	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL
85.4.1.02	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA
85.4.1.03	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN
<b>85.4.2.</b>	<b>MASTECTOMÍAS SIMPLES BILATERALES</b>
85.4.2.01	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL
85.4.2.02	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
85.4.2.03	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN
<b>85.4.3.</b>	<b>MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA UNILATERAL</b>
85.4.3.01	MASTECTOMÍA SIMPLE CON ESCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES
<b>85.4.4.</b>	<b>MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL</b>
85.4.4.01	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA
<b>85.4.5.</b>	<b>MASTECTOMÍA RADICAL UNILATERAL</b>
85.4.5.01	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFÁTICO REGIONALES
85.4.5.02	MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA UNILATERAL
<b>85.4.6.</b>	<b>MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL</b>
85.4.6.01	MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL VÍA ABIERTA
<b>85.4.7.</b>	<b>MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL</b>
85.4.7.01	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS, GANGLIOS LINFÁTICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTÍNICOS)
<b>85.4.8.</b>	<b>MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL</b>
85.4.8.01	MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA
<b>85.7.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN TOTAL DE MAMA</b>
<b>85.7.1.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON DISPOSITIVO</b>
85.7.1.01	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON DISPOSITIVO
85.7.1.02	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO
<b>85.7.2.</b>	<b>RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON TEJIDO AUTÓLOGO</b>
85.7.2.01	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO
85.7.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO
85.7.2.03	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO
85.7.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO
<b>85.8.</b>	<b>REPARACIONES EN MAMA</b>
<b>85.8.1.</b>	<b>SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA</b>
85.8.1.01	SUTURA DE HERIDA DE MAMA
<b>85.8.2.</b>	<b>INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA</b>
85.8.2.00	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD
<b>85.8.3.</b>	<b>INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA</b>
85.8.3.00	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD
<b>85.8.4.</b>	<b>COLGAJO EN LA MAMA</b>
85.8.4.01	COLGAJO LOCAL EN LA MAMA
85.8.4.02	COLGAJO LOCAL CUTÁNEO EN LA MAMA
85.8.4.03	COLGAJO LOCAL MUSCULOCUTÁNEO EN LA MAMA
85.8.4.05	COLGAJO LIBRE CON TÉCNICA MICROVASCULAR EN LA MAMA
<b>85.8.7.</b>	<b>PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN</b>
85.8.7.01	RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON COLGAJO, INJERTO O TATUAJE; TRANSPOSICIÓN DE PEZÓN</i>
85.8.7.02	DIFERIMIENTO DEL COMPLEJO AREOLA PEZON
<b>85.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN LA MAMA</b>
<b>85.9.0.</b>	<b>INCISIÓN O EXTRACCIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA</b>
85.9.0.01	INCISIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULOTOMÍA EN MAMA)
85.9.0.02	EXTRACCIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULECTOMÍA EN MAMA)
<b>85.9.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN MAMA</b>
85.9.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL

42

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
85.9.4.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL
<b>86.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS SOBRE CUERPOS ADIPOSOS SUBCUTÁNEOS, FOLÍCULOS PILOSOS, FOSAS SUPERFICIALES, GLÁNDULAS SUDORÍPARAS, PERINÉ MASCULINO Y UÑAS EL ÁREA ESPECIAL COMPRENDE (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES)</i>
<b>86.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>86.0.1.</b>	<b>BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
86.0.1.01	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE
86.0.1.02	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O MUCOSA (CON SUTURA)
86.0.1.03	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)
<b>86.0.2.</b>	<b>PRUEBAS DE SENSIBILIZACIÓN EN PIEL</b>
86.0.2.01	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA
86.0.2.02	PRUEBA EPICUTÁNEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHÉ)
86.0.2.03	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)
86.0.2.04	PRUEBA INTRADERMOREACCIÓN DE ESPOROTRIQUINA
86.0.2.05	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]
86.0.2.06	LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]
86.0.2.07	Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]
86.0.2.08	PRUEBA DE INTRADERMOREACCIÓN PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS
86.0.2.09	Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]
86.0.2.10	ESTUDIO FOTOBIOLOGICO (FOTOPARCHÉ)
<b>86.1.</b>	<b>INCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>86.1.0.</b>	<b>RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS</b>
86.1.0.01	RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS EN BLOQUE
86.1.0.02	RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS CIRCUNFERENCIAL
<b>86.1.1.</b>	<b>DRENAJE DE TEJIDOS BLANDOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO, ABSCESO PROFUNDO, FLEGMÓN ENTRE OTROS</i>
86.1.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN
86.1.1.02	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN
86.1.1.03	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN
86.1.1.04	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS
<b>86.1.2.</b>	<b>INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
86.1.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN
86.1.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL POR INCISIÓN
86.1.2.03	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN
<b>86.1.4.</b>	<b>INYECCIÓN, INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO O TATUAJE DE LESIÓN O DEFECTO DE PIEL</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>LESIONES EN MAMA; LESIONES DE UNO A DOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO; EN CORRECCIÓN DE DEFECTOS EN PIEL</i>
86.1.4.01	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES
86.1.4.02	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES
86.1.4.03	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MÁS DE DIEZ LESIONES
86.1.4.10	TATUAJE INTRADÉRMICO O INYECCIÓN DE PIGMENTOS OPACOS INSOLUBLES
86.1.4.11	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULÍNICA)
<b>86.1.8.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
86.1.8.01	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS
86.1.8.03	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBDÉRMICO (EPIDERMOCCLISIS)
86.1.8.04	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR ELÉCTRICO TRANSCUTÁNEO (PARA CONTROL DE DOLOR)
86.1.8.05	INSERCIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TOTALMENTE IMPLANTABLE
<b>86.1.9.</b>	<b>REVISIÓN O REPROGRAMACIÓN DE DISPOSITIVOS DE INFUSIÓN</b>
86.1.9.01	REVISIÓN O REPROGRAMACIÓN DE DISPOSITIVO DE INFUSIÓN
<b>86.2.</b>	<b>ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>86.2.1.</b>	<b>ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL</b>
86.2.1.01	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL
86.2.1.02	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE PILONIDAL
86.2.1.03	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISIÓN ABIERTA)
86.2.1.04	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO
<b>86.2.2.</b>	<b>DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR ESCARA, NECROSIS, QUEMADURA, ÚLCERA, INFECCIÓN O HERIDA MEDIANTE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR INCISIÓN, RESECCIÓN O EXTRACCIÓN</i>
86.2.2.01	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.2.2.02	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL DE MÁS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.2.2.03	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL HASTA EL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.2.04	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.2.05	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.2.06	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 30% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.2.07	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL DE MÁS DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
<b>86.2.3.</b>	<b>DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR ESCARA, NECROSIS, QUEMADURA, ÚLCERA, INFECCIÓN O HERIDA MEDIANTE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR INCISIÓN, RESECCIÓN O EXTRACCIÓN</i>
86.2.3.01	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS EN ÁREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.2.3.02	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS EN ÁREA ESPECIAL DE MÁS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
86.2.3.03	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS HASTA EL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.3.04	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.3.05	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.3.06	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS ENTRE EL 30% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.3.07	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS DE MÁS DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL
86.2.3.10	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO
86.2.3.11	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMÍA, RESECCIÓN DE BURSA POR ÚLCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO
86.2.3.12	DESBRIDAMIENTO DE LESIÓN PROFUNDA (ÚLCERA) CON COCCIGECTOMÍA
86.2.3.20	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN MANOS
86.2.3.21	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRONCO O POR EXTREMIDAD
86.2.3.22	ESCAROTOMÍA CUADRICULADA
86.2.3.23	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA HASTA EL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.24	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.25	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 10%AL 15% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.26	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 15% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.27	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA DE MÁS DEL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.30	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TARDÍA CON INJERTOS DE PIEL HASTA EL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.31	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TARDÍA CON INJERTOS DE PIEL, ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.32	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TARDÍA CON INJERTOS DE PIEL, ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.33	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TARDÍA CON INJERTOS DE PIEL, DE MÁS DEL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.40	ESCARECTOMÍA AVULSIVA HASTA EL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.41	ESCARECTOMÍA AVULSIVA ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.42	ESCARECTOMÍA AVULSIVA ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.43	ESCARECTOMÍA AVULSIVA MAYOR DEL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.3.50	ESCARECTOMÍA CON FASCIOTOMÍA EN EXTREMIDADES (POR QUEMADURA ELÉCTRICA)
<b>86.2.4.</b>	<b>DERMOEXFOLIACIÓN (QUIMIOCIRUGÍA DE PIEL)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CON ÁCIDO GLICÓLICO, ÁCIDO TRICLOROACÉTICO U OTRA SUSTANCIA</i>
86.2.4.01	DERMOEXFOLIACIÓN SUPERFICIAL
86.2.4.02	DERMOEXFOLIACIÓN MEDIA
86.2.4.03	DERMOEXFOLIACIÓN PROFUNDA
86.2.4.04	DERMOEXFOLIACIÓN CON LÁSER PARCIAL O TOTAL
<b>86.2.5.</b>	<b>ABRASIÓN DÉRMICA</b>

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
86.2.5.01	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA GENERAL
86.2.5.02	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA ESPECIAL
86.2.5.03	DERMOABRASIÓN PARCIAL (QUÍMICA O MECÁNICA) DE CARA
86.2.5.04	DERMOABRASIÓN TOTAL (QUÍMICA O MECÁNICA) DE CARA
<b>86.2.6.</b>	<b>OTROS DESBRIDAMIENTOS</b>
86.2.6.01	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA
86.2.6.02	SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA
<b>86.2.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE UÑA, LECHO O PLEGUE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>UÑAS DE MANOS O DE PIES</i>
86.2.7.01	ONICECTOMÍA
86.2.7.02	MATRICECTOMÍA PARCIAL
86.2.7.03	MATRICECTOMÍA TOTAL
<b>86.2.8.</b>	<b>DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL POR HERIDA, INFECCIÓN, QUEMADURA, ÚLCERAS POR DE DECÚBITO U OTRAS, MEDIANTE CEPILLADO, LAVADO, IRRIGACIÓN BAJA PRESIÓN, RASPADO CON O SIN APLICACIÓN DE TÓPICO</i>
86.2.8.01	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.8.02	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.8.03	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.8.04	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.8.05	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.8.06	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL
86.2.8.07	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL
<b>86.2.9.</b>	<b>FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
86.2.9.00	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD
<b>86.3.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>86.3.1.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>VERRUGAS, APÉNDICES DÉRMICOS Y FIBROCUTÁNEOS, LUNARES O CLAVOS</i>
86.3.1.01	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES
86.3.1.02	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, MÁS DE SEIS LESIONES
86.3.1.03	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES
86.3.1.04	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES
86.3.1.05	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, MÁS DE DIEZ LESIONES
<b>86.3.5.</b>	<b>ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA</b>

42

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
86.3.5.01	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, HASTA CINCO LESIONES
86.3.5.02	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES
86.3.5.03	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, MÁS DE DIEZ LESIONES
<b>86.3.6.</b>	<b>OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIONES CUTÁNEAS</b>
86.3.6.01	APERTURA O RESECCIÓN DE QUISTES O PÚSTULAS (CIRUGÍA PARA ACNÉ)
86.3.6.02	EXTRACCIÓN DE COMEDONES (COMEDOLISIS)
86.3.6.03	ABLACIÓN DE TELANGIECTASIAS POR ESCLEROTERAPIA
86.3.6.90	ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIÓN CUTÁNEA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR QUISTES DE MILIO, MOLUSCOS CONTAGIOSOS ENTRE OTRAS CAUSAS, MEDIANTE CURETAJE, EXTIRPACIÓN U OTRA TÉCNICA DE ERRADICACIÓN LOCAL</i>
<b>86.3.8.</b>	<b>ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR HAZ DE LÁSER</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR TELANGIECTASIAS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
86.3.8.00	ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS (TATUAJE) POR HAZ DE LÁSER SOD
<b>86.4.</b>	<b>ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN CUTÁNEA</b>
<b>86.4.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER DISECCIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO (40.3. - 40.4. - 40.5.)</i>
86.4.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA TRES CENTÍMETROS
86.4.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS
86.4.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS
86.4.1.04	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS
86.4.1.05	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)
86.4.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)
<b>86.4.2.</b>	<b>RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ÁREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES)</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR CUALQUIER RECONSTRUCCIÓN O REPARACIÓN CON INJERTO (86.6.1. - 86.6.7.) COLGAJO (86.7.0. - 86.7.5.)</i>
86.4.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN CENTÍMETRO
86.4.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTÍMETROS
86.4.2.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTÍMETROS
86.4.2.04	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
86.4.2.05	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS
<b>86.4.3.</b>	<b>CIRUGÍA MICROGRÁFICA [DE MOHS] POR CORTE</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO (89.8.)</i>
86.4.3.00	CIRUGÍA MICROGRÁFICA [DE MOHS] POR CORTE SOD
<b>86.5.</b>	<b>SUTURA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LA SUTURA COMO ACTIVIDAD DE OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO)</i>
<b>86.5.1.</b>	<b>SUTURA DE HERIDA EN ÁREA GENERAL</b>
86.5.1.01	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL
86.5.1.02	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL
<b>86.5.2.</b>	<b>SUTURA DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES)</b>
<b>Excluye:</b>	<i>SUTURA DE PÁRPADOS (08.8.) Y DE LABIOS (27.5.1.)</i>
86.5.2.01	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA
86.5.2.02	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS
86.5.2.03	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES
86.5.2.04	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA
86.5.2.05	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS
86.5.2.06	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES
86.5.2.07	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)
86.5.2.08	SUTURA DE AVULSIÓN EN PABELLÓN AURÍCULAR, NARIZ, LABIOS, PÁRPADOS O GENITALES
86.5.2.09	RECONSTRUCCIÓN DE AVULSIÓN (TOTAL O PARCIAL) DE CUERO CABELLUDO O ÁREA ESPECIAL CON TÉCNICA MICROVASCULAR
86.5.2.10	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL
<b>86.6.</b>	<b>INJERTO CUTÁNEO LIBRE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESCISIÓN DE PIEL PARA INJERTO AUTÓLOGO (SUTURA ZONA DADORA)</i>
<b>86.6.1.</b>	<b>INJERTO DE PIEL PARCIAL</b>
86.6.1.01	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL HASTA EL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.1.02	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL ENTRE EL DIEZ 10% HASTA EL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.1.03	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL ENTRE EL VEINTE 20% HASTA EL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.1.04	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL MAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.1.20	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA ESPECIAL HASTA EL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.1.21	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA ESPECIAL DE MÁS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
<b>86.6.2.</b>	<b>INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE</b>
86.6.2.01	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA GENERAL HASTA EL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.2.02	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA GENERAL ENTRE EL DIEZ 10% HASTA EL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.2.03	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA GENERAL ENTRE EL 20% HASTA EL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL

*ly*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
86.6.2.04	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA GENERAL MÁS DEL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.2.20	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA ESPECIAL HASTA EL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
86.6.2.21	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA ESPECIAL MÁS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL
<b>86.6.3.</b>	<b>INJERTO CONDROCUTÁNEO</b>
86.6.3.00	INJERTO CONDROCUTÁNEO SOD
<b>86.6.4.</b>	<b>INJERTO EN REGIÓN PILOSA (CEJA, BARBA O CUERO CABELLUDO)</b>
86.6.4.01	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST-TRAUMA)
86.6.4.02	MICROINJERTO DE CUERO CABELLUDO
86.6.4.03	INJERTO DE REGIÓN PILOSA
<b>86.6.5.</b>	<b>HETEROINJERTO DE PIEL</b>
86.6.5.01	INJERTO HETERÓLOGO DE PIEL
<b>86.6.6.</b>	<b>HOMOINJERTO O AUTOINJERTO DE PIEL</b>
86.6.6.01	INJERTO HOMÓLOGO DE PIEL
86.6.6.02	HOMOINJERTO O AUTOINJERTO DE PIEL POR CULTIVO
<b>86.6.7.</b>	<b>INJERTO GRASO [LIPOINJERTO]</b>
86.6.7.01	INJERTO GRASO
86.6.7.02	INJERTO DERMOGRASO
<b>86.7.</b>	<b>COLGAJOS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>COLGAJO EN LA MAMA (85.8.4.)</i>
<b>86.7.0.</b>	<b>COLGAJO LOCAL</b>
86.7.0.01	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS
86.7.0.02	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS
86.7.0.03	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS
86.7.0.04	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS
<b>86.7.1.</b>	<b>COLGAJOS COMPUESTOS</b>
86.7.1.01	COLGAJO ÚNICO DE CUERO CABELLUDO
86.7.1.02	COLGAJO MÚLTIPLE DE CUERO CABELLUDO
86.7.1.03	COLGAJO CUTÁNEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS
86.7.1.04	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS
86.7.1.05	COLGAJO LIBRE CUTÁNEO CON TÉCNICA MICROVASCULAR
86.7.1.06	COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TÉCNICA MICROVASCULAR
86.7.1.07	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)
86.7.1.08	COLGAJO COMPUESTO CON TÉCNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)
<b>86.7.2.</b>	<b>COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD (MUSCULARES, FASCIOCUTÁNEOS, MÚSCULO-CUTÁNEOS, OSTEOMÚSCULO-CUTÁNEOS)</b>
86.7.2.01	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS
86.7.2.02	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS
86.7.2.03	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS
<b>86.7.3.</b>	<b>DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO</b>
86.7.3.01	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]
86.7.3.02	COLGAJO COMPUESTO PREFABRICADO
<b>86.7.5.</b>	<b>REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO</b>

UP

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
86.7.5.00	REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO SOD
<b>86.8.</b>	<b>REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>POR SECUELA DE QUEMADURA O SINDACTILIA</i>
<b>86.8.1.</b>	<b>CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CICATRICES</b>
86.8.1.01	RESECCIÓN SIMPLE DE CICATRIZ EN ÁREA GENERAL
86.8.1.02	RESECCIÓN SIMPLE DE CICATRIZ EN ÁREA ESPECIAL
86.8.1.03	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA GENERAL
86.8.1.04	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA ESPECIAL
<b>86.8.2.</b>	<b>RITIDECTOMÍA FACIAL</b>
86.8.2.01	RITIDECTOMÍA ARRUGAS GLABELARES
86.8.2.02	RITIDECTOMÍA ARRUGAS ÁNGULO EXTERNO DEL OJO VÍA CORONAL
86.8.2.03	RITIDECTOMÍA CERVICOFACIAL SIN FRENTE
86.8.2.04	RITIDECTOMÍA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLA Y CUELLO)
86.8.2.05	RITIDECTOMÍA DE FRENTE (VÍA CORONAL O ENDOSCÓPICA)
86.8.2.06	RITIDECTOMÍA SUBPERIÓSTICA
<b>86.8.3.</b>	<b>PLASTIAS DE REDUCCIÓN DE TAMAÑO</b>
86.8.3.02	RESECCIÓN DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA
86.8.3.06	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCIÓN
86.8.3.07	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPECTOMÍA
86.8.3.08	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCIÓN
86.8.3.09	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPECTOMÍA
86.8.3.10	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCIÓN
86.8.3.11	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPECTOMÍA
86.8.3.12	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPOSUCCIÓN
86.8.3.13	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPECTOMÍA
86.8.3.14	PANICULECTOMÍA DE TÓRAX
86.8.3.15	PANICULECTOMÍA DE ABDOMEN
86.8.3.16	PANICULECTOMÍA DE MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS
<b>86.8.4.</b>	<b>PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL</b>
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, MÁS DE CINCO
<b>86.8.5.</b>	<b>PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, ZONAS DE FLEXIÓN, MANOS, PIES Y GENITALES)</b>
86.8.5.01	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE UNO A DOS
86.8.5.02	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO
86.8.5.03	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), MÁS 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), MÁS DE CINCO
86.8.5.07	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE

2

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
86.8.5.10	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXIÓN
<b>86.8.6.</b>	<b>ONICOPLASTIA</b>
86.8.6.01	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA
86.8.6.02	REPOSICIÓN UÑA DE POLIETILENO
86.8.6.03	RECONSTRUCCIÓN DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL
86.8.6.04	RECONSTRUCCIÓN DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO
<b>86.8.7.</b>	<b>PLASTIAS DE AUMENTO DE TAMAÑO</b>
86.8.7.01	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON DISPOSITIVO
86.8.7.02	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO
86.8.7.03	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO
86.8.7.04	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO
86.8.7.05	PLASTIA DE PANTORILLA CON DISPOSITIVO
<b>86.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>86.9.1.</b>	<b>RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA POR HIDRADENITIS E HIPERHIDROSIS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
86.9.1.01	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCIÓN GANGLIONAR
86.9.1.02	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS AXILARES CON RESECCIÓN TOTAL DEL ÁREA
86.9.1.03	RESECCIÓN PARCIAL DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS
86.9.1.04	RESECCIÓN TOTAL DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS
<b>86.9.2.</b>	<b>MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFEDEMA</b>
86.9.2.01	DERIVACIÓN LINFÁTICA (MANEJO DE LINFEDEMA)
86.9.2.02	ANASTOMOSIS LINFÁTICO VENOSO
86.9.2.03	ANASTOMOSIS LINFÁTICO LINFÁTICA
86.9.2.04	TRANSPOSICIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS CON ANASTOMOSIS
86.9.2.05	REDUCCIÓN DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (MANEJO DE LINFEDEMA)
<b>86.9.4.</b>	<b>RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
86.9.4.00	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD
<b>86.9.5.</b>	<b>CURACIÓN DE LESIONES EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO (86.2.8.)</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA (93.5.)</i>
86.9.5.00	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD
<b>86.9.6.</b>	<b>INSERCIÓN DE EXPANSOR TISULAR</b>
86.9.6.01	INSERCIÓN (SUBCUTÁNEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (ÚNICO O MÚLTIPLE)
<b>86.9.7.</b>	<b>RETIRO DE EXPANSOR TISULAR</b>
86.9.7.00	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (ÚNICO O MÚLTIPLE) SOD
<b>Sección 01</b>	
<b>PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS</b>	
<b>Capítulo 15</b>	
<b>IMAGENOLOGÍA</b>	
<b>87.</b>	<b>IMAGENOLOGÍA RADIOLÓGICA</b>
<b>87.0.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE CABEZA, CARA Y CUELLO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RADIOLOGÍA SIMPLE O CON MEDIO DE CONTRASTE DEGLUTIDO, TOMOGRAFÍAS LINEALES Y FLUÓROSCOPIA</i>

*2017*

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Excluye:</b>	ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ESPECIALES O INTERVENCIONISTAS O CON MEDIO DE CONTRASTE INYECTADO, INFILTRADO EN SITIO DE VISUALIZACIÓN ESTUDIO RADIOLÓGICO DE OJO (95.1.4.), ARTERIOGRAFÍAS (87.4.1.), FLEBOGRAFÍAS (87.4.3.), LINFANGIOGRAFÍAS (87.4.4.), DACRIOCISTOGRAFÍAS (87.4.6.)
<b>87.0.0.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE CRÁNEO</b>
87.0.0.01	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE
87.0.0.02	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA
87.0.0.03	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO
87.0.0.04	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA
87.0.0.05	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS
87.0.0.06	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS
87.0.0.07	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO
<b>87.0.1.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES Y TEJIDOS DENTARIOS</b>
87.0.1.01	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)
<b>Incluye:</b>	CON CEFALOSTATO
87.0.1.02	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS
87.0.1.03	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS
87.0.1.04	RADIOGRAFÍA DE MALAR
87.0.1.05	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO
87.0.1.07	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NAALES
87.0.1.08	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANAALES
87.0.1.12	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR
87.0.1.13	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR
87.0.1.14	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRFÍA]
87.0.1.31	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]
<b>87.0.3.</b>	<b>TOMOGRFÍA LINEAL Y POLITOMOGRFÍA DE CABEZA Y CUELLO</b>
87.0.3.01	POLITOMOGRFÍA DE MASTOIDES (UNILATERALO BILATERAL)
87.0.3.02	POLITOMOGRFÍA DE CONDUCTOS AUDITIVOS INTERNOS
87.0.3.03	POLITOMOGRFÍA DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES
87.0.3.05	TOMOGRFÍA LINEAL DE MAXILAR SUPERIOR
87.0.3.06	TOMOGRFÍA LINEAL DE MAXILAR INFERIOR
87.0.3.07	POLITOMOGRFÍA DE RINOFARINGE
87.0.3.08	POLITOMOGRFÍA SEMIAXIAL DE NARIZ
87.0.3.10	TOMOGRFÍA FUNCIONAL DE LARÍNGE
<b>87.0.4.</b>	<b>RADIOGRAFÍAS INTRAORALES</b>
87.0.4.40	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES
87.0.4.50	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS
87.0.4.51	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES
87.0.4.52	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES
87.0.4.53	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS
87.0.4.54	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES
87.0.4.55	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES
87.0.4.56	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO
87.0.4.60	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES
<b>87.0.6.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE CUELLO</b>
87.0.6.01	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO
87.0.6.02	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
87.0.6.03	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]
<b>87.1.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL, TÓRAX, Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RADIOLOGÍA SIMPLE O CON MEDIO DE CONTRASTE DEGLUTIDO, TOMOGRAFÍAS LINEALES Y FLÚOROSCOPIA ANGIOCARDIOGRAFÍAS SIN CONTRASTE</i>
<b>Excluye:</b>	<i>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ESPECIALES O INTERVENCIONISAS, CON MEDIO DE CONTRASTE INYECTADO O INFILTRADO EN SITIO VISUALIZADO ANGIOGRAFÍAS (87.5.1. - 87.6.1.) FLEBOGRAFÍAS (87.6.1. - 87.6.2.), MIELOGRAFÍAS Y DISCOGRAFÍAS (87.5.4. - 87.5.5.), LINFANGIOGRAFÍAS (87.5.3. - 87.6.4.), TC (87.9.)</i>
<b>87.1.0.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA ESTUDIO DE ESCOLIOSIS</i>
87.1.0.10	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL
87.1.0.19	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL
87.1.0.20	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA
87.1.0.30	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR
87.1.0.40	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA
87.1.0.50	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX
87.1.0.60	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL
87.1.0.61	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)
87.1.0.62	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)
87.1.0.70	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL
87.1.0.91	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS
<b>87.1.1.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE TÓRAX</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA COMBINADA CON ANGIOGRAFÍA CARDÍACA IZQUIERDA (87.6.2.31)</i>
87.1.1.11	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL
87.1.1.12	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN
87.1.1.21	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) CON BARIO
87.1.1.29	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES
87.1.1.81	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLÚOROSCOPIA PULMONAR
<b>87.1.2.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS</b>
87.1.2.02	APICOGRAMA
87.1.2.08	RADIOGRAFÍA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZÓN Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDÍACA) CON BARIO EN ESÓFAGO
<b>87.1.3.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE MEDIASTINO Y ÓRGANOS RELACIONADOS</b>
87.1.3.20	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO
<b>87.1.4.</b>	<b>TOMOGRAFÍA LINEAL Y POLITOMOGRAFÍA EN COLUMNA VERTEBRAL, TÓRAX Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS</b>
87.1.4.01	POLITOMOGRAFÍA DE TÓRAX
87.1.4.02	TOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN DOS PROYECCIONES
87.1.4.03	TOMOGRAFÍA DE MEDIASTINO Y TRÁQUEA
87.1.4.04	TOMOGRAFÍA LINEAL DE COLUMNA (CERVICAL, TORÁCICA O LUMBAR)
87.1.4.10	TOMOGRAFÍA DE TÓRAX (AP)
<b>87.2.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESTUDIO CON MEDIO DE CONTRASTE DEGLUTIDO O POR ENEMA; ESTUDIO TOMOGRAFÍA SIMPLE. TOMOGRAFÍA LINEAL</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Excluye:</b>	<i>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ESPECIALES O INTERVENCIONISTAS O CON MEDIO DE CONTRASTE INYECTADO O INFILTRADO EN SITIO VISUALIZADO ANGIOCARDIOGRAFÍAS CON CONTRASTE (87.7.1.), FLEBOGRAFÍAS (87.6.), VÍAS BILIARES (87.7.), LINFANGIOGRAFÍAS Y FISTULOGRAFÍAS (87.7.3. - 87.7.4.), TC (87.9.)</i>
<b>87.2.0.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN</b>
87.2.0.02	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE
87.2.0.11	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)
<b>87.2.1.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍA DIGESTIVA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESTUDIO CON MEDIO DE CONTRASTE DEGLUTIDO O POR ENEMA</i>
87.2.1.01	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL
87.2.1.02	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE
87.2.1.03	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CON MARCADORES
87.2.1.04	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA
87.2.1.05	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE
87.2.1.21	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)
87.2.1.22	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE
87.2.1.23	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL
<b>87.2.2.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE VASOS INTRABDOMINALES</b>
87.2.2.01	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR CATETERISMO BRAQUIAL RETROGRADO O POR CATETERISMO FEMORAL
87.2.2.02	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES
<b>87.2.5.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍAS BILIARES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESTUDIO RADIOLÓGICO SIMPLE, TOMOGRAFÍAS LINEALES; PRE O POSOPERATORIA</i>
87.2.5.10	COLECISTOGRAFÍA ORAL
87.2.5.20	COLANGIOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA
87.2.5.30	COLECISTOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA
<b>87.3.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ESPECIALES O INTERVENCIONISTAS O CON MEDIO DE CONTRASTE INYECTADO O INFILTRADO EN SITIO VISUALIZADO ANGIOGRAFÍAS (87.8.1. - 87.8.2.) FLEBOGRAFÍAS (87.8.3. - 87.8.4.), ARTROGRAFÍAS (87.8.7. - 87.8.8), LINFANGIOGRAFÍAS Y FISTULOGRAFÍAS (87.8.5. - 87.8.6.) TC (87.9.)</i>
<b>87.3.0.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES</b>
87.3.0.01	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA
<b>Incluye:</b>	<i>LATERAL DE CRÁNEO, LATERAL DE COLUMNA Y PANORÁMICA DE HUESOS LARGOS AP</i>
87.3.0.02	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)
87.3.0.03	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)
87.3.0.04	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]
<b>87.3.1.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES</b>
87.3.1.11	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO
87.3.1.12	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA
87.3.1.21	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO
87.3.1.22	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO
87.3.1.23	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
<b>87.3.2.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
87.3.2.02	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS
87.3.2.04	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO
87.3.2.05	RADIOGRAFÍA DE CODO
87.3.2.06	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA
87.3.2.10	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO
<b>87.3.3.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES</b>
87.3.3.02	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA], ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)
87.3.3.05	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)
87.3.3.06	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)
87.3.3.08	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)
87.3.3.11	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL
87.3.3.12	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)
87.3.3.13	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)
87.3.3.14	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL
87.3.3.33	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL)
87.3.3.35	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)
87.3.3.40	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)
<b>87.3.4.</b>	<b>RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR</b>
87.3.4.11	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)
87.3.4.12	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA
87.3.4.20	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)
87.3.4.22	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)
87.3.4.24	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA
87.3.4.26	RADIOGRAFÍAS AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES
87.3.4.31	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)
87.3.4.32	RADIOGRAFÍA DE ANTEPIE (AP, OBLICUA)
87.3.4.43	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES
87.3.4.44	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)
<b>87.3.5.</b>	<b>FLÚOROSCOPIA COMO GUÍA</b>
87.3.5.01	FLÚOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
<b>87.3.7.</b>	<b>TOMOGRFÍA LINEAL Y POLITOMOGRFÍA EN EXTREMIDADES</b>
87.3.7.10	TOMOGRFÍA OSTEOARTICULAR EN MIEMBRO SUPERIOR
87.3.7.20	TOMOGRFÍA OSTEOARTICULAR EN MIEMBRO INFERIOR
<b>87.4.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>
<b>Excluye:</b>	<i>TOMOGRFÍA COMPUTADA (87.9.), ESTUDIO RADIOLÓGICO DE OJO (95.1.4.)</i>
<b>87.4.1.</b>	<b>ARTERIOGRFÍAS DE VASOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ARTERIOGRFÍA RETRÓGRADA, PUNCIÓN ARTERIAL PARA INYECCIÓN DE MATERIAL DE CONTRASTE ANGIOGRFÍA DE ARTERIAS</i>
87.4.1.11	ARTERIOGRFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA
87.4.1.12	ARTERIOGRFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA

2/3



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	INTRACRANEANA
87.4.1.13	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA
87.4.1.14	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA
87.4.1.21	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA
87.4.1.22	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA
87.4.1.23	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA
87.4.1.24	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA
87.4.1.25	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO
87.4.1.30	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL
87.4.1.31	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA
87.4.1.32	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA
87.4.1.33	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CARÓTIDAS (PANANGIOGRAFÍA)
87.4.1.34	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO
87.4.1.50	ARTERIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO
<b>87.4.2.</b>	<b>RADIOGRAFÍAS DE CONTRASTE EN CEREBRO Y CRÁNEO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE: CISTERNOGRAFÍAS, VENTRICULOGRAFÍAS, RADIOGRAFÍA CON MEDIO DE CONTRASTE DE FOSA MEDIA</i>
87.4.2.00	CISTERNOGRAFÍA SOD
<b>87.4.3.</b>	<b>FLEBOGRAFÍA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>
87.4.3.01	VENOGRAFÍA SELECTIVA DIAGNÓSTICA DE CABEZA Y CUELLO (UNO O MÁS VASOS)
87.4.3.10	FLEBOGRAFÍA DE SENO SAGITAL SUPERIOR
87.4.3.11	FLEBOGRAFÍA EPIDURAL
87.4.3.12	FLEBOGRAFÍA ORBITARIA
87.4.3.13	FLEBOGRAFÍA YUGULAR CON CATÉTER
<b>87.4.5.</b>	<b>ARTROGRAFÍA EN CABEZA, CARA Y CUELLO</b>
87.4.5.10	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR
<b>87.4.6.</b>	<b>DACRIOCISTOGRAFÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>FLUOROSCOPIA</i>
87.4.6.01	DACRIOCISTOGRAFÍA UNILATERAL
87.4.6.02	DACRIOCISTOGRAFÍA BILATERAL
<b>87.4.7.</b>	<b>SIALOGRAFÍA</b>
87.4.7.00	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA) SOD
<b>87.4.8.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL EN CUELLO, FARINGE, LARINGE</b>
87.4.8.01	FARINGOLARINGOGRAFÍA
87.4.8.10	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)
<b>87.4.9.</b>	<b>OTROS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>USO DE VIDEO</i>
87.4.9.10	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)

62

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
87.4.9.31	ESTUDIO DE DERIVACIÓN [CORTOCIRCUITO] O DRENAJE A TRAVÉS DE CATÉTER PERMANENTE NO VASCULAR
<b>87.5.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>
<b>Excluye:</b>	<i>TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (87.9.)</i>
<b>87.5.1.</b>	<b>ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES</b>
87.5.1.00	ANGIOGRAFÍA ESPINAL POR SEGMENTO (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR) SOD.
<b>87.5.2.</b>	<b>FLEBOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES</b>
87.5.2.00	FLEBOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES SOD
<b>87.5.4.</b>	<b>DISCOGRAFÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBA DISCOGÉNICA</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES COMO GUÍA</i>
87.5.4.11	DISCOGRAFÍA CERVICAL (UN DISCO)
87.5.4.12	DISCOGRAFÍA CERVICAL (DOS O MÁS DISCOS)
87.5.4.21	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (UN DISCO)
87.5.4.22	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (DOS O MÁS DISCOS)
87.5.4.31	DISCOGRAFÍA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)
87.5.4.32	DISCOGRAFÍA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MÁS DISCOS)
87.5.4.41	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (UN DISCO)
87.5.4.42	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (DOS O MÁS DISCOS)
<b>87.5.5.</b>	<b>MIELOGRAFÍAS</b>
87.5.5.01	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA
87.5.5.10	MIELOGRAFÍA CERVICAL
87.5.5.20	MIELOGRAFÍA TORÁCICA
87.5.5.30	MIELOGRAFÍA LUMBAR
87.5.5.31	MIELOGRAFÍA DINÁMICA LUMBAR
<b>87.5.6.</b>	<b>ARTROGRAFÍAS EN COLUMNA</b>
87.5.6.01	ARTROGRAFÍA CERVICAL
87.5.6.03	ARTROGRAFÍA LUMBAR
<b>87.6.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN TÓRAX Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS INTRATORÁCICAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>
<b>Excluye:</b>	<i>TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (87.9.)</i>
<b>87.6.1.</b>	<b>ARTERIOGRAFÍAS EN VASOS DEL TÓRAX</b>
87.6.1.10	AORTOGRAMA TORÁCICO
<b>Incluye:</b>	<i>AORTOGRAFÍA DE AORTA Y CAYADO AÓRTICO</i>
87.6.1.11	MAPEO DEL ÁRBOL PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
87.6.1.20	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA
87.6.1.21	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO
<b>Incluye:</b>	<i>TÉCNICA DE [JUDKINS, RICKETTS Y ABRAMS]</i>
87.6.1.22	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO
87.6.1.23	VALORACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS
87.6.1.30	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR
87.6.1.31	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO
87.6.1.32	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA
87.6.1.36	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR UNILATERAL SELECTIVA
87.6.1.37	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCIÓN VENOSA
87.6.1.40	ARTERIOGRAFÍA TORÁCICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
87.6.1.90	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA TORÁCICA DE OTROS VASOS
<b>87.6.2.</b>	<b>ANGIOCARDIOGRAFÍAS</b>
<b>Incluye:</b>	ANGIOCARDIOGRAFÍAS SELECTIVAS, PUNCIÓN ARTERIAL E INSERCIÓN DE CATÉTER ARTERIAL PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE, CINEANGIOCARDIOGRAFÍAS
<b>Simultáneo:</b>	CATETERISMO CARDÍACO SIMULTÁNEO (37.2.)
87.6.2.12	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO
<b>Incluye:</b>	AURÍCULA DERECHA, VÁLVULA PULMONAR, VENTRÍCULO DERECHO (TRACTO DE SALIDA)
<b>Excluye:</b>	AQUELLA COMBINADA CON ANGIOGRAFÍA CARDÍACA IZQUIERDA (87.6.2.31)
87.6.2.22	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN IZQUIERDO
<b>Incluye:</b>	AURÍCULA IZQUIERDA, VÁLVULA AÓRTICA, VENTRÍCULO IZQUIERDO (TRACTO DE SALIDA)
<b>Excluye:</b>	AQUELLA COMBINADA CON ANGIOGRAFÍA CARDÍACA DERECHA (87.6.2.31)
87.6.2.31	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO E IZQUIERDO
87.6.2.41	ANGIOGRAFÍA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA
87.6.2.60	RADIOGRAFÍA CARDÍACA DE CONTRASTE NEGATIVO
<b>87.6.3.</b>	<b>FLEBOGRAFÍAS DE VASOS DEL TÓRAX</b>
<b>Incluye:</b>	ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS CON MATERIAL DE CONTRASTE, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE
87.6.3.20	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (VENAS PULMONARES)
87.6.3.90	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (OTRAS VENAS INTRATORÁCICAS)
<b>87.6.4.</b>	<b>LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA</b>
87.6.4.00	LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA SOD
<b>87.6.5.</b>	<b>FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA</b>
87.6.5.00	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD
<b>87.6.6.</b>	<b>BRONCOGRAFÍA DE CONTRASTE</b>
87.6.6.11	BRONCOGRAFÍA UNILATERAL
87.6.6.12	BRONCOGRAFÍA BILATERAL
<b>87.6.8.</b>	<b>MAMOGRAFÍA</b>
87.6.8.01	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA
87.6.8.02	MAMOGRAFÍA BILATERAL
87.6.8.03	TOMOSÍNTESIS
<b>87.6.9.</b>	<b>GALACTOGRAFÍA DE CONTRASTE</b>
87.6.9.01	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO
87.6.9.02	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS
<b>87.7.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS</b>
<b>Incluye:</b>	PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE
<b>Excluye:</b>	TOMOGRAFÍA COMPUTADA (87.9.)
<b>87.7.1.</b>	<b>ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS</b>
87.7.1.10	AORTOGRAMA ABDOMINAL
87.7.1.11	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR SERIOGRAFÍA
87.7.1.12	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA)
87.7.1.61	ESPLENOPTOGRAMA ARTERIAL
<b>Incluye:</b>	PARA ESTUDIO HEMODINÁMICO DE HIPERTENSIÓN PORTAL U OTRAS PATOLOGÍAS DE LA VENA PORTA
87.7.1.71	ARTERIOGRAFÍA PÉLVICA (SELECTIVA)
<b>87.7.2.</b>	<b>FLEBOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS</b>

5/8

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS CON MEDIO DE CONTRASTE, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE
87.7.2.01	FLEBOGRAFÍA [VENOGRAFÍA] ABDOMINAL O PÉLVICA (SELECTIVA)
87.7.2.10	FLEBOGRAFÍA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)
87.7.2.14	PORTOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA
<b>87.7.3.</b>	<b>LINFANGIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS</b>
87.7.3.01	LINFANGIOGRAFÍA ABDOMINAL (UNILATERAL O BILATERAL)
87.7.3.02	LINFANGIOGRAFÍA PÉLVICA (UNILATERAL O BILATERAL)
<b>87.7.4.</b>	<b>FISTULOGRAFÍA DE PARED ABDOMINAL</b>
87.7.4.00	FISTULOGRAFÍA DE PARED ABDOMINAL SOD
<b>87.7.5.</b>	<b>RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN Y PELVIS POR CONTRASTE CON GAS O MEDIO DE CONTRASTE</b>
87.7.5.01	PERITONEOGRAFÍA
<b>87.7.6.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN VÍAS BILIARES</b>
<b>Incluye:</b>	INTRAOPERATORIA O POSOPERATORIA
87.7.6.02	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR
87.7.6.03	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA
<b>87.7.8.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO</b>
87.7.8.01	UROGRAFÍA CON NEFROTOMOGRAMÍA
87.7.8.02	UROGRAFÍA INTRAVENOSA
<b>Incluye:</b>	MINUTADA, CON PLACAS RETARDADAS O ADICIONALES
87.7.8.12	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA
87.7.8.14	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA
87.7.8.15	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA O ANTERÓGRADA
87.7.8.16	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA
87.7.8.31	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA
87.7.8.51	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS
87.7.8.61	URETROCISTOGRAFÍA
87.7.8.62	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL
87.7.8.63	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA
87.7.8.71	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA
<b>87.7.9.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA GENITAL</b>
87.7.9.01	HISTEROSALPINGOGRAFÍA
87.7.9.32	SALPINGOGRAFÍA SELECTIVA CON RECANALIZACIÓN DE TROMPA
87.7.9.40	VAGINOGRAMÍA
87.7.9.41	GENITOGRAFÍA
87.7.9.51	VESICULOGRAFÍA
87.7.9.71	EPIDIDIMOGRAMÍA DE CONTRASTE
87.7.9.80	CAVERNOGRAMÍA Y CAVERNOMETRÍA
87.7.9.81	DEFERENTOGRAFÍA O VASOGRAFÍA
<b>87.8.</b>	<b>RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES</b>
<b>Incluye:</b>	PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE
<b>Excluye:</b>	TOMOGRAMÍA COMPUTADA (87.9.)
<b>87.8.1.</b>	<b>ARTERIOGRAMÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES</b>
<b>Incluye:</b>	ARTERIOGRAMÍA RETRÓGRADA, PUNCIÓN ARTERIAL PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE ANGIOGRAMÍA DE ARTERIAS
87.8.1.01	ARTERIOGRAMÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR

47

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
87.8.1.11	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO
<b>87.8.2.</b>	<b>ARTERIOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ARTERIOGRAFÍA RETRÓGRADA, PUNCIÓN ARTERIAL PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE ANGIOGRAFÍA DE ARTERIAS</i>
87.8.2.01	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN
<b>87.8.3.</b>	<b>FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS CON MATERIAL DE CONTRASTE, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>
87.8.3.01	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR
<b>87.8.4.</b>	<b>FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS CON MEDIO DE CONTRASTE, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>
87.8.4.01	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR
<b>87.8.5.</b>	<b>LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES</b>
87.8.5.01	LINFANGIOGRAFÍA DE UN MIEMBRO SUPERIOR
87.8.5.02	LINFANGIOGRAFÍA DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES
<b>87.8.6.</b>	<b>LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES</b>
87.8.6.01	LINFANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR
87.8.6.02	LINFANGIOGRAFÍA DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES
<b>87.8.7.</b>	<b>ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PUNCIÓN CON INFILTRACIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES COMO GUÍA</i>
87.8.7.11	ARTROGRAFÍA DE HOMBRO
87.8.7.21	ARTROGRAFÍA DE CODO
87.8.7.31	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA
<b>87.8.8.</b>	<b>ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PUNCIÓN CON INFILTRACIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES COMO GUÍA</i>
87.8.8.11	ARTROGRAFÍA DE CADERA
87.8.8.12	ARTROGRAFÍA DE RODILLA
87.8.8.31	ARTROGRAFÍA DE TOBILLO
<b>87.8.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA</b>
87.8.9.01	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA A TRAVÉS DE CATÉTER PREVIAMENTE COLOCADO
87.8.9.02	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA
87.8.9.03	VENOGRAFIA SELECTIVA
87.8.9.04	LINFANGIOGRAFIA
87.8.9.05	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO VÍA PERCUTÁNEA
<b>87.9.</b>	<b>TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)</b>
<b>Excluye:</b>	<i>TOMOGRAFÍAS LINEALES (87.0. - 87.3.)</i>
<b>87.9.1.</b>	<b>TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO</b>
87.9.1.11	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE
87.9.1.12	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE
87.9.1.13	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE
87.9.1.14	CISTERNOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)
87.9.1.16	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)

4/0

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
87.9.1.21	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS
87.9.1.22	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO
87.9.1.31	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA
87.9.1.32	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE
87.9.1.41	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA)
87.9.1.50	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)
87.9.1.61	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO
87.9.1.62	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE
<b>87.9.2.</b>	<b>TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA</b>
87.9.2.01	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)
87.9.2.05	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)
<b>87.9.3.</b>	<b>TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE TÓRAX</b>
87.9.3.01	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX
<b>Incluye:</b>	<i>PUNTAJE DE CALCIO CORONARIO</i>
87.9.3.02	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS
87.9.3.91	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES
<b>87.9.4.</b>	<b>TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS</b>
87.9.4.10	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR
87.9.4.11	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]
87.9.4.20	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)
87.9.4.21	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA
87.9.4.30	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]
87.9.4.60	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS
<b>87.9.5.</b>	<b>TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES</b>
87.9.5.10	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES
87.9.5.20	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES
87.9.5.22	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)
87.9.5.23	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)
<b>87.9.6.</b>	<b>TOMOGRFÍAS POR EMISIÓN DE POSITRONES</b>
87.9.6.01	TOMOGRFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES [PET-TC]
<b>87.9.9.</b>	<b>OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA</b>
87.9.9.01	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE VASOS
<b>Incluye:</b>	<i>ANGIOTC</i>
87.9.9.02	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]
87.9.9.03	TOMOGRFÍA COMPUTADA CON PERFUSIÓN
87.9.9.04	TOMOGRFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA ENDOVASCULAR (INTRAVASCULAR)
87.9.9.10	TOMOGRFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL
87.9.9.11	TOMOGRFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL
87.9.9.20	TOMOGRFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)
87.9.9.90	TOMOGRFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
<b>88.</b>	<b>IMAGENOLÓGÍA CON OTRAS TÉCNICAS NO RADIOLÓGICAS</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>ESTUDIOS DE IMÁGEN DIAGNÓSTICA CON ULTRASONIDO O ULTRASONOGRAFÍA O ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA</i>
<b>88.1.</b>	<b>ECOGRAFÍA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS (88.2.)</i>
<b>88.1.1.</b>	<b>ECOGRAFÍA DE CABEZA, CARA O CUELLO</b>
88.1.1.12	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS
88.1.1.18	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER
88.1.1.31	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
88.1.1.41	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
88.1.1.51	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)
<b>88.1.2.</b>	<b>ECOGRAFÍA DEL TÓRAX Y ÓRGANOS TORÁCICOS</b>
88.1.2.01	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
<b>Incluye:</b>	<i>MARCACIÓN ECOGRÁFICA PREQUIRÚRGICA DE MAMA, CON ALAMBRE O AGUJA</i>
88.1.2.02	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO
88.1.2.03	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON CONTRASTE
88.1.2.04	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL
88.1.2.05	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO
88.1.2.06	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO CON CONTRASTE
88.1.2.07	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL
88.1.2.08	MONITOREO ECOCARDIOGRÁFICO TRANSESOFÁGICO
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O INTERVENCIONISTAS</i>
88.1.2.09	ECOCARDIOGRAFÍA INTRACARDÍACA
88.1.2.10	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA
88.1.2.11	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)
88.1.2.12	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS
88.1.2.13	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE TRÁQUEA, BRONQUIOS Y MEDIASTINO
<b>88.1.3.</b>	<b>ECOGRAFÍA DE ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS</b>
88.1.3.01	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS
88.1.3.02	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)
88.1.3.05	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR (HÍGADO, PÁNCREAS, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)
88.1.3.06	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA
88.1.3.12	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO
88.1.3.13	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)
88.1.3.14	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO
88.1.3.17	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA
88.1.3.18	ECOGRAFÍA DE RECTO
88.1.3.19	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO
88.1.3.20	ECOGRAFÍA DE AÑO
88.1.3.21	ECOGRAFÍA LAPAROSCÓPICA DE ABDOMEN
88.1.3.31	ECOGRAFÍA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES
88.1.3.32	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)
88.1.3.40	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)
88.1.3.60	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER
88.1.3.62	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	DOPPLER
88.1.3.90	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA
<b>88.1.4.</b>	<b>ECOGRAFÍA DE PELVIS Y DE GENITALES FEMENINOS</b>
88.1.4.01	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL
88.1.4.02	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL
88.1.4.03	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL) (TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MÁS)
88.1.4.10	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)
88.1.4.31	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL
88.1.4.32	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL
88.1.4.34	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON PERFIL BIOFÍSICO
88.1.4.35	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL
88.1.4.36	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL
88.1.4.37	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO
<b>88.1.5.</b>	<b>ECOGRAFÍA PÉLVICA Y DE GENITALES MASCULINOS</b>
88.1.5.01	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL
88.1.5.02	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL
88.1.5.10	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
88.1.5.11	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER
88.1.5.21	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
<b>88.1.6.</b>	<b>ECOGRAFÍA DE LAS EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES</b>
88.1.6.01	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
88.1.6.02	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
88.1.6.03	ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN NERVIOS DE EXTREMIDADES
88.1.6.10	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO
88.1.6.11	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO
88.1.6.12	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)
88.1.6.13	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO
<b>Incluye:</b>	<i>DEDOS</i>
88.1.6.20	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA
88.1.6.21	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO
88.1.6.22	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE
<b>Incluye:</b>	<i>DEDOS</i>
88.1.6.30	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA
88.1.6.40	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO
<b>88.1.7.</b>	<b>OTRAS ECOGRAFÍAS</b>
88.1.7.01	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
88.1.7.02	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN
88.1.7.03	ELASTOSONOGRAFÍA
<b>88.2.</b>	<b>ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS</b>
<b>88.2.1.</b>	<b>ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO</b>
88.2.1.03	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL
88.2.1.05	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS
88.2.1.12	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO
88.2.1.32	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>88.2.2.</b>	<b>ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DEL ABDOMEN Y PELVIS</b>
88.2.2.03	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS
88.2.2.12	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL
88.2.2.22	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES
88.2.2.32	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS
88.2.2.42	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO
88.2.2.52	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA
88.2.2.62	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS
88.2.2.70	PLETISMOGRAFIA ARTERIAL PENEANA
88.2.2.72	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE
88.2.2.82	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES
88.2.2.92	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES
88.2.2.94	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS
88.2.2.96	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL
88.2.2.98	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA
<b>88.2.3.</b>	<b>ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE EXTREMIDADES</b>
88.2.3.01	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES
88.2.3.02	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES
88.2.3.05	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES
88.2.3.06	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES
88.2.3.07	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES
88.2.3.08	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES
88.2.3.09	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES
88.2.3.16	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR
88.2.3.17	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES
88.2.3.18	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR
88.2.3.20	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES
88.2.3.21	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES
88.2.3.25	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES
88.2.3.26	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES
88.2.3.40	PLETISMOGRAFÍA ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES POST EJERCICIO
88.2.3.50	PLETISMOGRAFÍA VENOSA CUANTITATIVA DE AIRE EN MIEMBROS INFERIORES
88.2.3.70	FLEBOGRAFÍA DE IMPEDANCIA
88.2.3.90	MEDICIÓN DE PRESIONES SEGMENTARIAS E ÍNDICES ARTERIALES CON DOPPLER
<b>88.2.6.</b>	<b>ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE TRASPLANTES (ÓRGANOS TRASPLANTADOS)</b>
88.2.6.02	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS
88.2.6.03	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO
<b>88.2.8.</b>	<b>OTROS ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS NO ESPECIFICADOS EN OTRO CONCEPTO</b>
88.2.8.01	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
88.2.8.40	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA EN COLOCACIÓN DE CATÉTERES
<b>88.3.</b>	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON GADOLINIO DTPA ENTRE OTROS MEDIOS DE CONTRASTE</i>
<b>88.3.1.</b>	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO</b>
88.3.1.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO
88.3.1.02	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA
88.3.1.03	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS
88.3.1.04	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO FUNCIONAL
88.3.1.05	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
88.3.1.06	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFÍA
88.3.1.07	RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO
88.3.1.08	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS
88.3.1.09	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS
88.3.1.10	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA
88.3.1.11	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO
<b>88.3.2.</b>	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL</b>
88.3.2.10	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE
88.3.2.11	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE
88.3.2.20	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE
88.3.2.21	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE
88.3.2.30	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE
88.3.2.31	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE
88.3.2.32	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROILÍACA SIMPLE
88.3.2.33	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROILÍACA CON CONTRASTE
88.3.2.34	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE
88.3.2.35	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE
<b>88.3.3.</b>	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX</b>
88.3.3.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX
88.3.3.21	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)
88.3.3.22	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO
88.3.3.23	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL (PERFUSIÓN CORONARIA CON ESTRÉS FÍSICO O FARMACOLÓGICO)
88.3.3.41	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)
88.3.3.51	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA
88.3.3.90	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR
<b>88.3.4.</b>	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS</b>
88.3.4.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN
88.3.4.30	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES
88.3.4.34	COLANGIORESONANCIA
88.3.4.35	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]
88.3.4.36	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]
88.3.4.40	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS
88.3.4.41	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO
88.3.4.42	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA

43

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
88.3.4.43	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA
<b>88.3.5.</b>	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES</b>
88.3.5.11	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES
88.3.5.12	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)
88.3.5.21	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES
88.3.5.22	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)
88.3.5.45	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA
88.3.5.60	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL
88.3.5.90	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
<b>88.3.7.</b>	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA</b>
88.3.7.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)
<b>88.3.9.</b>	<b>ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO</b>
88.3.9.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUERPO ENTERO
88.3.9.02	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO
88.3.9.03	RESONANCIA MAGNÉTICA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS
88.3.9.04	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN
88.3.9.05	ESPECTROSCOPIA
88.3.9.08	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS
<b>Incluye:</b>	<i>ANGIORM</i>
88.3.9.09	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA
88.3.9.10	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESTUDIO DINÁMICO (CINE RESONANCIA)
88.3.9.11	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL
88.3.9.12	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL
<b>88.6.</b>	<b>OTRAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN</b>
<b>88.6.0.</b>	<b>ESTUDIOS DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA</b>
88.6.0.11	OSTEODENSITOMETRÍA POR TC
88.6.0.12	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL
88.6.0.13	OSTEODENSITOMETRÍA Y COMPOSICIÓN CORPORAL (TEJIDOS BLANDOS)
88.6.0.14	MORFOMETRÍA VERTEBRAL
<b>88.7.</b>	<b>OTROS ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGIA</b>
<b>88.7.0.</b>	<b>CINERADIOGRAFÍAS</b>
88.7.0.01	CINERADIOGRAFÍA
88.7.0.02	CINEANGIOGRAFÍA
<b>88.7.1.</b>	<b>NAVEGACIÓN ELECTROMAGNÉTICA</b>
88.7.1.01	NAVEGACIÓN ELECTROMAGNÉTICA COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS
<b>88.7.2.</b>	<b>DEFECOGRAFÍAS</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER GUÍA IMAGENOLÓGICA (88.3.9.03 - 88.1.7.01)</i>
88.7.2.01	DEFECOGRAFÍA
<b>Capítulo 16 CONSULTA, MONITORIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</b>	

C/S

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>89.</b>	<b>CONSULTA, MEDICIONES ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS, EXÁMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLÓGICOS</b>
<b>89.0.</b>	<b>ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACIÓN [VALORACIÓN]</b>
<b>Incluye:</b>	AQUELLA EN CUALQUIER FASE DE LA ATENCIÓN: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN INTEGRAL; CONSEJERÍA COMO ACTIVIDAD DE CUALESQUIER CONSULTA, ENTREVISTA O EVALUACIÓN; AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES; LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS CONTEMPLADAS SEGÚN RESOLUCIÓN 2927 DE JULIO DE 1998 O NORMA VIGENTE
<b>89.0.1.</b>	<b>ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACIÓN (VISITA) DOMICILIARIA O AL SITIO DE TRABAJO</b>
<b>Incluye:</b>	LA PROVISIÓN INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES (ENTREVISTA, CONSULTA, EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO, SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO, EVALUACIÓN) AL USUARIO Y FAMILIA EN SU LUGAR DE RESIDENCIA O SITIO DE TRABAJO, PARA RESTAURAR O MANTENER SU FUNCIONALIDAD FÍSICA, MENTAL O SENSORIAL; COMPRENDE TAMBIÉN LA VISITA EPIDEMIOLÓGICA
89.0.1.01	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL
89.0.1.02	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA
89.0.1.03	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ODONTOLOGÍA GENERAL
89.0.1.05	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA
<b>Incluye:</b>	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR ENFERMERA PROFESIONAL O AUXILIAR DE ENFERMERÍA BAJO SU ESTRICTA SUPERVISIÓN
89.0.1.06	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
89.0.1.08	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA
89.0.1.09	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL
89.0.1.10	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRÍA Y FONOAUDILOGÍA
89.0.1.11	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA
89.0.1.12	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA
89.0.1.13	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL
89.0.1.14	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PROMOTOR DE LA SALUD
89.0.1.15	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
89.0.1.16	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD
89.0.1.20	ATENCIÓN (VISITA) AL SITIO DE TRABAJO, POR TERAPIA (OCUPACIONAL O FÍSICA)
<b>Incluye:</b>	AQUELLA PARA ADAPTACIÓN DEL TRABAJADOR AL PUESTO DE TRABAJO
89.0.1.25	ATENCIÓN (VISITA) AL SITIO DE TRABAJO, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
<b>89.0.2.</b>	<b>CONSULTA DESCRITA COMO GLOBAL O DE PRIMERA VEZ</b>
<b>Incluye:</b>	ENTREVISTA, EVALUACIÓN, VALORACIÓN O CONSULTA (ANAMNESIS, TOMA DE SIGNOS VITALES, EXAMEN FÍSICO O EVALUACIÓN DE TODOS LOS SISTEMAS O DEL SISTEMA PERTINENTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y LA ESPECIALIDAD; EN CUALQUIER FASE DE LA ATENCIÓN: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO O REHABILITACIÓN INTEGRAL
89.0.2.01	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL
89.0.2.02	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
<b>Incluye:</b>	AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACIÓN, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASÍ COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL
<b>Excluye:</b>	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.2.25 A 89.0.2.94

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.2.03	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL
<b>Incluye:</b>	ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA
<b>Excluye:</b>	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7.)
89.0.2.04	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA
<b>Excluye:</b>	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.2.17 A 89.0.2.24 Y 89.0.2.36
89.0.2.05	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA
89.0.2.06	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
89.0.2.07	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA
<b>Incluye:</b>	OPTOMETRÍA, TONOMETRÍA Y VALORACIÓN ORTÓPTICA LIMITADA O INICIAL, PRESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS O AYUDAS ÓPTICAS VISUALES, REMISIÓN PARA: EVALUACIÓN ORTÓPTICA, ADAPTACIÓN Y AJUSTE DE PRÓTESIS O AYUDAS ÓPTICAS VISUALES
<b>Excluye:</b>	EVALUACIÓN ORTÓPTICA (95.3.5.), EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN (95.0.2.), ADAPTACIÓN Y SUMINISTRO DE PRÓTESIS (95.3.4.), PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS ESPECIALES ESPECÍFICOS (95.0. - 95.3.)
89.0.2.08	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA
89.0.2.09	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL
<b>Incluye:</b>	AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS
89.0.2.10	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDILOGÍA
89.0.2.11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA
89.0.2.12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA
89.0.2.13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL
<b>Incluye:</b>	PRUEBAS DE TAMIZAJE
89.0.2.14	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIAS ALTERNATIVAS
89.0.2.15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
89.0.2.16	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
<b>Excluye:</b>	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR (89.0.2.63)
89.0.2.17	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL
89.0.2.18	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA
89.0.2.19	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL
89.0.2.20	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA
89.0.2.21	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA
89.0.2.22	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
89.0.2.23	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
89.0.2.24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL
89.0.2.25	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA
89.0.2.26	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
89.0.2.27	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR
89.0.2.28	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA

57

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.2.29	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.30	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
89.0.2.31	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
89.0.2.32	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
89.0.2.33	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX
89.0.2.34	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
89.0.2.35	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
89.0.2.36	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL
89.0.2.37	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA
89.0.2.38	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.39	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA
89.0.2.40	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
89.0.2.41	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA
89.0.2.42	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
89.0.2.43	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
89.0.2.44	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
89.0.2.45	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.46	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA
89.0.2.47	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.48	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA
89.0.2.49	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA
89.0.2.50	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
89.0.2.51	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
89.0.2.52	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.53	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA
89.0.2.54	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA
89.0.2.55	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA
89.0.2.56	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL
89.0.2.57	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (AYURVEDA)
89.0.2.58	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPÁTICA)
89.0.2.59	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (MEDICINA TRADICIONAL CHINA)
89.0.2.60	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NATUROPATÍA)
89.0.2.61	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.2.62	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
89.0.2.63	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
<b>Excluye:</b>	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (89.0.2.16)
89.0.2.64	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
89.0.2.65	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE
89.0.2.66	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
89.0.2.67	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR
89.0.2.68	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
89.0.2.69	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.70	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA
89.0.2.71	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA
89.0.2.72	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.73	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA
89.0.2.74	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
89.0.2.75	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.76	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
89.0.2.77	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.78	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA
89.0.2.79	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.80	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
89.0.2.81	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.82	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
89.0.2.83	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
89.0.2.84	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
89.0.2.85	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.86	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
89.0.2.87	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA
89.0.2.88	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
89.0.2.89	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.2.90	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA
89.0.2.91	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA
89.0.2.92	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES
89.0.2.94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
89.0.2.95	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (OSTEOPÁTICA)
89.0.2.96	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NEURALTERAPÉUTICA)

40

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.3.	<b>CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO</b>
Incluye:	ENTREVISTA, EVALUACIÓN, VALORACIÓN O CONSULTA LIMITADAS: PARA UN PROBLEMA YA CONOCIDO, SOBRE UN SISTEMA O UN ÓRGANO ESPECÍFICO, PARA SEGUIMIENTO EN CUALQUIER ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE LAS FASES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD O PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
Excluye:	EVALUACIÓN ORTÓPTICA-PLEÓPTICA (95.0.1., EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN (95.0.2.)
89.0.3.01	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
89.0.3.02	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
Incluye:	AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIÓDICA, EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACIÓN DE ORTESIS-PRÓTESIS
Excluye:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.3.25 - 89.0.3.94
89.0.3.03	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL
89.0.3.04	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA
Excluye:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.3.17 A 89.0.3.24 Y 89.0.3.36
89.0.3.05	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA
89.0.3.06	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
89.0.3.07	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA
Incluye:	EVALUACIÓN Y AJUSTE DE LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AYUDAS DE BAJA VISIÓN) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISIÓN DE LA PRÓTESIS OCULAR ADAPTADA
Excluye:	EVALUACIÓN ORTÓPTICA-PLEÓPTICA (95.0.1.), EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN (95.0.2.)
89.0.3.08	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA
89.0.3.09	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL
Incluye:	AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS
89.0.3.10	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGÍA
89.0.3.11	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA
89.0.3.12	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA RESPIRATORIA
89.0.3.13	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL
Incluye:	PRUEBAS DE TAMIZAJE
89.0.3.14	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIAS ALTERNATIVAS
89.0.3.15	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
89.0.3.16	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
Excluye:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR (89.0.3.63)
89.0.3.17	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL
89.0.3.18	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.3.19	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL
89.0.3.20	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA
89.0.3.21	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA
89.0.3.22	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
89.0.3.23	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
89.0.3.24	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL
89.0.3.25	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA
89.0.3.26	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
89.0.3.27	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR
89.0.3.28	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA
89.0.3.29	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.30	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
89.0.3.31	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
89.0.3.32	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
89.0.3.33	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX
89.0.3.34	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
89.0.3.35	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
89.0.3.36	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL
89.0.3.37	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA
89.0.3.38	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.39	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA
89.0.3.40	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
89.0.3.41	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA
89.0.3.42	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
89.0.3.43	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
89.0.3.44	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
89.0.3.45	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.46	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.3.47	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.48	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA
89.0.3.49	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA
89.0.3.50	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
89.0.3.51	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
89.0.3.52	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.53	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA
89.0.3.54	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA
89.0.3.55	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA
89.0.3.56	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL
89.0.3.57	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (AYURVEDA)
89.0.3.58	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPÁTICA)
89.0.3.59	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (MEDICINA TRADICIONAL CHINA)
89.0.3.60	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NATUROPATÍA)
89.0.3.61	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE
89.0.3.62	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
89.0.3.63	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
<b>Excluye:</b>	<i>CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (89.0.3.16)</i>
89.0.3.64	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
89.0.3.65	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE
89.0.3.66	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
89.0.3.67	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR
89.0.3.68	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
89.0.3.69	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.70	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA
89.0.3.71	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA
89.0.3.72	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.73	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.3.74	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
89.0.3.75	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.76	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
89.0.3.77	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.78	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA
89.0.3.79	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.80	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
89.0.3.81	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.82	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
89.0.3.83	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
89.0.3.84	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
89.0.3.85	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.86	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
89.0.3.87	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA
89.0.3.88	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
89.0.3.89	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.3.90	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA
89.0.3.91	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA
89.0.3.92	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES
89.0.3.94	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
89.0.3.95	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (OSTEOPÁTICA)
89.0.3.96	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NEURALTERAPÉUTICA)
<b>89.0.4.</b>	<b>INTERCONSULTA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ACTO MEDIANTE EL CUAL UN ESPECIALISTA U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD A SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE (GENERAL O ESPECIALISTA), EMITE OPINIÓN DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA SIN ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DIRECTA EN EL MANEJO DEL USUARIO, TANTO EN EL ÁMBITO AMBULATORIO COMO INTRAHOSPITALARIO</i>
89.0.4.01	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL
89.0.4.02	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIÓDICA, EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACIÓN DE ORTESIS-PRÓTESIS</i>

SP

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Excluye:</b>	<i>INTERCONSULTA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.4.25 A 89.0.4.94</i>
89.0.4.03	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL
89.0.4.04	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA
<b>Excluye:</b>	<i>INTERCONSULTA POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.4.17 A 89.0.4.24 Y 89.0.4.36</i>
89.0.4.05	INTERCONSULTA POR ENFERMERÍA
89.0.4.06	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
<b>Incluye:</b>	<i>MANEJO NUTRICIONAL ENTERAL, PARENTERAL, SUPLEMENTACIÓN DE LA VÍA ORAL O MANEJO DIETARIO ESPECIALIZADO (PROCESO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL, ANAMNESIS ALIMENTARIA CÁLCULO DE REQUERIMIENTOS Y PRESCRIPCIÓN DE DIETAS ESPECIALES AJUSTADOS A REQUERIMIENTOS INDIVIDUALES)</i>
89.0.4.08	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA
89.0.4.09	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL
89.0.4.10	INTERCONSULTA POR FONOAUDILOGÍA
89.0.4.11	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA
89.0.4.12	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA
89.0.4.13	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL
89.0.4.16	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
<b>Excluye:</b>	<i>INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR (89.0.4.63)</i>
89.0.4.17	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL
89.0.4.18	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA
89.0.4.19	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL
89.0.4.20	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA
89.0.4.21	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA
89.0.4.22	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
89.0.4.23	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
89.0.4.24	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL
89.0.4.25	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA
89.0.4.26	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
89.0.4.27	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR
89.0.4.28	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA
89.0.4.29	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.30	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
89.0.4.31	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
89.0.4.32	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
89.0.4.33	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX
89.0.4.34	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
89.0.4.35	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
89.0.4.36	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL
89.0.4.37	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA
89.0.4.38	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.39	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA
89.0.4.40	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
89.0.4.41	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA

20

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.4.42	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
89.0.4.43	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
89.0.4.44	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
89.0.4.45	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.46	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA
89.0.4.47	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.48	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA
89.0.4.49	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA
89.0.4.50	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
89.0.4.51	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
89.0.4.52	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.53	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA
89.0.4.54	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA
89.0.4.55	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA
89.0.4.56	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL
89.0.4.57	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (AYURVEDA)
89.0.4.58	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPÁTICA)
89.0.4.59	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (MEDICINA TRADICIONAL CHINA)
89.0.4.60	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NATUROPATÍA)
89.0.4.61	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE
89.0.4.62	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
89.0.4.63	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
<b>Excluye:</b>	<i>INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (89.0.4.16)</i>
89.0.4.64	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
89.0.4.65	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE
89.0.4.66	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
89.0.4.67	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR
89.0.4.68	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
89.0.4.69	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.70	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA
89.0.4.71	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA
89.0.4.72	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.73	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA
89.0.4.74	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
89.0.4.75	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.76	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
89.0.4.77	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.78	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA
89.0.4.79	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.80	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
89.0.4.81	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.82	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.4.83	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
89.0.4.84	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
89.0.4.85	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.86	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
89.0.4.87	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA
89.0.4.88	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
89.0.4.89	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.4.90	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA
89.0.4.91	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA
89.0.4.92	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES
89.0.4.94	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
89.0.4.95	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (OSTEOPÁTICA)
89.0.4.96	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NEURALTERAPÉUTICA)
<b>89.0.5.</b>	<b>JUNTA MÉDICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ÓRGANO CONSULTIVO CONFORMADO POR PROFESIONALES MÉDICOS ESPECIALISTAS (MÍNIMO TRES), A FIN DE DICTAMINAR SOBRE LA CONDUCTA A SEGUIR CON LOS USUARIOS, PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO O ACCIÓN TERAPÉUTICA AQUELLAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL</i>
89.0.5.01	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA, POR MEDICINA GENERAL Y CASO (PACIENTE)
89.0.5.02	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)
89.0.5.03	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)
<b>89.0.6.</b>	<b>CUIDADO (MANEJO) Y ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA ATENCIÓN DIARIA AL PACIENTE INTERNADO, UTILIZANDO MÉTODOS COMO LAS RONDAS, REVISTAS ENTRE OTROS, REALIZADA EN CUALESQUIER SERVICIO</i>
89.0.6.01	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL
89.0.6.02	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA
89.0.6.04	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA
89.0.6.05	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERÍA
89.0.6.06	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
<b>Incluye:</b>	<i>VALORACIÓN NUTRICIONAL, MANEJO DIARIO Y MONITOREO DIETARIO CON NUTRICIÓN ENTERAL, PARENTERAL, SUPLEMENTACIÓN DE VÍA ORAL O RÉGIMEN DIETÉTICO ESPECIAL A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN</i>
89.0.6.08	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA
89.0.6.09	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL
<b>Incluye:</b>	<i>ASESORIA Y ORIENTACIÓN, REUBICACION EXTRAINSTITUCIONAL DE PACIENTES INTERNADOS EN LOS CASOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS</i>
89.0.6.10	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRÍA Y FONOAUDILOGÍA
89.0.6.11	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FÍSICA
89.0.6.12	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA
89.0.6.13	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL
89.0.6.15	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
<b>89.0.7.</b>	<b>CONSULTA DE URGENCIAS</b>
89.0.7.01	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.0.7.02	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
<b>Excluye:</b>	<i>CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.7.35, 89.0.7.50, 89.0.7.63, 89.0.7.80, 89.0.7.81, 89.0.7.83 Y 89.0.7.93</i>
89.0.7.03	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL
89.0.7.04	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA
89.0.7.35	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
89.0.7.50	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
89.0.7.63	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
89.0.7.80	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
89.0.7.81	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
89.0.7.83	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
89.0.7.93	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS
<b>89.1.</b>	<b>MEDICIONES ANATOMICAS, FISIOLÓGICAS Y EXAMENES MANUALES DE SISTEMA NERVIOSO Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXAMEN DE OÍDO (95.4.), EXAMEN DE OJO (95.0.) Y LOS PROCEDIMIENTOS LISTADOS SI HACEN PARTE DE UNA CONSULTA GLOBAL DE PRIMERA VEZ O DE CONTROL (89.0.) (OMITIR CÓDIGOS)</i>
<b>89.1.0.</b>	<b>PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTÍDEO</b>
89.1.0.00	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTÍDEO [WADA] SOD
<b>89.1.1.</b>	<b>TONOMETRÍA</b>
89.1.1.00	TONOMETRÍA SOD
<b>89.1.2.</b>	<b>RINOMANOMETRÍA O RINOMETRÍA</b>
89.1.2.01	RINOMANOMETRÍA
89.1.2.02	RINOMANOMETRÍA CON ALERGENO
89.1.2.03	RINOMETRÍA ACÚSTICA
<b>89.1.3.</b>	<b>PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO</b>
89.1.3.01	PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO (ESPECÍFICO)
89.1.3.02	PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO VALORADA POR PICO FLUJO NASAL INSPIRATORIO
<b>89.1.4.</b>	<b>ELECTROENCEFALOGRAMA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUEL CON POLISOMNOGRAMA (89.1.7.)</i>
89.1.4.01	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL
<b>Incluye:</b>	<i>CON O SIN ELECTRODO NASOFARÍNGEO</i>
89.1.4.02	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO
89.1.4.10	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL
<b>89.1.5.</b>	<b>OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLÓGICO NO QUIRÚRGICAS</b>
89.1.5.01	ELECTROCORTICOGRAFÍA
89.1.5.02	REFLEJO NEUROLÓGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)
89.1.5.03	REFLEJO NEUROLÓGICO TRIGÉMINO FACIAL
89.1.5.04	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN MÁXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]
89.1.5.05	ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA CORTICAL
89.1.5.07	REFLEJOS NEUROLÓGICOS BULBO CAVERNOSO
89.1.5.08	NEUROCONDUCCIÓN POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS NERVIOS)
89.1.5.10	PRUEBA COMPLETA CON TENSILON
89.1.5.11	PRUEBA DE ESTÍMULO REPETITIVO [LAMBERT]
89.1.5.12	TRIPLES CAROTIDEOS
89.1.5.13	PRUEBA FUNCIONAL DE RESPUESTA A MEDICAMENTOS

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.1.5.30	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES
89.1.5.31	POTENCIALES EVOCADOS DE LATENCIA MEDIA Y LARGA
89.1.5.32	POTENCIALES EVOCADOS MOTORES CON ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA
<b>89.1.7.</b>	<b>POLISOMNOGRAMA</b>
89.1.7.01	ESTUDIO FISIOLÓGICO DEL SUEÑO (ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO SIN OXIMETRÍA)
89.1.7.02	ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO COMPLETO (CON OXIMETRÍA)
89.1.7.03	POLISOMNOGRAMA EN TITULACIÓN DE CPAP NASAL
<b>89.1.8.</b>	<b>OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO</b>
89.1.8.01	PRUEBAS DE LATENCIA MÚLTIPLE DE SUEÑO
89.1.8.02	PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO
89.1.8.03	PRUEBA DE MANTENIMIENTO DE LA VIGILIA
<b>89.1.9.</b>	<b>MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICAS POR VIDEO Y RADIO</b>
89.1.9.01	MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO
89.1.9.02	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL SISTEMA NERVIOSO
<b>89.2.</b>	<b>MEDICIONES ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y EXAMENES MANUALES DE APARATO GENITOURINARIO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LOS PROCEDIMIENTOS LISTADOS SI HACEN PARTE DE UNA CONSULTA GLOBAL DE PRIMERA VEZ O DE CONTROL (89.0.) (OMITIR CÓDIGO)</i>
<b>89.2.0.</b>	<b>URODINAMIA</b>
89.2.0.01	URODINAMIA ESTÁNDAR
89.2.0.02	URODINAMIA CON PRUEBA DE MEDICAMENTO
<b>89.2.1.</b>	<b>MANOMETRÍA URINARIA</b>
89.2.1.00	MANOMETRÍA PIÉLICA SOD
<b>89.2.2.</b>	<b>CISTOMETROGRAMA</b>
89.2.2.00	CISTOMETROGRAMA SOD
<b>89.2.3.</b>	<b>ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER</b>
89.2.3.01	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER URETRAL
89.2.3.02	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER VESICAL
<b>89.2.4.</b>	<b>UROFLUJOMETRÍA</b>
89.2.4.00	UROFLUJOMETRÍA SOD
<b>89.2.5.</b>	<b>PERFIL DE PRESIÓN URETRAL</b>
89.2.5.00	PERFIL DE PRESIÓN URETRAL SOD
<b>89.2.6.</b>	<b>ESFINTEROMANOMETRÍA</b>
89.2.6.00	ESFINTEROMANOMETRÍA SOD
<b>89.2.8.</b>	<b>CISTOMETRÍA</b>
89.2.8.00	CISTOMETRÍA SOD
<b>89.2.9.</b>	<b>OTRAS MEDICIONES O EXAMENES DEL APARATO GENITOURINARIO NO OPERATORIAS</b>
89.2.9.01	TOMA NO QUIRÚRGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLÓGICO
89.2.9.02	ESTUDIO COMPLETO DE IMPOTENCIA
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBA FARMACOLÓGICA CON AGENTE INTRACAVERNOSO, INSTRUCCIÓN AUTOINYECCIÓN, DOPPLER CAVERNOSO Y PENEANO, CAVERNOSOMETRÍA-CAVERNOSOGRAFÍA, MONITOREO PENEANO, BIOTESIOMETRÍA Y POTENCIALES EVOCADOS NERVIO PUDENDO</i>
89.2.9.03	PENOSCOPIA
89.2.9.04	TÉCNICAS DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACETICO Y LUGOL
<b>89.3.</b>	<b>OTRAS MEDICIONES ANATOMICAS, FISIOLÓGICAS Y EXÁMENES MANUALES</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LOS PROCEDIMIENTOS LISTADOS SI HACEN PARTE DE UNA CONSULTA GLOBAL DE PRIMERA VEZ O DE CONTROL (89.0.) (OMITIR CÓDIGOS)</i>



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>89.3.1.</b>	<b>EXAMEN Y MEDICIÓN ANATOMICA-FISIOLÓGICA DENTAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EL MISMO EXAMEN O MEDICIÓN, SI SE HACE DENTRO DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PRIMERA VEZ O DE CONTROL (89.0.2. - 89.0.3.)</i>
89.3.1.01	IMPRESIÓN DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO
89.3.1.02	FOTOGRAFÍA CLÍNICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL
89.3.1.03	EVALUACIÓN Y MEDICIÓN ORTODÓNTICA Y ORTOPÉDICA ORAL
89.3.1.04	ESTUDIO DE OCLUSIÓN Y ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
89.3.1.05	MASCARA FACIAL DIAGNÓSTICA
89.3.1.06	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL Y MECÁNICO
<b>Incluye:</b>	<i>ADAPTACIÓN DE PLACA NEUROMIORELAJANTE</i>
89.3.1.07	ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPÉDICO
89.3.1.08	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTO-MAXILOFACIAL
89.3.1.09	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL
<b>89.3.2.</b>	<b>MANOMETRÍA ESOFÁGICA</b>
89.3.2.00	MANOMETRÍA ESOFÁGICA SOD
<b>89.3.3.</b>	<b>EXAMEN DIGITAL DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXAMEN DIGITAL DE BOCA DE COLOSTOMÍA</i>
89.3.3.00	EXAMEN DIGITAL DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA SOD
<b>89.3.4.</b>	<b>EXAMEN DIGITAL DE RECTO</b>
89.3.4.00	EXAMEN DIGITAL DE RECTO SOD
<b>89.3.6.</b>	<b>ELECTROMIOGRAFÍA DE ESFÍNTER ANAL O PLEJO LUMBOSACRO</b>
89.3.6.01	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL
89.3.6.02	ELECTROMIOGRAFIA DE PLEJO LUMBOSACRO
<b>89.3.7.</b>	<b>DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD VITAL</b>
89.3.7.01	VOLÚMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA, PRE Y POST BRONCODILATADORES
89.3.7.02	VOLÚMENES PULMONARES POR GASES (HELIO OTROS.), PRE Y POST BRONCODILATADORES
89.3.7.03	ESPIROMETRÍA
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBAS CON FINALIDAD DE TAMIZAJE</i>
<b>89.3.8.</b>	<b>OTRAS MEDICIONES RESPIRATORIAS NO QUIRÚRGICAS</b>
89.3.8.01	CONSUMO DE OXÍGENO Y PRODUCCIÓN DE CO2 EN REPOSO
89.3.8.02	CURVA DE HIPEROXIA
89.3.8.04	COOXIMETRÍA
89.3.8.05	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES
89.3.8.06	CAPACIDAD DE DIFUSIÓN CON MONÓXIDO DE CARBONO
89.3.8.07	DISTENSIBILIDAD PULMONAR CON BALÓN ESOFÁGICO
89.3.8.08	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE
89.3.8.09	RESISTENCIA DE VÍAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFÍA SIMPLE
89.3.8.10	MEDICIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA (PIM-PEM AJUSTADO CON VOLÚMENES PULMONARES)
89.3.8.11	MEDICIÓN DE PRESIÓN INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA MÁXIMA CON EQUIPO PORTATIL
89.3.8.12	REGISTRO DE OXIMETRÍA CUTÁNEA
89.3.8.13	RESISTENCIA DE LAS VÍAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFÍA PRE Y POST BRONCODILATADORES
89.3.8.14	PRESIÓN TRANSDIAFRAGMÁTICA CON BALONES
89.3.8.15	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACIÓN ESPECÍFICA (ALERGENO) O INESPECÍFICA

50

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.3.8.16	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPOXIA
89.3.8.17	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPERCAPNIA
89.3.8.18	MEDICIÓN NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA
89.3.8.20	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO
89.3.8.21	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO Y MONITOREO
89.3.8.22	VENTILACIÓN VOLUNTARIA MÁXIMA
89.3.8.23	MEDICIÓN DE CALORIMETRÍA INDIRECTA
89.3.8.24	PRUEBA DE HIDRÓGENO ESPIRADO
89.3.8.25	OSCILOMETRÍA DE IMPULSO
<b>89.3.9.</b>	<b>OTRAS MEDICIONES Y EXÁMENES NO QUIRÚRGICOS</b>
89.3.9.01	MEDICIÓN DE ACIDEZ GÁSTRICA EN 24 HORAS [pHMETRÍA]
89.3.9.02	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA
89.3.9.03	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA CON PERFUSIÓN DE ÁCIDO
89.3.9.04	PRUEBA ENDOSCÓPICA DE UREASA RÁPIDA PARA DETERMINACIÓN DE Helicobacter pylori
89.3.9.05	IMPEDANCIOMETRÍA GÁSTRICA
89.3.9.08	COLORACIONES VITALES EN MUCOSA DIGESTIVA, VÍA ENDOSCÓPICA
89.3.9.09	ELECTROGASTROGRAFIA TRANSCUTÁNEA O INTRAGÁSTRICA
89.3.9.10	PRUEBAS VÍA ORAL DE SENSIBILIZACIÓN CON ALERGENOS (PROVOCACIÓN ORAL CON DOSIS INCREMENTALES DE ALERGENOS)
89.3.9.11	MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA
<b>89.4.</b>	<b>PRUEBAS DE ESTRÉS CARDÍACO Y COMPROBACIONES DE MARCAPASOS</b>
<b>89.4.1.</b>	<b>PRUEBA ERGOMÉTRICA (DE ESFUERZO) CARDIOVASCULAR</b>
89.4.1.01	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR INTEGRADA (ERGOESPIROMETRIA)
89.4.1.02	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR
89.4.1.04	PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS
<b>89.4.4.</b>	<b>OTRAS PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBA DE ESFUERZO FARMACOLÓGICA</i>
89.4.4.01	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR
89.4.4.02	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS
89.4.4.03	PRUEBA DE 12 MINUTOS [COOPER]
<b>89.4.5.</b>	<b>COMPROBACIÓN DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL</b>
89.4.5.00	COMPROBACIÓN DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD
<b>89.4.6.</b>	<b>COMPROBACIÓN DE FORMA DE ONDA DE ARTEFACTO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL</b>
89.4.6.00	COMPROBACIÓN DE FORMA DE ONDA DE ARTEFACTO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD
<b>89.4.7.</b>	<b>COMPROBACIÓN DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL</b>
89.4.7.00	COMPROBACIÓN DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD
<b>89.4.8.</b>	<b>COMPROBACIÓN DE UMBRAL DE TENSIÓN O AMPERAJE DE MARCAPASO ARTIFICIAL</b>
89.4.8.00	COMPROBACIÓN DE UMBRAL DE TENSIÓN (AMPERAJE) DE MARCAPASO ARTIFICIAL SOD
<b>89.5.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS CARDÍACOS Y VASCULARES NO QUIRÚRGICOS</b>
<b>89.5.0.</b>	<b>MONITORIZACIÓN CARDÍACA AMBULATORIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
89.5.0.01	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)
89.5.0.02	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE EVENTOS

44

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.5.0.03	PRUEBA DE MESA BASCULANTE
89.5.0.04	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
89.5.0.05	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL
<b>89.5.1.</b>	<b>ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL CON UNA A TRES DERIVACIONES O EL CONVENCIONAL CON DOCE DERIVACIONES</i>
89.5.1.00	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
<b>89.5.2.</b>	<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>
89.5.2.01	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN (ESTUDIO DE POTENCIALES TARDÍOS)
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL PARA ESTUDIO DE PACIENTES CON SÍNCOPE O RIESGO DE MUERTE SÚBITA</i>
<b>89.5.3.</b>	<b>VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)</b>
89.5.3.00	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG) SOD
<b>89.5.4.</b>	<b>MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>MONITORIZACIÓN AMBULATORIA (89.5.0.); LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DURANTE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO)</i>
89.5.4.00	MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (TELEMETRÍA) SOD
<b>89.5.5.</b>	<b>FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS</b>
89.5.5.00	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS SOD
<b>89.5.6.</b>	<b>DETECCIÓN DE PULSO CAROTÍDEO CON ELECTRODO DE ECG</b>
89.5.6.00	DETECCIÓN DE PULSO CAROTÍDEO CON ELECTRODO DE ECG SOD
<b>89.5.7.</b>	<b>APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG)</b>
89.5.7.00	APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG) SOD
<b>89.5.8.</b>	<b>ULTRASONIDO INTRAVASCULAR</b>
89.5.8.01	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNÓSTICO
<b>89.5.9.</b>	<b>OTRAS MEDICIONES CARDÍACAS Y VASCULARES NO OPERATORIAS</b>
89.5.9.01	MEDICIÓN DE PRESIÓN DE MUÑÓN CAROTÍDEO
89.5.9.02	MEDICIÓN DE SATURACIÓN VENOSA CEREBRAL
89.5.9.03	AURICULOGRAMA IZQUIERDO
89.5.9.10	PRUEBAS DE FUNCIÓN AUTONÓMICA CARDIOVASCULAR
89.5.9.11	ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES VOLUMÉTRICAS INTRATORÁICAS (CARDIOIMPEDANCIA)
89.5.9.12	ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES DE PRESIONES CENTRALES
<b>89.6.</b>	<b>MONITORIZACIÓN CIRCULATORIA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DURANTE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO)</i>
<b>89.6.0.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRÍCULO DERECHO</b>
89.6.0.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER (FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRÍCULO DERECHO)
<b>89.6.1.</b>	<b>MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA</b>
89.6.1.01	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (TELEMETRÍA)
<b>89.6.2.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL</b>
89.6.2.00	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL SOD
<b>89.6.3.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR</b>
89.6.3.00	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR SOD
<b>89.6.4.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN CAPILAR DE ARTERIA PULMONAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>COLOCACIÓN DE CATÉTER DE SWAN GANZ</i>
89.6.4.00	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE CAPILAR PULMONAR SOD
<b>89.6.5.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.6.5.01	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA VÍA ABIERTA
89.6.5.02	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA MÍNIMAMENTE INVASIVA
<b>89.6.7.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR TÉCNICAS DE CONSUMO DE OXÍGENO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>[MÉTODO DE FICK]</i>
89.6.7.00	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR TÉCNICAS DE CONSUMO DE OXÍGENO SOD
<b>89.6.8.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR OTRA TÉCNICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>MONITORIZACION MEDIANTE INDICADOR DE TERMODILUCIÓN</i>
89.6.8.01	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO CON Sonda ESOFÁGICA
89.6.8.02	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO CON IMPEDANCIA TORÁCICA
89.6.8.03	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR ANÁLISIS DE CURVA DE PRESIÓN ARTERIAL
<b>89.6.9.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TÉCNICA DE RECUENTO DE COINCIDENCIAS</i>
89.6.9.00	MONITORIZACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO SOD
<b>89.7.</b>	<b>MONITORIZACIÓN DE FETO</b>
<b>89.7.0.</b>	<b>MONITORIA FETAL</b>
89.7.0.11	MONITORIA FETAL ANTEPARTO
89.7.0.12	MONITORIA FETAL INTRAPARTO
<b>89.8.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCESAMIENTO DEL TEJIDO Y LECTURA DEL ESTUDIO</i>
<b>89.8.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PARA MUESTRA SIMPLE (ÚNICA) O MÚLTIPLE (DOS O MÁS) ; ESTUDIO MACRO O MICROSCÓPICO, PROCESO HISTOLÓGICO DE TEJIDO O DE LÍQUIDO CORPORAL O MUESTRA DE [BACAF]</i>
<b>Excluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA: CERVICO VAGINAL (89.2.9.01), MÉDULA ÓSEA (41.3.1.) ENTRE OTRAS</i>
89.8.0.01	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL
89.8.0.02	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL EN DETECCIÓN DE ENFERMADES CUTÁNEAS COMO HERPES SIMPLE, ACANTALOSIS, AMPOLLOSAS ENTRE OTRAS CAUSAS, MEDIANTE PRUEBAS COMO TZANK U OTRAS</i>
89.8.0.03	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO [BACAF]
89.8.0.04	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)
89.8.0.05	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL
89.8.0.06	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN
89.8.0.07	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO [BACAF]
89.8.0.08	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)
89.8.0.09	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL
89.8.0.10	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN

*ly*

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.8.0.11	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO [BACAF]
89.8.0.12	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)
89.8.0.14	ESTUDIO DE COLORACIÓN DE INMUNOFLUORESCENCIA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN
89.8.0.30	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN CITOLOGÍA
89.8.0.31	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN CITOLOGÍA
89.8.0.32	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN CITOLOGÍA
89.8.0.33	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN CITOLOGÍA
89.8.0.34	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA ANAL
<b>89.8.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS, EN BIOPSIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PARA MUESTRA SIMPLE (ÚNICA) O MÚLTIPLE (DOS O MÁS) ; ESTUDIO MACRO O MICROSCÓPICO, PROCESO HISTOLÓGICO DE MUESTRA OBTENIDA POR (TRUCUT) O SIMILAR, REPRESENTATIVO DE UN MISMO ÓRGANO O TEJIDO OBTENIDO DE ACTO QUIRÚRGICO AQUELLAS PARA CONFIRMAR LEISHMANIASIS CUTÁNEA O VISCERAL, LEPRO, TUBERCULOSIS, SIDA O MICOSIS ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA</i>
<b>Excluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA</i>
89.8.1.01	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA
89.8.1.02	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN BIOPSIA
89.8.1.03	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN BIOPSIA
89.8.1.04	ESTUDIO DE COLORACIÓN DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA
89.8.1.05	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN BIOPSIA
89.8.1.06	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA
89.8.1.07	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN BIOPSIA
89.8.1.10	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN BIOPSIA
89.8.1.11	ESTUDIO DE CITOGENÉTICA EN BIOPSIA
89.8.1.12	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA
<b>89.8.2.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN ESPÉCIMEN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ESTUDIO MACRO O MICROSCÓPICO, PROCESO HISTOLÓGICO DE TEJIDO U ÓRGANO OBTENIDO DE ACTO QUIRÚRGICO O EXPULSIÓN NATURAL (PLACENTA O SACO AMNIÓTICO)</i>
<b>Excluye:</b>	<i>OBTENCIÓN QUIRÚRGICA DE ESPÉCIMEN</i>
89.8.2.01	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
89.8.2.02	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
89.8.2.03	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
89.8.2.04	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOFLUORESCENCIA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
89.8.2.05	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
89.8.2.06	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
89.8.2.07	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
89.8.2.10	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO
89.8.2.21	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO
89.8.2.22	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
89.8.2.23	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO
89.8.2.24	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOFLUORESCENCIA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO
89.8.2.25	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO
89.8.2.26	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO
89.8.2.27	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO
89.8.2.30	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO
89.8.2.41	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
89.8.2.42	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
89.8.2.43	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
89.8.2.44	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOFLUORESCENCIA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
89.8.2.45	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
89.8.2.46	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
89.8.2.47	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
89.8.2.50	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES
89.8.2.61	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO
89.8.2.62	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO
89.8.2.63	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO
89.8.2.64	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOFLUORESCENCIA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO
89.8.2.65	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN CON MAPEO
89.8.2.66	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN ESPÉCIMEN CON MAPEO
89.8.2.67	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO
89.8.2.70	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPÉCIMEN CON MAPEO
<b>89.8.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM</b>
89.8.3.01	AUTOPSIA [NECROPSIA] COMPLETA
<b>Incluye:</b>	<i>DISECCIÓN, VISCEROTOMÍA Y FORMOLIZACIÓN DEL CADÁVER; AQUELLA PARA CONFIRMAR FIEBRE AMARILLA, HEPATITIS B, HEPATITIS D, LEISHMANIASIS VISCERAL Y DENGUE HEMORRÁGICO, RABIA, ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA</i>
89.8.3.02	AUTOPSIA [NECROPSIA] PARCIAL (VISCEROTOMÍA)
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA CONFIRMAR FIEBRE AMARILLA, HEPATITIS B, HEPATITIS D, LEISHMANIASIS VISCERAL Y DENGUE HEMORRÁGICO, RABIA, ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA</i>
89.8.3.03	ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM DE ÓRGANOS O TEJIDOS
<b>Incluye:</b>	<i>ÓRGANOS O TEJIDOS EXTRAIDOS EN TIEMPO DIFERENTE AL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO</i>
<b>Excluye:</b>	<i>DISECCIÓN Y VISCEROTOMÍA (89.8.3.02)</i>
89.8.3.04	ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM DE FETO Y PLACENTA

45

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Excluye:</b>	ESTUDIOS AISLADOS DE PLACENTA Y SACO AMNIÓTICO (89.8.2.)
<b>89.8.8.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA, BIOPSIA, ESPÉCIMEN O POST MORTEM</b>
<b>Incluye:</b>	PARA MUESTRA SIMPLE (ÚNICA) O MÚLTIPLE (DOS O MÁS)
89.8.8.01	ESTUDIO POR CONGELACIÓN
89.8.8.05	VERIFICACIÓN INTEGRAL SIN PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA
<b>Incluye:</b>	REVISIÓN DEL MATERIAL HISTOLÓGICO PREVIO O CORRELACIÓN CON HISTORIA CLÍNICA, ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS U OTROS ESTUDIOS PARA CLÍNICOS
89.8.8.06	VERIFICACIÓN INTEGRAL CON PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA
<b>Incluye:</b>	REVISIÓN DEL MATERIAL HISTOLÓGICO PREVIO O CORRELACIÓN CON HISTORIA CLÍNICA, ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS U OTROS ESTUDIOS PARA CLÍNICOS, PROCESO HISTOLÓGICO CON COLORACIÓN BÁSICA (HEMATOXILINA EOSINA)
89.8.8.10	ESTUDIO MACROSCÓPICO DE MATERIAL BIOLÓGICO O NO BIOLÓGICO
<b>Incluye:</b>	RECONOCIMIENTO DE TEJIDOS RESECADOS O DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
<b>Capítulo 17 LABORATORIO CLÍNICO</b>	
<b>90.</b>	<b>LABORATORIO CLÍNICO</b>
<b>90.1.</b>	<b>MICROBIOLOGIA (BACTERIOLOGIA, PARASITOLOGIA, MICOLOGIA Y VIROLOGÍA)</b>
<b>90.1.0.</b>	<b>ANTIBIOGRAMA Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD</b>
90.1.0.01	ANTIBIOGRAMA (DISCO)
90.1.0.02	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO
90.1.0.03	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL
90.1.0.04	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
90.1.0.05	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN
90.1.0.06	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST
90.1.0.07	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
90.1.0.08	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD
90.1.0.09	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ÁCIDO BORÓNICO)
<b>90.1.1.</b>	<b>COLORACIÓN</b>
90.1.1.01	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]
90.1.1.02	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA
<b>Incluye:</b>	<i>Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros</i>
90.1.1.03	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA
90.1.1.04	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
90.1.1.05	COLORACIÓN FLÚORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA
90.1.1.06	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA
90.1.1.07	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
<b>Incluye:</b>	SECRECIÓN VAGINAL, URETRAL O RECTAL
90.1.1.08	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA
90.1.1.09	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA
<b>Incluye:</b>	<i>Cryptococcus neoformans</i>
90.1.1.10	COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA
<b>Incluye:</b>	<i>Microsporidia</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.1.1.11	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS
<b>90.1.2.</b>	<b>CULTIVOS (AISLAMIENTO Y PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN)</b>
90.1.2.01	Actinomyces CULTIVO
90.1.2.02	Bordetella pertussis CULTIVO
90.1.2.03	Brucella CULTIVO
90.1.2.04	Clostridium botulinum CULTIVO
90.1.2.05	Clostridium difficile CULTIVO
90.1.2.06	COPROCULTIVO
<b>Incluye:</b>	<i>IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE</i>
90.1.2.07	Corynebacterium diphtheriae CULTIVO
90.1.2.08	Cryptococcus neoformans CULTIVO
90.1.2.09	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)
<b>Incluye:</b>	<i>IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE</i>
90.1.2.10	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA
90.1.2.11	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA
<b>Excluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>
90.1.2.12	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA
90.1.2.13	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL
90.1.2.14	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA
<b>Excluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>
90.1.2.15	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA
<b>Excluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>
90.1.2.16	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA
<b>Excluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>
90.1.2.17	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES
<b>Incluye:</b>	<i>IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE</i>
90.1.2.18	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA
90.1.2.19	CULTIVO PARA VIRUS
90.1.2.20	Helicobacter pylori CULTIVO
90.1.2.21	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA
90.1.2.22	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA
90.1.2.23	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA
90.1.2.24	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA
90.1.2.25	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA
90.1.2.26	HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACIÓN
90.1.2.27	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA
90.1.2.28	Legionella CULTIVO
90.1.2.29	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO
90.1.2.30	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO
90.1.2.31	Mycoplasma CULTIVO
90.1.2.32	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO
90.1.2.33	Neisseria meningitidis CULTIVO
90.1.2.34	Nocardia spp CULTIVO HONGOS
90.1.2.35	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)
<b>Incluye:</b>	<i>RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO O ESPECIE</i>
90.1.2.36	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA)

4/5



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	AUTOMATIZADO)
<b>Incluye:</b>	<i>RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE</i>
90.1.2.37	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)
<b>Incluye:</b>	<i>RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO</i>
90.1.2.38	Yersinia enterocolitica CULTIVO
90.1.2.39	Trichomona CULTIVO
90.1.2.40	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO
90.1.2.41	Campylobacter spp CULTIVO
90.1.2.42	Corynebacterium diphtheriae PRUEBA DE TOXIGENICIDAD
<b>90.1.3.</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS</b>
90.1.3.01	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA
90.1.3.02	Demodex EXAMEN DIRECTO
90.1.3.03	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN
90.1.3.04	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA
<b>Incluye:</b>	<i>SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL</i>
90.1.3.05	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)
90.1.3.06	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLÚOR
90.1.3.07	HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD
90.1.3.09	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.1.3.10	Leishmania TIPIFICACIÓN POR SONDAS DE DNA
90.1.3.11	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN
90.1.3.12	Listeria SEROTIPIFICACIÓN
90.1.3.13	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN
90.1.3.15	Mycobacterium leprae DETECCIÓN DE GLICOLÍPIDO FENÓLICO AUTOMATIZADO
90.1.3.17	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX
90.1.3.18	Sarcoptes EXAMEN DIRECTO
90.1.3.19	Shigella SEROTIPIFICACIÓN
90.1.3.20	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN
90.1.3.21	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA)
90.1.3.22	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN
90.1.3.23	Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD
90.1.3.24	Filaria EXAMEN DIRECTO
90.1.3.25	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA
90.1.3.26	Leishmania EXAMEN DIRECTO
<b>90.1.5.</b>	<b>OTRAS PRUEBAS</b>
90.1.5.01	PRUEBA DE CONCENTRACIÓN BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS
90.1.5.02	Clostridium TOXINA
<b>Incluye:</b>	<i>Clostridium difficile, Clostridium botulinum</i>
<b>90.2.</b>	<b>HEMATOLOGÍA</b>
<b>90.2.0.</b>	<b>PRUEBAS DE COAGULACIÓN</b>
90.2.0.01	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA [SALZMAN]
90.2.0.02	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]
90.2.0.03	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA
90.2.0.04	ANTICOAGULANTE LÚPICO
90.2.0.05	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL
90.2.0.06	ANTITROMBINA III CONCENTRACIÓN AUTOMATIZADA

49

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.2.0.07	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA
90.2.0.08	ANTITROMBINA III CONCENTRACIÓN MANUAL
90.2.0.09	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL
90.2.0.10	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)
90.2.0.11	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)
90.2.0.12	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]
90.2.0.14	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]
90.2.0.15	FACTOR III PLAQUETARIO
90.2.0.16	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]
90.2.0.17	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]
90.2.0.18	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN
90.2.0.19	FACTOR VON WILLEBRAND
90.2.0.20	FACTOR X [STUART POWER]
90.2.0.21	FACTOR XI [PTA]
90.2.0.22	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN DE CONTACTO]
90.2.0.23	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]
90.2.0.24	FIBRINÓGENO
90.2.0.25	HEPARINA NO FRACCIÓNADA DOSIFICACIÓN
90.2.0.26	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACIÓN [ANTIFACTOR Xa]
90.2.0.27	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]
90.2.0.28	PLASMINA [FIBRINOLISINA]
90.2.0.29	PLASMINÓGENO
90.2.0.30	PRECALICREÍNA
90.2.0.31	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO
90.2.0.32	PROPERDINA FACTOR B
90.2.0.33	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD
90.2.0.34	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN
90.2.0.35	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD
90.2.0.36	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL
90.2.0.37	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE
90.2.0.38	PRUEBA DE PROTAMINA
90.2.0.39	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)
90.2.0.41	RETRACCIÓN DE COÁGULO
90.2.0.42	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN
90.2.0.43	TIEMPO DE COAGULACIÓN
90.2.0.44	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS
90.2.0.45	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
90.2.0.46	TIEMPO DE SANGRÍA [IVY O DUKE]
90.2.0.47	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO
90.2.0.48	TIEMPO DE TROMBINA
90.2.0.49	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
90.2.0.50	HEPARINA COFACTOR II
90.2.0.51	COFACTOR DE RISTOCETINA [ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND]
90.2.0.52	CRIOFIBRINÓGENO
90.2.0.53	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES
90.2.0.54	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR

42

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.2.0.55	INHIBIDOR DE FACTOR II
90.2.0.56	INHIBIDOR DE FACTOR IX
90.2.0.57	INHIBIDOR DE FACTOR V
90.2.0.58	INHIBIDOR DE FACTOR VII
90.2.0.59	INHIBIDOR DE FACTOR VIII
90.2.0.60	INHIBIDOR DE FACTOR X
90.2.0.61	INHIBIDOR DE FACTOR XI
90.2.0.62	INHIBIDOR DE FACTOR XII
90.2.0.63	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2
90.2.0.64	COFACTOR DE RISTOCETINA PRE Y POST VASOPRESINA HASTA 6 MUESTRAS
90.2.0.65	FACTOR DE VON WILLEBRAND PRE Y POST VASOPRESINA HASTA 6 MUESTRAS
90.2.0.66	TROMBOELASTOGRAFÍA
<b>90.2.1.</b>	<b>PRUEBAS NO RUTINARIAS</b>
90.2.1.01	CÉLULAS L.E
90.2.1.02	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA
90.2.1.03	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA
90.2.1.04	DIMERO D AUTOMATIZADO
90.2.1.05	DIMERO D MANUAL
90.2.1.06	ERITROPOYETINA
90.2.1.07	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS
90.2.1.08	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA
90.2.1.09	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA
90.2.1.10	HEMOGLOBINA A 2
90.2.1.11	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA
90.2.1.12	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA
90.2.1.13	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA
90.2.1.14	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL
90.2.1.15	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]
90.2.1.16	HIERRO MEDULAR
<b>Excluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>
90.2.1.18	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA
90.2.1.19	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA
90.2.1.20	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR
90.2.1.21	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]
90.2.1.22	SULFOHEMOGLOBINA CUANTITATIVA
90.2.1.23	VISCOSIDAD RELATIVA DEL SUERO
<b>90.2.2.</b>	<b>PRUEBAS RUTINARIAS</b>
90.2.2.04	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL
90.2.2.05	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA
90.2.2.06	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA
90.2.2.07	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL
90.2.2.08	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO
90.2.2.09	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.2.2.10	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
90.2.2.11	HEMATOCRITO
90.2.2.13	HEMOGLOBINA
90.2.2.14	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTTA GRUESA
90.2.2.15	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA
90.2.2.16	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)
90.2.2.17	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]
90.2.2.18	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA
90.2.2.19	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL
90.2.2.20	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO
90.2.2.21	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL
90.2.2.23	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL
90.2.2.24	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO
90.2.2.25	TÍTULO ANTI D
90.2.2.26	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]
<b>90.3.</b>	<b>QUÍMICA SANGUÍNEA Y DE OTROS FLUIDOS CORPORALES</b>
<b>90.3.0.</b>	<b>PRUEBAS NO RUTINARIAS</b>
90.3.0.01	ALFA 2 MACROGLOBULINA
90.3.0.02	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO
<b>Excluye:</b>	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>
90.3.0.03	BICARBONATO
90.3.0.04	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO
90.3.0.05	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO
90.3.0.06	CAROTENOS
90.3.0.07	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H
90.3.0.08	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA
90.3.0.09	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H
90.3.0.10	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA
90.3.0.11	DEOXIPIRIDINOLINA
90.3.0.12	DIÓXIDO DE CARBÓN
90.3.0.13	ESPERMOGRAMA COMPLETO
<b>Incluye:</b>	<i>ÁCIDO CÍTRICO, ÁCIDO ASCÓRBICO, FRUCTOSA, GLICEROL FOSFORIL COLINA</i>
90.3.0.14	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO
90.3.0.15	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO
90.3.0.16	FERRITINA
90.3.0.17	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA
90.3.0.18	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE
90.3.0.19	FRACCIÓN EXCRETADA DE BICARBONATO
90.3.0.20	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.0.21	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA
90.3.0.22	HOMOCISTEÍNA
90.3.0.23	HIDROXIPROLINA EN ORINA
90.3.0.24	LACTÓGENO PLACENTARIO
90.3.0.25	METANEFRIAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.26	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL
90.3.0.27	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS

45

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.3.0.28	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.0.30	MIOGLOBINA CARDÍACA
90.3.0.31	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO
90.3.0.32	N-TELEPÉPTIDO
90.3.0.33	OSMOLARIDAD EN ORINA
90.3.0.34	OSMOLARIDAD EN SUERO
90.3.0.35	OSTEOCALCINA
90.3.0.36	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE
90.3.0.37	PIRIDINOLINA EN ORINA
90.3.0.38	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS
90.3.0.39	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE
90.3.0.40	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL
90.3.0.41	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.42	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]
90.3.0.43	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA <i>Helicobacter pilory</i>
90.3.0.44	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA
<b>Incluye:</b>	<i>DETERMINACIÓN DE HIERRO SÉRICO Y CAPACIDAD TOTAL DE FIJACIÓN DEL HIERRO</i>
90.3.0.45	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.0.46	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA
90.3.0.47	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL
90.3.0.48	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]
90.3.0.49	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICAS LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR
90.3.0.50	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICAS LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR
90.3.0.51	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS
90.3.0.52	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.53	CITRATOS EN ORINA PARCIAL
90.3.0.54	C-TELOPÉPTIDO
90.3.0.55	ESPERMATOZOIDES PEROXIDACIÓN LIPÍDICA
90.3.0.56	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL
90.3.0.57	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE
90.3.0.58	METANEFIRINAS EN ORINA PARCIAL
90.3.0.59	METANEFIRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.0.60	ANTIOXIDANTES TOTALES
90.3.0.61	DELTA DE PCO2 EN ORINA
90.3.0.62	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA
90.3.0.63	GLICOPROTEÍNA P
90.3.0.64	HEMOPEXINA
90.3.0.65	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)
90.3.0.66	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]
90.3.0.67	METANEFIRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.3.0.68	METANEFIRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.3.0.69	NORMETANEFIRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.3.1.</b>	<b>PRUEBAS PARA ÁCIDOS</b>
90.3.1.01	ÁCIDOS BILIARES TOTALES

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.3.1.02	ÁCIDO CÍTRICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.03	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.04	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.05	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO
90.3.1.06	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS
90.3.1.07	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA
90.3.1.08	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA
90.3.1.09	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.10	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO
90.3.1.11	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO
90.3.1.12	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]
90.3.1.13	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.1.14	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS
<b>90.3.2.</b>	<b>PRUEBAS PARA AMINOÁCIDOS</b>
90.3.2.01	FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTÍMULO BH-4
90.3.2.02	FENILALANINA CUALITATIVA
<b>90.3.3.</b>	<b>PRUEBAS PARA CARBOHIDRATOS</b>
90.3.3.01	GALACTOSA
90.3.3.02	CURVA DE LACTOSA
90.3.3.03	ALMIDONES
90.3.3.04	DISACARIDASA (LACTOSA SUCROSA MALTOSA Y PALATINASA)
90.3.3.05	FRUCTOSA
<b>90.3.4.</b>	<b>PRUEBAS PARA ENZIMAS</b>
90.3.4.01	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]
90.3.4.02	ALDOLASA
90.3.4.03	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.04	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA
90.3.4.05	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO
90.3.4.06	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA
90.3.4.07	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE
90.3.4.08	ALFA 2 ANTIPLASMINA CROMOGENICA
90.3.4.09	APOLIPOPROTEÍNAS A1 SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.10	APOLIPOPROTEÍNAS B SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.11	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA
90.3.4.12	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA
90.3.4.15	BETA TROMBOGLOBULINA
90.3.4.16	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.17	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA
90.3.4.18	COLIGLICINA
90.3.4.19	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]
90.3.4.20	COLINESTERASA SERICA
90.3.4.21	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.4.22	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA
90.3.4.23	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN
90.3.4.24	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA
90.3.4.25	FRUCTOSAMINA
90.3.4.26	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
90.3.4.27	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA
90.3.4.28	HEMOSIDERINA EN ORINA
90.3.4.29	ISOCITRATO DESHIDROGENASA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.3.4.30	LEUCINA AMINOPEPTIDASA
90.3.4.31	LIPOPROTEÍNA A
90.3.4.32	NUCLEOTIDASA 5
90.3.4.33	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA
90.3.4.34	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA
90.3.4.35	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS
90.3.4.36	TROPONINA I CUALITATIVA
90.3.4.37	TROPONINA I CUANTITATIVA
90.3.4.38	TROPONINA T CUALITATIVA
90.3.4.39	TROPONINA T CUANTITATIVA
<b>90.3.5.</b>	<b>PRUEBAS PARA LÍQUIDOS</b>
90.3.5.01	LÍQUIDO AMNIÓTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY
90.3.5.02	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)
90.3.5.03	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)
90.3.5.04	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)
90.3.5.05	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES
90.3.5.06	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)
<b>90.3.6.</b>	<b>PRUEBAS PARA MINERALES</b>
90.3.6.01	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.6.02	AMONIO
90.3.6.03	CALCIO AUTOMATIZADO
90.3.6.04	CALCIO IÓNICO
90.3.6.05	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
90.3.6.06	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS]
90.3.6.07	IONTOFORESIS POST ESTIMULACIÓN CON PILOCARPINA
90.3.6.08	ZINC
90.3.6.09	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.6.10	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL
90.3.6.11	ALUMINIO EN SUERO
<b>90.3.7.</b>	<b>PRUEBAS PARA VITAMINAS</b>
90.3.7.01	VITAMINA A [RETINOL]
90.3.7.02	VITAMINA B1 [TIAMINA]
90.3.7.03	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]
90.3.7.04	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]
90.3.7.05	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]
90.3.7.06	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]
90.3.7.07	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]
90.3.7.08	VITAMINA E [TOCOFEROL]
90.3.7.09	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]
90.3.7.11	VITAMINA K
<b>90.3.8.</b>	<b>PRUEBAS RUTINARIAS</b>
90.3.8.01	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.02	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.03	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.3.8.04	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.05	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.06	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.07	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)
90.3.8.08	BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]
90.3.8.09	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
90.3.8.10	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO
90.3.8.11	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.12	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO
90.3.8.13	CLORO
90.3.8.14	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.15	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
90.3.8.16	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO
90.3.8.17	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
90.3.8.18	COLESTEROL TOTAL
90.3.8.19	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA
90.3.8.20	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA
90.3.8.21	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]
90.3.8.22	CREATINA
90.3.8.23	CREATININA DEPURACIÓN
90.3.8.24	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.26	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA
<b>Excluye:</b>	<i>CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHÍDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)</i>
90.3.8.27	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE
<b>Excluye:</b>	<i>CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHÍDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)</i>
90.3.8.28	DESHIDROGENASA LÁCTICA
90.3.8.29	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS
90.3.8.30	FOSFATASA ÁCIDA
90.3.8.31	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA
90.3.8.32	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA
90.3.8.33	FOSFATASA ALCALINA
90.3.8.34	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO
90.3.8.35	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.36	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.37	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO
90.3.8.38	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA
90.3.8.39	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
90.3.8.40	GLUCOSA EN ORINA
90.3.8.41	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
90.3.8.42	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA
<b>Incluye:</b>	<i>CARGA DE GLUCOSA</i>
90.3.8.43	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
90.3.8.44	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA
<b>Incluye:</b>	<i>CARGA DE GLUCOSA</i>
90.3.8.45	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN
90.3.8.46	HIERRO TOTAL
90.3.8.47	LIPASA



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.3.8.48	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)
90.3.8.49	LÍQUIDO ASCÍTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)
90.3.8.50	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)
90.3.8.51	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)
90.3.8.52	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)
90.3.8.53	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)
90.3.8.54	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.55	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.56	NITRÓGENO UREICO
90.3.8.57	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.58	OSMOLARIDAD CALCULADA
90.3.8.59	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.60	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.61	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]
90.3.8.62	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.63	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS
90.3.8.64	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS
90.3.8.65	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.66	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
90.3.8.67	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
90.3.8.68	TRIGLICERIDOS
90.3.8.69	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS
90.3.8.70	UREA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.71	AMILASA EN ORINA PARCIAL
90.3.8.72	SODIO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.73	CALCIO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.74	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL
90.3.8.75	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.76	CREATININA EN ORINA PARCIAL
90.3.8.77	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.78	POTASIO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.79	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.80	CORO EN ORINA PARCIAL
90.3.8.81	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS
90.3.8.82	PRUEBA DE RIFAMPICINA (4 MUESTRAS)
90.3.8.83	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]
90.3.8.84	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)
90.3.8.85	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.86	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.87	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.88	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.89	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.90	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.91	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.92	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.93	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.94	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)
<b>Incluye:</b>	CARGA DE GLUCOSA
90.3.8.95	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
<b>90.4.</b>	<b>ENDOCRINOLOGÍA</b>
<b>90.4.0.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR</b>
90.4.0.01	ANGIOTENSINA II
90.4.0.02	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA
90.4.0.04	RENINA TOTAL
90.4.0.05	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA
90.4.0.06	LEPTINA
<b>90.4.1.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPÓFISIS</b>
90.4.1.01	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]
90.4.1.02	HORMONA ANTIDIURÉTICA
90.4.1.03	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA
90.4.1.04	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]
90.4.1.05	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE
90.4.1.06	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA
90.4.1.07	HORMONA LUTEINIZANTE
90.4.1.08	PROLACTINA
90.4.1.09	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)
90.4.1.11	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA
<b>90.4.2.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO E HIPÓFISIS</b>
<b>Incluye:</b>	SUSTANCIA DE ESTÍMULO
90.4.2.01	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA
90.4.2.02	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.4.2.03	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA
90.4.2.04	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN
90.4.2.05	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA
90.4.2.06	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCAGÓN CADA MUESTRA
90.4.2.07	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA
90.4.2.08	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO INSULINA CADA MUESTRA
90.4.2.10	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA
<b>90.4.3.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS Y SUPRARENAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>SUSTANCIA DE ESTÍMULO</i>
90.4.3.01	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS
90.4.3.02	CORTISOL PRE Y POST SUPRESIÓN CON DEXAMETASONA
90.4.3.03	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS
<b>90.4.4.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS, OVARIO O SUPRARENAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>SUSTANCIA DE ESTÍMULO</i>
90.4.4.01	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICAS CADA MUESTRA
90.4.4.02	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA
<b>90.4.5.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN OVÁRICA Y SUPRARENAL</b>
90.4.5.01	ANDROSTENEDIONA
90.4.5.02	ANDROSTERONA EN ORINA
90.4.5.03	ESTRADIOL
90.4.5.04	ESTRIOL
90.4.5.05	ESTRIOL LIBRE
90.4.5.06	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)
90.4.5.07	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.4.5.08	GONADOTROPINA CORIÓNICAS SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
90.4.5.09	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA
90.4.5.10	PROGESTERONA
90.4.5.11	HORMONA ANTIMULLERIANA
<b>90.4.6.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE TESTÍCULO</b>
90.4.6.01	TESTOSTERONA LIBRE
90.4.6.02	TESTOSTERONA TOTAL
90.4.6.03	TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA
90.4.6.04	ACROSINA ACTIVIDAD TOTAL (PRUEBA DE CAPACIDAD FECUNDANTE)
<b>90.4.7.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN PANCREÁTICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CARGA DE GLUCOSA</i>
90.4.7.01	GLUCAGÓN
90.4.7.02	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA
90.4.7.03	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)
90.4.7.04	INSULINA (CADA MUESTRA)
90.4.7.05	INSULINA LIBRE
90.4.7.06	PÉPTIDO C
90.4.7.07	PROINSULINA

52

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.4.7.08	SOMATOSTATINA
90.4.7.09	ADIPONECTINA
90.4.7.10	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C
90.4.7.11	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	LA CARGA DE GLUCOSA
90.4.7.12	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	LA CARGA DE GLUCOSA
90.4.7.13	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	LA CARGA DE GLUCOSA
90.4.7.14	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	LA CARGA DE GLUCOSA
90.4.7.15	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	LA CARGA DE GLUCOSA
90.4.7.16	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	LA CARGA DE GLUCOSA
90.4.7.17	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)
<b>Incluye:</b>	LA CARGA DE GLUCOSA
90.4.7.18	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)
<b>Incluye:</b>	LA CARGA DE GLUCOSA
90.4.7.19	PÉPTIDO C PRE Y POST GLUCAGÓN
<b>90.4.8.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN SUPRARENAL</b>
90.4.8.01	ALDOSTERONA
90.4.8.02	ALDOSTERONA EN ORINA
90.4.8.03	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA
90.4.8.04	CETOESTEROIDES 17
90.4.8.05	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS
90.4.8.06	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)
90.4.8.07	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS
90.4.8.08	DEHIDROEPINANDROSTERONA
90.4.8.09	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO <sub>4</sub> ] CADA MUESTRA
90.4.8.10	DEOXCORTISOL 11
90.4.8.11	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17
90.4.8.12	CORTISOL AM
90.4.8.13	CORTISOL PM
90.4.8.14	HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL
<b>90.4.9.</b>	<b>PRUEBAS PARA FUNCIÓN TIROIDEA O PARATIROIDEA</b>
90.4.9.01	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA
90.4.9.02	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES
90.4.9.03	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL
90.4.9.04	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
90.4.9.05	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN
<b>Incluye:</b>	SUSTANCIA DE ESTÍMULO
90.4.9.06	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE
<b>Incluye:</b>	SUSTANCIA DE ESTÍMULO

SR

11 APR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.4.9.07	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIOTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS
90.4.9.08	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIOTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS
90.4.9.09	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE
90.4.9.10	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIOTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE
90.4.9.11	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL
90.4.9.12	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA
90.4.9.13	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA
90.4.9.14	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL
90.4.9.15	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIOTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE
90.4.9.20	TIROGLOBULINA
90.4.9.21	TIROXINA LIBRE
90.4.9.22	TIROXINA TOTAL
90.4.9.23	TRİYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)
90.4.9.24	TRİYODOTIRONINA LIBRE
90.4.9.25	TRİYODOTIRONINA TOTAL
90.4.9.26	TIROXINA NORMALIZADA
90.4.9.27	TRİYODOTIRONINA REVERSA
<b>90.5.</b>	<b>MONITOREO DE MEDICAMENTOS Y TOXICOLOGÍA</b>
<b>90.5.0.</b>	<b>MONITOREO ANESTÉSICO</b>
90.5.0.01	LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.0.02	LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.0.03	PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.5.1.</b>	<b>MONITOREO ANTICOAGULANTES</b>
90.5.1.01	CUMARÍNICOS
<b>Incluye:</b>	<i>OTRAS SUSTANCIAS DIFERENTES A LA WARFARINA</i>
90.5.1.02	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.5.1.03	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
<b>90.5.2.</b>	<b>MONITOREO ANTICONVULSIVANTES</b>
90.5.2.01	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO
90.5.2.02	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO
90.5.2.03	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.2.04	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.2.05	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA
90.5.2.06	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA
90.5.2.08	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA
90.5.2.09	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA
90.5.2.10	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA
<b>Incluye:</b>	<i>EPAMÍN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS</i>
90.5.2.13	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA
<b>Incluye:</b>	<i>EPAMÍN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS</i>
90.5.2.14	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO
<b>90.5.3.</b>	<b>MONITOREO ANTIDEPRESIVOS, ANTIMANIÁTICOS Y NEUROLEPTICOS</b>

CPE

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.5.3.01	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO
90.5.3.02	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.3.03	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA
90.5.3.04	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA
90.5.3.05	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLÚORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN
90.5.3.06	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLÚORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN
90.5.3.07	CLORPROMAZINA
90.5.3.08	FENCICLIDINA
90.5.3.09	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO
90.5.3.10	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.3.11	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.3.12	LITIO AUTOMATIZADO
90.5.3.13	LITIO SEMIAUTOMATIZADO
<b>90.5.4.</b>	<b>MONITOREO ANTIMICROBIANOS</b>
90.5.4.01	AMIKACINA AUTOMATIZADO
90.5.4.04	GENTAMICINA AUTOMATIZADA
90.5.4.06	KANAMICINA AUTOMATIZADO
90.5.4.07	NETILMICINA AUTOMATIZADO
90.5.4.09	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO
90.5.4.10	VANCOMICINA AUTOMATIZADO
90.5.4.12	ANFOTERICINA B AUTOMATIZADO
90.5.4.13	ÁCIDO NALIDIXICO AUTOMATIZADO
90.5.4.14	CIPROFLOXACINA AUTOMATIZADO
90.5.4.15	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO
90.5.4.16	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO
90.5.4.17	KETOCONAZOLE AUTOMATIZADO
90.5.4.18	MICONAZOL AUTOMATIZADO
<b>90.5.5.</b>	<b>MONITOREO DE CITOSTATICOS</b>
90.5.5.01	CICLOSERINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.5.02	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.5.03	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.5.04	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.5.05	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.5.6.</b>	<b>MONITOREO DIGITALICOS, CARDIOVASCULARES Y BRONCODILATADOR</b>
90.5.6.01	DIGITOXINA AUTOMATIZADO
90.5.6.02	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.6.03	DIGOXINA AUTOMATIZADO
90.5.6.04	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.6.06	NITROPRUSIATO DE SODIO
90.5.6.07	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.5.6.08	TEOFILINA AUTOMATIZADO
<b>90.5.7.</b>	<b>NIVELES TOXICOLÓGICOS</b>
90.5.7.01	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO
90.5.7.02	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.03	ALCALOIDES AUTOMATIZADO
90.5.7.04	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.05	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO
90.5.7.06	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.07	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL
90.5.7.08	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.09	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.10	ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>ESCOPOLAMINA</i>
90.5.7.11	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>ESCOPOLAMINA</i>
90.5.7.12	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>PARAQUAT, OTROS</i>
90.5.7.13	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>PARAQUAT U OTROS</i>
90.5.7.14	CAFEÍNA AUTOMATIZADO
90.5.7.15	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.16	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>MARIHUANA</i>
90.5.7.17	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>MARIHUANA</i>
90.5.7.18	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO
90.5.7.19	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.20	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.21	CIANUROS AUTOMATIZADO
90.5.7.22	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO
90.5.7.23	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.24	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL
90.5.7.25	COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.26	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO
90.5.7.27	DROGAS DE ABUSO
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAÍNA, BARBITÚRICOS, OPIÁCEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS U OTROS</i>
90.5.7.28	ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.29	ESTRICNINA AUTOMATIZADO
90.5.7.30	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.31	MERCURIO AUTOMATIZADO
90.5.7.32	METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.33	METACUALONA MANUAL
90.5.7.34	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.35	METADONA MANUAL
90.5.7.36	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NÍQUEL, PLOMO U OTROS</i>
90.5.7.37	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.5.7.38	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO
90.5.7.39	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>MORFINA Y CODEÍNA</i>
90.5.7.40	OPIÁCEOS MANUAL
<b>Incluye:</b>	<i>MORFINA Y CODEÍNA</i>
90.5.7.41	ORGANOCORADOS SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS</i>
90.5.7.42	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>PROPORXUR, METILPARATUM, OTROS</i>
90.5.7.43	ORGANOFOSFORADOS MANUAL
<b>Incluye:</b>	<i>PROPORXUR, METILPARATUM, OTROS</i>
90.5.7.44	PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.45	PIRETRINAS MANUAL
90.5.7.46	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.47	PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.48	PIRETROIDES MANUAL
90.5.7.49	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.5.7.50	PRIMIDONA MANUAL
90.5.7.51	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO
90.5.7.52	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.53	QUININA SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.54	RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES
<b>Incluye:</b>	<i>BROMADIOLONA, BRODIFACUOMA</i>
90.5.7.55	SALICILATOS AUTOMATIZADO
90.5.7.56	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.57	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS</i>
90.5.7.58	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS</i>
90.5.7.59	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS
<b>Incluye:</b>	<i>HONGOS, LSD, OTROS</i>
90.5.7.60	TALIO SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.61	FENOL SEMIAUTOMATIZADO
90.5.7.62	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO
<b>90.5.8.</b>	<b>NIVELES DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS</b>
90.5.8.01	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)
<b>Excluye:</b>	<i>CATEGORÍAS 90.5.0. - 90.5.7.</i>
<b>90.6.</b>	<b>INMUNOLOGÍA Y MARCADORES TUMORALES</b>
<b>90.6.0.</b>	<b>DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS BACTERIANOS</b>
90.6.0.01	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO
90.6.0.02	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL
90.6.0.03	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.04	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO
90.6.0.05	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
90.6.0.06	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO
90.6.0.07	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
90.6.0.08	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.09	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.0.10	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.6.0.11	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO
90.6.0.12	Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.0.13	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL
90.6.0.14	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.15	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.16	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.17	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.18	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.19	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.20	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.21	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.22	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.23	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.24	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.25	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.26	Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.27	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.0.28	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.0.29	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.30	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.31	Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.32	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.33	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.34	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.35	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.36	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.37	Shigella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.38	Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B
90.6.0.39	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.6.0.40	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.41	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.42	Streptococcus pneumoniae 23 SEROTIPOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

403

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.0.43	Streptococcus pneumoniae 7 SEROTIPOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.44	Streptococcus pneumoniae 6 SEROTIPOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.45	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.46	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.47	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.48	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.49	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.0.50	Actynomices ANTICUERPOS
<b>90.6.1.</b>	<b>DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA HONGOS Y PARÁSITOS</b>
90.6.1.02	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL
90.6.1.03	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.04	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.05	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.06	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.07	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.08	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.09	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES
90.6.1.10	Echinococcus ANTICUERPOS
90.6.1.11	Coccidioides ANTICUERPOS
90.6.1.12	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL
90.6.1.13	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.14	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS MANUAL
90.6.1.15	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.16	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.17	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.18	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.19	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL
<b>Incluye:</b>	<i>Aspergillus, Paracoccidioides, OTROS</i>
90.6.1.20	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>Aspergillus, Paracoccidioides, OTROS</i>
90.6.1.21	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.22	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.23	Paracoccidioides ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.24	Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.25	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.26	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.27	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.1.28	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.29	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.30	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.1.31	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.32	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL
90.6.1.33	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.34	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.35	Aspergillus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.36	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.37	Trichinella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.38	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.39	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.40	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.1.41	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.6.2.</b>	<b>DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS</b>
90.6.2.01	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.02	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL
90.6.2.03	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.04	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL
90.6.2.05	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.06	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.07	Dengue ANTICUERPOS Ig G
90.6.2.08	Dengue ANTICUERPOS Ig M
90.6.2.09	Dengue ANTICUERPOS TOTALES
90.6.2.10	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.11	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.12	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.13	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.14	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.15	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.16	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.17	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.18	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.19	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.20	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.2.21	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.22	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.23	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.24	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA
90.6.2.25	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.26	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.27	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.28	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.29	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.30	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.31	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.32	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.33	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.34	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G
90.6.2.35	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M
90.6.2.36	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G
90.6.2.37	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M
90.6.2.38	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.39	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.40	Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.41	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO
90.6.2.42	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO
90.6.2.43	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO
90.6.2.44	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO
90.6.2.45	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.46	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.47	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.48	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.49	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS
90.6.2.50	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA
90.6.2.51	Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.52	Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.53	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G
90.6.2.54	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M
90.6.2.55	Toxocara spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.56	Helicobacter pylori ANTÍGENO
90.6.2.57	Pneumocystis carinii ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.58	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.59	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.60	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL
90.6.2.61	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.2.62	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL
90.6.2.63	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL
90.6.2.64	Rubeola ANTICUERPOS MANUAL
90.6.2.65	Sarampión ANTICUERPOS MANUAL
90.6.2.66	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.2.67	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.6.3.</b>	<b>DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS MICROBIOLÓGICOS</b>
90.6.3.01	Adenovirus ANTÍGENO
90.6.3.02	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1
90.6.3.03	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.3.04	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tiphy H y O, Proteus OX19</i>
90.6.3.05	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.06	Bordetella pertussi ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.07	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.08	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL
90.6.3.10	Coxsackie A ANTÍGENO POR NEUTRALIZACIÓN SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.12	Coxsackie B ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.14	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO
90.6.3.15	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.16	Giardia lamblia MANUAL
90.6.3.17	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]
90.6.3.18	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.19	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.20	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.21	Influenza ANTÍGENO
90.6.3.22	Legionella spp ANTÍGENO
90.6.3.23	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO
90.6.3.24	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO
90.6.3.25	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.26	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.27	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL
90.6.3.28	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL
90.6.3.29	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO
90.6.3.31	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO
90.6.3.32	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA
90.6.3.33	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.34	Cándida spp ANTÍGENO
90.6.3.35	Cryptosporidium spp ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.36	Giardia lamblia ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.37	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.3.38	Plasmodium spp ANTÍGENO MAUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.6.4.</b>	<b>DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS</b>
90.6.4.01	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.4.04	ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.05	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA
90.6.4.06	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.07	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.08	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.09	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.10	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.11	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.12	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.13	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.14	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.15	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO
90.6.4.16	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO
90.6.4.17	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.18	DNA n ANTICUERPOS MANUAL
90.6.4.19	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.20	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.21	FACTOR ANTINÚCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.22	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFÁTICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL</i>
90.6.4.23	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>Incluye:</b>	<i>FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFÁTICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL</i>
90.6.4.24	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.25	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.26	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTÉS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.27	ISOAGLUTININAS
90.6.4.28	ISOLEUCOAGLUTININAS
90.6.4.29	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.30	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.31	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.32	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.33	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL
90.6.4.34	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.35	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS
90.6.4.36	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.37	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL
90.6.4.38	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO

442

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.4.40	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO
90.6.4.41	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL
90.6.4.42	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.43	PLAQUETARIOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.44	PLAQUETARIOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.45	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.46	PLAQUETAS ANTÍGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.47	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.48	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO
90.6.4.49	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.50	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.51	QUERATINA ANTICUERPOS
90.6.4.52	RECEPTORES BETA-2 ADRENERGICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.53	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.54	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.55	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.56	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.57	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS
90.6.4.58	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO
90.6.4.59	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL
90.6.4.60	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.62	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS
90.6.4.63	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.4.64	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL
90.6.4.65	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.4.66	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.67	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.68	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.69	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.70	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.71	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.72	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.73	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.74	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.75	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.76	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.77	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.78	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.79	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.4.80	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.81	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.82	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.83	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.84	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.85	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.86	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.88	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.89	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.90	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.4.91	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.6.5.</b>	<b>PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD</b>
90.6.5.01	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO A B C CLASE I
90.6.5.02	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO A B C DR DQ CLASE I Y II
90.6.5.03	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO B CLASE I CADA UNO
90.6.5.04	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR SEMIAUTOMATIZADO
90.6.5.06	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR DQ CLASE II SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.5.07	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27 SEMIAUTOMATIZADO
90.6.5.08	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27 AUTOMATIZADO
90.6.5.09	HLA CITOTÓXICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO
90.6.5.10	HLA CITOTÓXICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
90.6.5.11	LEUCOCITOS HLA DR SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.5.12	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.5.13	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO DR ALTA RESOLUCIÓN AUTOMATIZADO
90.6.5.14	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO DQ SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.5.15	ANTI HLA CLASE I Y II (P.R.A) CUALITATIVO
90.6.5.16	ANTI HLA CLASE I Y II (P.R.A) CUANTITATIVO
<b>90.6.6.</b>	<b>MARCADORES TUMORALES</b>
90.6.6.01	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.02	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.03	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.04	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.05	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.06	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.10	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.11	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.12	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

20



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.6.13	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO
90.6.6.14	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO
90.6.6.18	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.20	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.21	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.22	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.23	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.24	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.25	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.26	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.6.27	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.6.7.</b>	<b>DETERMINACIÓN DE POBLACIONES CELULARES</b>
90.6.7.01	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS
90.6.7.02	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.03	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.04	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.05	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.06	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.07	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.08	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.09	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.10	LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.11	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.12	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.13	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA
90.6.7.14	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.15	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA
90.6.7.16	LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.17	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA
90.6.7.18	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.19	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.20	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.21	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA
90.6.7.22	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.23	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.24	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.25	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.26	LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

243

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.7.27	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.28	LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.29	LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.30	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.31	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.32	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.33	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.34	LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.35	LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.36	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.37	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.38	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.39	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.40	LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.41	LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.42	LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.43	LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.44	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.45	LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.46	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.47	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.48	MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.49	MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.50	PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.51	PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.52	PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.53	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.7.54	LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.55	EXPRESIÓN DE PERFORINAS EN CÉLULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.56	PLASMOBLASTOS CD38: CD19 IgD CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.57	LINFOCITOS ALFA BETA (CD4 CD8): TC Rab CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.58	LINFOCITOS B TOTALES MÁS EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DEL COMPLEMENTO CR2: CD45 CD19 CD21 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.59	LINFOCITOS B TRANSICIONALES: CD24 CD19 CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.60	LINFOCITOS NK: EXPRESIÓN DE CD107a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.61	LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.62	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.63	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACIÓN CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.7.64	LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.65	MARCADOR TCR ALFA BETA (TCRab) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.66	MONOCITOS CD14
90.6.7.68	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.69	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS B (VIRGENES Y DE MEMORIA CON O SIN CAMBIO DE ISOTIPO PLASMOBLASTOS Y TRANSICIONALES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.70	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS T (AYUDADORES Y CITOTÓXICOS VIRGENES Y DE MEMORIA CENTRAL Y EFECTORA) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.7.71	EXPRESIÓN DE CD40 EN LINFOCITOS B
90.6.7.72	EXPRESIÓN DE CD40L EN LINFOCITOS T
90.6.7.73	EXPRESIÓN DE HLA CLASE II EN LINFOCITOS T Y B A PARTIR DE LEUCOCITOS CD45+
90.6.7.74	EXPRESIÓN DE IFNGR1 E IL12RB1 EN LINFOCITOS
90.6.7.75	EXPRESIÓN INTRACELULAR DE SAP EN LINFOCITOS
90.6.7.76	LINFOPROLIFERACIÓN A ANTI-CD3+ ANTI-CD28
90.6.7.77	LINFOPROLIFERACIÓN A MITÓGENO
<b>90.6.8.</b>	<b>PRUEBAS ESPECIALES</b>
90.6.8.01	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.02	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA
90.6.8.03	CÉLULAS ROJAS GLICOFORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.05	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.06	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.07	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA
90.6.8.08	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.09	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO
90.6.8.10	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
90.6.8.11	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
90.6.8.12	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
90.6.8.13	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO
90.6.8.14	FAGOCITOSIS ESTUDIO
90.6.8.18	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.22	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.23	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.24	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.25	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA
90.6.8.26	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.27	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO
90.6.8.28	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.29	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO
90.6.8.30	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.6.8.31	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.32	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO
90.6.8.33	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.34	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.35	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO
90.6.8.36	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO
90.6.8.37	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.38	PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.39	RECEPTORES DE INTERLEUQUINA 2 CD25 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
90.6.8.41	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.42	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.43	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.44	DETERMINACIÓN DE LA EXPLOSIÓN RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS
90.6.8.45	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G
90.6.8.46	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G
90.6.8.47	PROCALCITONINA MANUAL
90.6.8.48	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]
90.6.8.50	PRESEPSINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.8.51	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
<b>90.6.9.</b>	<b>PRUEBAS RUTINARIAS</b>
90.6.9.01	AGLUTININAS AL FRÍO
90.6.9.02	AGLUTININAS AL CALOR
90.6.9.03	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.9.04	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.9.05	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO
90.6.9.06	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO
90.6.9.07	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO
90.6.9.08	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO
90.6.9.10	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.9.11	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL
90.6.9.12	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
90.6.9.13	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO
90.6.9.14	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO
90.6.9.15	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL
<b>90.7.</b>	<b>MICROSCOPIA</b>
<b>90.7.0.</b>	<b>PRUEBAS DE COPROLOGÍA</b>
90.7.0.01	AZÚCARES REDUCTORES EN HECES
90.7.0.02	COPROLÓGICO
90.7.0.03	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN
90.7.0.04	COPROSCÓPICO
<b>Incluye:</b>	<i>pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS</i>
90.7.0.05	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)
90.7.0.06	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]
90.7.0.07	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	GRAHAM]
90.7.0.08	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]
90.7.0.09	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)
90.7.0.10	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO
90.7.0.11	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO
90.7.0.12	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS
90.7.0.13	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS
90.7.0.14	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS
90.7.0.15	ESTEATOCRITO ÁCIDO
<b>90.7.1.</b>	<b>PRUEBAS EN ORINA</b>
90.7.1.01	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA
90.7.1.02	HEMOGLOBINURIA
90.7.1.03	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL
90.7.1.04	RECUENTO DE ADDIS
90.7.1.05	RECUENTO HAMBURGUER
90.7.1.06	UROANÁLISIS
90.7.1.07	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL
90.7.1.08	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA
90.7.1.09	DENSIDAD URINARIA
<b>90.7.2.</b>	<b>OTRAS PRUEBAS</b>
90.7.2.01	ESPERMOGRAMA BÁSICO
<b>Incluye:</b>	<i>MORFOLOGÍA Y RECUENTO</i>
90.7.2.02	MOCO CERVICAL ANÁLISIS
90.7.2.03	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)
90.7.2.04	PARÁSITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES
90.7.2.05	FRAGILIDAD OSMÓTICA ESPERMÁTICA
<b>90.8.</b>	<b>GENÉTICA Y ERRORES METABÓLICOS</b>
<b>90.8.3.</b>	<b>PRUEBAS PARA ERRORES METABÓLICOS</b>
90.8.3.01	ASPARTILCILASA ACTIVIDAD
90.8.3.02	GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA
90.8.3.03	GANGLIÓSIDOS CUALITATIVOS
90.8.3.04	FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD
90.8.3.05	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD
90.8.3.06	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD
90.8.3.08	ÁCIDO ORÓTICO
90.8.3.09	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS
<b>Incluye:</b>	<i>ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTÓFANO</i>
90.8.3.10	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO
90.8.3.11	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA
90.8.3.12	AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO
90.8.3.13	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL
90.8.3.14	CISTINA CUANTITATIVA
90.8.3.15	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA
90.8.3.16	FENILALANINA CUANTITATIVA
90.8.3.17	TIROSINA TEST CON RAÍZ DE CABELLO
90.8.3.18	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS
90.8.3.19	FOSFORILASA ACTIVIDAD

3

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.8.3.20	GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD
90.8.3.21	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD
90.8.3.22	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD
90.8.3.23	GLUCÓGENO CURVA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (DETERMINACIÓN DE GLUCOSA Y ÁCIDO LÁCTICO)
90.8.3.24	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD
90.8.3.25	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.26	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.27	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD
90.8.3.28	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS
90.8.3.29	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO
90.8.3.30	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD
90.8.3.31	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.32	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD
90.8.3.33	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS
90.8.3.34	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.35	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.36	ALFA N ACETIL NEURAMINIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.37	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO
90.8.3.38	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS
90.8.3.39	GALACTOKINASA ACTIVIDAD
90.8.3.40	CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS
90.8.3.41	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO
90.8.3.42	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUANTITATIVOS
90.8.3.43	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO
90.8.3.44	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD
90.8.3.45	GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.46	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD
90.8.3.47	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA
90.8.3.48	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUÉMICO
90.8.3.49	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD
90.8.3.50	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN
<b>90.8.4.</b>	<b>PRUEBAS PARA GENÉTICA</b>
90.8.4.02	BCL-2 TRANSLOCACIÓN (14;18)
90.8.4.03	BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUALITATIVO
90.8.4.04	CARIOTIPO CON BANDEO G
90.8.4.05	CARIOTIPO CON BANDEO Q
90.8.4.06	CARIOTIPO CON BANDEO C
90.8.4.07	CARIOTIPO CON BANDEO RT
90.8.4.08	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]
90.8.4.09	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL
90.8.4.10	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA
90.8.4.11	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS
90.8.4.12	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES
90.8.4.13	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]
90.8.4.14	PRUEBA DE CROMATINA
90.8.4.15	REORGANIZACIÓN DE GENE BCR/ABL
90.8.4.16	ESTUDIO DE PENETRACIÓN DE ESPERMATOZOIDES EN OOCITOS DESNUDOS DE HAMSTER

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.8.4.17	BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUANTITATIVO
90.8.4.18	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)
90.8.4.19	ESTUDIOS GENÉTICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECÍFICO)
90.8.4.20	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)
90.8.4.21	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)
90.8.4.22	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)
90.8.4.23	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES (ESPECÍFICAS)
90.8.4.24	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECÍFICAS)
90.8.4.25	ESTUDIOS GENÉTICOS DE LOS CROMOSOMAS 14 23 Y 1
90.8.4.26	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN
90.8.4.27	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A
90.8.4.28	HFE (HEMOCROMATOSIS)
90.8.4.29	CARIOTIPO PARA ANEMIA DE FANCONI
90.8.4.30	ABL MUTACIÓN DE LA REGIÓN TIROSINA KINASA
90.8.4.31	CARIOTIPO EN RESTOS OVULARES O MATERIAL DE ABORTO
90.8.4.32	BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA
90.8.4.33	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN COMPLETA
90.8.4.34	BRCA1 Y BRCA2 MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA
90.8.4.35	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA
90.8.4.36	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN
90.8.4.37	PRF1 SECUENCIACIÓN DE EXONES 2 Y 3
90.8.4.38	EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLÉICOS
90.8.4.39	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA
<b>90.8.6.</b>	<b>OTRAS PRUEBAS PARA ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO</b>
90.8.6.01	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA, MEDICIÓN DE CADA UNA
90.8.6.02	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA GRIS, MEDICIÓN DE CADA UNA
90.8.6.03	ENZIMAS GLICOLÍTICAS, MEDICIÓN DE CADA UNA
90.8.6.04	ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICIÓN DE CADA UNA
90.8.6.05	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA
90.8.6.06	HIPOXANTINA GUANINA FOSFORIBOSIL TRANSFERASA ACTIVIDAD
90.8.6.08	GLUCÓGENO ESTRUCTURA Y CUANTIFICACIÓN
90.8.6.09	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS
90.8.6.10	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA
<b>90.8.8.</b>	<b>OTRAS PRUEBAS MOLECULARES</b>
90.8.8.01	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.02	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO
90.8.8.03	Hepatitis B GENOTIPO
90.8.8.04	Citomegalovirus GENOTIPO
90.8.8.05	Citomegalovirus CARGA VIRAL
90.8.8.06	Hepatitis B CARGA VIRAL
90.8.8.07	Hepatitis C CARGA VIRAL
90.8.8.08	Herpes simplex CARGA VIRAL
90.8.8.09	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL
90.8.8.10	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL
90.8.8.11	Epstein-Barr CARGA VIRAL
90.8.8.12	Adenovirus CARGA VIRAL

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
90.8.8.13	Parvovirus CARGA VIRAL
90.8.8.14	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.15	Coxsackie A IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.16	Coxsackie B IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.17	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.18	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.19	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.20	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.21	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.22	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.23	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.24	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.25	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.26	Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.27	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.28	Leishmania IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.29	PATERNIDAD O FILIACIÓN PRUEBA
90.8.8.30	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN
90.8.8.31	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR DQ CLASE II REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA-SSP
90.8.8.32	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL
90.8.8.33	Hepatitis C GENOTIPO
90.8.8.34	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.35	Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.36	Bordetella pertussis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.37	Bordetella parapertussis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.39	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.40	Neisseria meningitidis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.41	Hepatitis E IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.43	Sarampión IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
90.8.8.46	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
<b>Capítulo 18 MEDICINA TRANSFUSIONA L Y BANCO DE SANGRE</b>	
<b>91.</b>	<b>BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>
<b>91.1.</b>	<b>BANCO DE SANGRE</b>

42



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>91.1.0.</b>	<b>INMUNOHEMATOLOGÍA</b>
91.1.0.01	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTÉCNICA
91.1.0.02	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN EN TUBO
91.1.0.03	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA
91.1.0.04	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO
91.1.0.05	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA
<b>Incluye:</b>	<i>CUALQUIER TÉCNICA</i>
91.1.0.06	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO
<b>Incluye:</b>	<i>CUALQUIER TÉCNICA</i>
91.1.0.07	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA
91.1.0.08	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO
91.1.0.09	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA
91.1.0.10	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO
91.1.0.11	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTÉCNICA CUALQUIER ANTÍGENO
91.1.0.12	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTÍGENO
91.1.0.13	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA
91.1.0.14	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO
91.1.0.15	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA
91.1.0.16	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO
91.1.0.17	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA
91.1.0.18	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO
91.1.0.19	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA
91.1.0.20	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO
91.1.0.21	PRUEBA CRUZADA MAYOR POR MICROTÉCNICA
91.1.0.22	PRUEBA CRUZADA MAYOR EN TUBO
91.1.0.23	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA
91.1.0.24	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO
91.1.0.25	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA
91.1.0.26	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO
91.1.0.27	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS
<b>Incluye:</b>	<i>CUALQUIER TÉCNICA</i>
91.1.0.28	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS
<b>Incluye:</b>	<i>CUALQUIER TÉCNICA</i>
91.1.0.29	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS
<b>Incluye:</b>	<i>CUALQUIER TÉCNICA</i>
91.1.0.30	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS

*UP*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>CUALQUIER TÉCNICA</i>
<b>91.1.1.</b>	<b>SEPARACIÓN DE COMPONENTES</b>
91.1.1.01	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSIÓN [PREDEPÓSITO]
91.1.1.02	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR
91.1.1.03	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS
91.1.1.05	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO
91.1.1.06	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR
91.1.1.07	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS
91.1.1.10	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS
91.1.1.11	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO
91.1.1.12	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL
91.1.1.13	IRRADIACIÓN DE HEMOCOMPONENTE
91.1.1.14	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA O PLASMA RICO EN PLAQUETAS
91.1.1.15	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)
91.1.1.16	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)
91.1.1.17	CONCENTRACIÓN DE UNIDAD DE HEMOCOMPONENTES CELULARES
91.1.1.18	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALÍCUOTA PEDIÁTRICA
<b>91.1.2.</b>	<b>AFÉRESIS DE DONANTE</b>
91.1.2.01	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS
<b>Incluye:</b>	<i>PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS</i>
91.1.2.02	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS O LEUCOFÉRESIS
91.1.2.03	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS
91.1.2.04	SEPARACION DE CÉLULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE
91.1.2.05	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFÉRESIS O ERITROFÉRESIS
<b>91.1.3.</b>	<b>AFÉRESIS TERAPÉUTICA</b>
91.1.3.01	CITAFÉRESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)
91.1.3.02	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO
<b>91.1.4.</b>	<b>BIOLOGÍA MOLECULAR EN BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>
91.1.4.01	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENOS EN MEZCLA DE SUEROS DE DONANTES
91.1.4.02	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENO INDIVIDUAL EN SUERO DE DONANTE
<b>91.2.</b>	<b>MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>
<b>91.2.0.</b>	<b>APLICACIÓN DE SANGRE O SUS DERIVADOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>APLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA O A DOMICILIO</i>
91.2.0.01	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO
91.2.0.02	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS
91.2.0.03	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS
91.2.0.04	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL
91.2.0.05	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO
91.2.0.10	EXANGUINO TRANSFUSIÓN
91.2.0.11	HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA INTRAOPERATORIA

*SP*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
91.2.0.12	TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA POR OBTENCIÓN MECÁNICA INTRAOPERATORIA
91.2.0.20	INFUSIÓN DE EXPANSORES PLASMÁTICOS
<b>Incluye:</b>	<i>COLOIDES O DEXTRAN ENTRE OTROS</i>
<b>Capítulo 19 MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA</b>	
<b>92.</b>	<b>MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA</b>
<b>92.0.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS</b>
<b>92.0.1.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO</b>
92.0.1.01	GAMAGRAFÍA CEREBRAL ESTÁTICA
92.0.1.02	GAMAGRAFÍA CEREBRAL DINÁMICA (ESTUDIO DE MUERTE CEREBRAL)
92.0.1.03	CISTERNOGAMAGRAFÍA
92.0.1.04	GAMAGRAFÍA DE DERIVACIONES
92.0.1.05	GAMAGRAFÍA SPECT CEREBRAL
92.0.1.06	GAMAGRAFÍA METABÓLICA CEREBRAL CON 18- FDG.
<b>92.0.2.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA ENDOCRINO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>CAPTACIÓN DE I-131, DE RADIOYODO O YODO LIGADO A PROTEÍNAS</i>
92.0.2.01	CAPTACIÓN TIROIDEA DE I-131 A 4 O 24 HORAS
92.0.2.02	GAMAGRAFÍA DE TIROIDES
92.0.2.03	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO DE METÁSTASIS)
92.0.2.04	GAMAGRAFÍA CON METAÍODO BENCILGUANIDINA [MIBG]
92.0.2.08	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN
92.0.2.09	PRUEBA DE SUPRESIÓN
92.0.2.10	PRUEBA DE PERCLORATO
92.0.2.11	GAMAGRAFÍA DE SUPRARRENAL CON IODO COLESTEROL
92.0.2.14	GAMAGRAFÍA CON OCTREOTIDE
92.0.2.15	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULA MAMARIA
<b>92.0.3.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO</b>
92.0.3.01	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN
92.0.3.02	GAMAGRAFÍA PULMONAR, VENTILACIÓN
92.0.3.03	BÚSQUEDA DE HEMORRAGIA PULMONAR
92.0.3.04	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN Y VENTILACIÓN
92.0.3.05	GAMAGRAFÍA DE ACLARAMIENTO MUCOCILIAR
92.0.3.06	GAMAGRAFÍA DE PERMEABILIDAD ALVEOLO CAPILAR
92.0.3.07	SALIVOGRAMA (TEST DE BRONCOASPIRACIÓN)
92.0.3.10	GAMAGRAFÍA SPECT TORAX
<b>92.0.4.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>
92.0.4.01	VENTRICULOGRAFÍA NUCLEAR
92.0.4.02	VENTRICULOGRAFÍA DE PRIMER PASO
92.0.4.03	VENTRICULOGRAFÍA DE VENTRÍCULO DERECHO
92.0.4.04	VENTRICULOGRAFÍA EN REPOSO
92.0.4.05	VENTRICULOGRAFÍA EN REPOSO Y POST EJERCICIO
92.0.4.06	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO
92.0.4.07	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO Y POST-EJERCICIO
92.0.4.08	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON STRESS FARMACOLÓGICO

2/3

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
92.0.4.10	GAMAGRAFÍA DE MIOCARDIO CON PIROFOSFATOS
92.0.4.11	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN ARTERIAL
92.0.4.12	VENOGAMAGRAFÍA
92.0.4.13	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA CON 18 FDG.
92.0.4.14	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA CON TALIO O MARCADORES DE TC.
92.0.4.15	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE CARDÍACO
<b>92.0.5.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEMÁTICO LINFÁTICO</b>
92.0.5.01	GAMAGRAFÍA ESPLÉNICA
92.0.5.02	GAMAGRAFÍA DE MÉDULA ÓSEA
92.0.5.03	GAMAGRAFÍA DE GANGLIOS LINFÁTICOS - LINFOGAMAGRAFÍA
92.0.5.04	GAMAGRAFÍA DE FERROCINÉTICA
92.0.5.05	GAMAGRAFÍA CON LEUCOCITOS MARCADOS
92.0.5.06	MEDICIÓN DE ABSORCIÓN GASTROINTESTINAL DE VITAMINA B12 [SHILLING]
92.0.5.07	GAMAGRAFÍA DE INFECCIÓN CON HIG
92.0.5.08	VOLUMEN DE GLÓBULOS ROJOS
92.0.5.09	VIDA MEDIA DE GLÓBULOS ROJOS
92.0.5.10	GAMAGRAFÍA DE POOL SANGUÍNEO- COMPARTIMENTOS VASCULARES
92.0.5.11	VOLUMEN PLASMÁTICO
<b>92.0.6.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>
92.0.6.01	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES
92.0.6.02	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROCITOS MARCADOS
92.0.6.03	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON COLOIDE
92.0.6.04	GAMAGRAFÍA PARA MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA
92.0.6.05	GAMAGRAFÍA DE TRÁNSITO ESOFÁGICO
92.0.6.06	GAMAGRAFÍA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO
92.0.6.07	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE SÓLIDA
92.0.6.08	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE LÍQUIDA
92.0.6.09	GAMAGRAFÍA SPECT ABDOMEN
<b>92.0.7.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEPATOBILIAR</b>
92.0.7.01	GAMAGRAFÍA HEPATOSPLÉNICA
92.0.7.02	GAMAGRAFÍA HEPATOBILIAR
92.0.7.03	GAMAGRAFÍA HEPATOBILIAR CON COLECISTOQUININA
92.0.7.05	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE HEPÁTICO
92.0.7.06	GAMAGRAFÍA HEPATOSPLÉNICA CON SPECT
92.0.7.07	GAMAGRAFÍA DE POOL SANGUÍNEO HEPÁTICO
92.0.7.08	GAMAGRAFÍA DE REFLUJO BILIAR
<b>92.0.8.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO</b>
92.0.8.01	RENOGRAMA SECUENCIAL
92.0.8.02	RENOGRAMA SECUENCIAL CON FILTRACIÓN GLOMERULAR
92.0.8.03	GAMAGRAFÍA DE FLUJO PLASMÁTICO RENAL EFECTIVO
92.0.8.04	GAMAGRAFÍA DE RESIDUO VESICAL
92.0.8.05	GAMAGRAFÍA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR
92.0.8.06	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN TESTICULAR Y CONTENIDO ESCROTAL
92.0.8.07	CISTOGAMAGRAFÍA
92.0.8.08	RENOGRAMA BASAL Y POST CAPTOPRIL

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
92.0.8.09	GAMAGRAFÍA RENAL ESTÁTICA CON DMSA
92.0.8.10	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN RENAL
92.0.8.11	RENOGRAMA CON MERTIATIDE
92.0.8.12	RENOGRAMA DIURÉTICO
92.0.8.13	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE RENAL
<b>92.0.9.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR</b>
92.0.9.01	GAMAGRAFÍA ÓSEA (CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA)
92.0.9.02	GAMAGRAFÍA ÓSEA DE TRES FASES
92.0.9.03	GAMAGRAFÍA ÓSEA CON SPECT
92.0.9.04	GAMAGRAFÍA SPECT COLUMNA
<b>92.1.</b>	<b>GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DE OTRAS LOCALIZACIONES</b>
<b>92.1.1.</b>	<b>DACRIOCISTOGAMAGRAFÍA [GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES]</b>
92.1.1.00	DACRIOCISTOGAMAGRAFÍA [GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES] SOD
<b>92.1.2.</b>	<b>GAMAGRAFÍA CON GALIO 67</b>
92.1.2.00	GAMAGRAFÍA CON GALIO 67 SOD
<b>92.1.3.</b>	<b>GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD TUMORAL (RASTREO GAMAGRÁFICO)</b>
92.1.3.01	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD TUMORAL CON MIBI, TETROFOSMIN, TALIO U OCTEOTRIDE
92.1.3.02	GAMAGRAFÍA TUMORAL CON 18 FDG.
92.1.3.03	GAMAGRAFÍA TUMORAL CON 11 C. METIONINA
<b>92.1.6.</b>	<b>GAMAGRAFÍA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>
92.1.6.00	GAMAGRAFÍA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES SOD
<b>92.1.7.</b>	<b>GAMAGRAFÍA CON DMSA PENTAVALENTE</b>
92.1.7.00	GAMAGRAFÍA CON DMSA. PENTAVALENTE SOD
<b>92.1.8.</b>	<b>GAMAGRAFÍA DE PÁNCREAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA CON OCTEOTRIDE U OTOS RADIOFÁRMACOS</i>
92.1.8.00	GAMAGRAFÍA DE PÁNCREAS SOD
<b>92.2.</b>	<b>RADIOTERAPIA</b>
<b>92.2.2.</b>	<b>TELETERAPIA ORTOVOLTAJE</b>
92.2.2.01	TELETERAPIA CON ORTOVOLTAJE
<b>92.2.3.</b>	<b>TELETERAPIA CON RADIOISÓTOPOS</b>
92.2.3.21	TELETERAPIA CON COBALTO (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN CONVENCIONAL)
92.2.3.22	TELETERAPIA CON COBALTO (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL)
<b>92.2.4.</b>	<b>TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL CON FOTONES</b>
92.2.4.41	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN CONVENCIONAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL
92.2.4.42	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL
92.2.4.43	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT]
92.2.4.44	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]
92.2.4.45	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUÍADA POR IMÁGENES [IGRT]

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
92.2.4.46	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA - ARCOTERAPIA DE MODULACIÓN VOLUMÉTRICA [VMAT]
92.2.4.47	IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL
92.2.4.48	IRRADIACIÓN CUTÁNEA TOTAL
<b>92.2.5.</b>	<b>TELETERAPIA CON ELECTRONES</b>
92.2.5.04	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL)
92.2.5.05	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL)
92.2.5.06	RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA
<b>92.2.6.</b>	<b>BRAQUITERAPIA</b>
92.2.6.02	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON BAJA TASA DE DOSIS
92.2.6.03	BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS
92.2.6.04	BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL CON BAJA TASA DE DOSIS
92.2.6.05	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS
92.2.6.06	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON BAJA TASA DE DOSIS
92.2.6.07	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS
92.2.6.08	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON BAJA TASA DE DOSIS
92.2.6.09	BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS
92.2.6.11	BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS
92.2.6.12	BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS
92.2.6.13	BRAQUITERAPIA EPIESCLERAL DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON BAJA TASA DE DOSIS
92.2.6.14	BRAQUITERAPIA METABÓLICA
92.2.6.15	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS
92.2.6.16	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS
<b>92.2.8.</b>	<b>TERAPIAS CON RADIOISÓTOPOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INYECCIÓN O INSTILACIÓN INTRACAVITARIA O INTRAVENOSA DE RADIOISÓTOPOS</i>
92.2.8.01	TERAPIA CON RADIOISÓTOPOS
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA HIPERTIROIDISMO, CÁNCER DE TIROIDES ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS</i>
92.2.8.05	TERAPIA CON ITRIUUM 90
92.2.8.10	TERAPIA CON METAIODOBENCILGUANIDINA SUPRARRENAL
92.2.8.30	TERAPIA DE METÁSTASIS CON ESTRONCIO
<b>92.3.</b>	<b>RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA</b>

40

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>92.3.1.</b>	<b>RADIOCIRUGÍA DE FUENTE ÚNICA DE FOTONES</b>
92.3.1.03	RADIOCIRUGÍA INTRACRANEAL O EXTRACRANEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)
<b>92.3.2.</b>	<b>RADIOCIRUGÍA DE MÚLTIPLES FUENTES DE FOTONES</b>
92.3.2.01	RADIOCIRUGÍA INTRACRANEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA Y SIMULACIÓN VIRTUAL)
<b>Capítulo 20 DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN</b>	
<b>93.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN DESEMPEÑO FUNCIONAL, REHABILITACIÓN Y RELACIONADOS</b>
<b>93.0.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN</b>
<b>93.0.1.</b>	<b>EVALUACIÓN FUNCIONAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>MÉTODOS Y ESTRATEGIAS PARA EVALUAR COMPONENTES COGNOSCITIVO, SOCIAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO</i>
93.0.1.01	PRUEBA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL
93.0.1.02	PRUEBA COGNITIVA
93.0.1.05	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL
<b>Incluye:</b>	<i>EVALUACIONES ESTANDARIZADAS Y NO ESTANDARIZADAS</i>
93.0.1.06	EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE DESÓRDENES DE LENGUAJE
93.0.1.07	PRUEBAS FONOAUDIOLÓGICAS DEL HABLA
93.0.1.08	ANÁLISIS ACÚSTICO DE LA VOZ
93.0.1.09	ANÁLISIS ACÚSTICO DE LA PALABRA
93.0.1.10	ANÁLISIS AERODINÁMICO DEL HABLA
93.0.1.11	ANÁLISIS MIOFUNCIONAL OROFACIAL
<b>93.0.2.</b>	<b>EVALUACIÓN ORTÉSICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EVALUACIÓN ORTÓTICA, DE FÉRULAJE</i>
93.0.2.00	EVALUACIÓN ORTÉSICA SOD
<b>93.0.3.</b>	<b>EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES</b>
93.0.3.00	EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES SOD
<b>93.0.4.</b>	<b>EVALUACIÓN DE FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR</b>
<b>Incluye:</b>	<i>MÉTODOS Y ESTRATEGIAS PARA EVALUAR COMPONENTES SENSIOMOTORES DE DESEMPEÑO (ACTIVIDAD REFLEJA, FUERZA MUSCULAR, MOVILIDAD ARTICULAR, COORDINACIÓN Y DESTREZA, EVALUACIÓN DE CAPACIDAD AERÓBICA Y REISTENCIA, MEDICIONES CORPORALES ENTRE OTROS)</i>
93.0.4.01	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR
93.0.4.02	EVALUACIÓN DE FUNCIÓN MUSCULAR ESTÁTICA, DINÁMICA Y FLEXIBILIDAD
93.0.4.03	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA
<b>93.0.8.</b>	<b>ELECTRODIAGNÓSTICO</b>
93.0.8.01	ELECTROMIOGRAFÍA CON ELECTRODO DE FIBRA ÚNICA
93.0.8.02	ELECTROMIOGRAFIA CUANTITATIVA
93.0.8.03	ANÁLISIS DE UNIDADES MOTORAS POR NEUROCONDUCCIÓN
93.0.8.04	ANÁLISIS CUANTITATIVO SENSITIVO
93.0.8.05	ELECTROMIOGRAFÍA DE SUPERFICIE
93.0.8.10	ELECTROMIOGRAFÍA LARINGEA O DE CUELLO
93.0.8.20	ELECTROMIOGRAFÍA EN CARA
93.0.8.21	ELECTRONEURONOGRFÍA [ENOG]
93.0.8.60	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>93.0.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN</b>
93.0.9.00	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN SOD
<b>93.1.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN</b>
<b>93.1.0.</b>	<b>TERAPIA FÍSICA</b>
93.1.0.00	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL SOD
<b>Incluye:</b>	<i>ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVOS, SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO; EJERCICIOS TERAPÉUTICOS, ESTIMULACIÓN TEMPRANA MECANOTERAPIA, MEDIOS FÍSICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HÚMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BACK, TENS, ULTRASONIDO, DIATERMIA) O TRACCIONES</i>
<b>93.1.1.</b>	<b>EJERCICIO ASISTIDO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPEÑO</i>
93.1.1.01	MODALIDADES CINÉTICAS DE TERAPIA
<b>Incluye:</b>	<i>ACONDICIONAMIENTO FÍSICO, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES FUNCIONALES: COORDINACIÓN, BALANCE Y EQUILIBRIO CORPORAL, MOVILIZACIÓN-MANIPULACIÓN DE SEGMENTOS CORPORALES (EXTENSIÓN FORZADA DE MIEMBRO) ENTRENAMIENTO EN FLEXIBILIDAD (LIBERACIÓN MANUAL DE ADHERENCIAS ARTICULARES, ESTIRAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN O FASCIA Y TERAPIA VESTIBULAR.</i>
<b>93.1.5.</b>	<b>MODALIDADES ELÉCTRICAS Y ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS CON RADIACIÓN</i>
93.1.5.01	MODALIDADES ELÉCTRICAS O ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA
93.1.5.02	ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANS CRANEAL REPETITIVA
<b>93.1.6.</b>	<b>MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA</b>
93.1.6.00	MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA SOD
<b>93.1.7.</b>	<b>MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>APLICACIÓN DE PANTALONES DE PRESIÓN (ANTICHOQUE) O DE DISPOSITIVO VASONEUMÁTICO, APLICACIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN INTERMITENTE, APLICACIÓN DE MEDIAS ELÁSTICAS, ENTRE OTROS</i>
93.1.7.00	MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA SDD
<b>93.2.</b>	<b>OTRA MANIPULACIÓN MÚSCULOESQUELÉTICA EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN</b>
<b>93.2.4.</b>	<b>DISEÑO, ADECUACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLÓGICA DE REHABILITACIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ENTRENAMIENTO Y USO DE ORTESIS, PRÓTESIS, ADITAMENTOS ASISTIVOS, ARTEFACTOS PARA MOVILIDAD Y MARCHA, ENTRE OTROS, EN EL HOGAR, ESCUELA O SITIO DE TRABAJO</i>
93.2.4.00	DISEÑO, ADECUACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN USO DE TECNOLOGÍA DE REHABILITACIÓN SOD
<b>93.3.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN</b>
<b>93.3.3.</b>	<b>TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EJERCICIO ASISTIDO EN PISCINA</i>
93.3.3.00	TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS SOD
<b>93.3.5.</b>	<b>REHABILITACIÓN PULMONAR</b>
93.3.5.00	TERAPIA DE REHABILITACIÓN PULMONAR SOD
<b>93.3.6.</b>	<b>REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR</b>
93.3.6.01	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

11



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
93.3.6.02	CONTRAPULSACIÓN EXTERNA MEJORADA
<b>93.3.7.</b>	<b>ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PSICOPROFILAXIS O ENTRENAMIENTO PARA PARTO NATURAL Y ESTIMULACIÓN INTRAUTERINA</i>
93.3.7.00	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO SOD
<b>93.3.9.</b>	<b>TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, MASOTERAPIA, ENTRE OTRAS</i>
93.3.9.00	TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL SOD
<b>93.4.</b>	<b>TRACCIÓN ESQUELÉTICA Y OTRA TRACCIÓN</b>
<b>93.4.1.</b>	<b>TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DE DISPOSITIVO CRANEAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TRACCIÓN CON EMPLEO DE COMPÁS DE APARATO ORTOPÉDICO, COMPAS DE CRUTCHFIEL, COMPAS DE VINKE O DISPOSITIVO HALO CRANEAL</i>
93.4.1.01	TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DEL DISPOSITIVO CRANEAL
<b>93.4.2.</b>	<b>OTRA TRACCIÓN ESPINAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TRACCIÓN DE COTREL</i>
93.4.2.01	TRACCIÓN CUTÁNEA PARA DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO SEGMENTO LUMBAR
<b>93.4.5.</b>	<b>TRACCIONES ESQUELÉTICAS DE MIEMBROS</b>
93.4.5.01	TRACCIÓN ESQUELÉTICA DE MIEMBROS
<b>93.4.6.</b>	<b>TRACCIONES CUTÁNEAS DE MIEMBROS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TRACCIÓN DE BOTA, [DE BUCK], DE SUSPENSIÓN, POR CINTA ADHESIVA, POR CUALQUIER PATOLOGÍA</i>
93.4.6.01	TRACCIÓN CUTÁNEA DE MIEMBROS
<b>93.5.</b>	<b>OTRA INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA (CUIDADO TEGUMENTARIO)</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LIMPIEZA DE HERIDA (96.5); LA INMOVILIZACIÓN REALIZADA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO</i>
<b>93.5.0.</b>	<b>INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA DE LUGAR NO ESPECIFICADO</b>
93.5.0.00	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA SOD
<b>93.5.1.</b>	<b>APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO</b>
93.5.1.00	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO SOD
<b>93.5.2.</b>	<b>APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL</b>
93.5.2.01	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL MOLDEADO
93.5.2.02	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL PREVIAMENTE FABRICADO
<b>93.5.3.</b>	<b>APLICACIÓN O CAMBIO DE OTRA ESCAYOLA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ÚNICO PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA HERIDA O FRACTURA PARA INMOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE; PARA TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y ADQUIRIDAS (DISPLASIA UNI O BILATERAL); CON USO DE ACRÍLICO, YESO O ARNÉS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>LA INMOVILIZACIÓN REALIZADA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO</i>
93.5.3.01	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)
93.5.3.02	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO
93.5.3.03	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO
93.5.3.04	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)
93.5.3.05	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE
93.5.3.06	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)

45

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
93.5.3.07	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX
<b>93.5.4.</b>	<b>APLICACIÓN DE FÉRULA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ÚNICO PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA HERIDA O FRACTURA PARA INMOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE; EN EL MANEJO ORTOPÉDICO DE DEDO EN BOTONERA, CUELLO DE CISNE, MARTILLO O GATILLO</i>
93.5.4.00	APLICACIÓN DE FÉRULA SOD
<b>93.5.5.</b>	<b>APLICACIÓN DE ALAMBRE DENTAL</b>
93.5.5.00	APLICACIÓN DE ALAMBRE DENTAL SOD
<b>93.5.6.</b>	<b>APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN</b>
93.5.6.00	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN (VENDA DE GIBNEY, ROBERT JONES, SHANTZ) SOD
<b>93.5.7.</b>	<b>APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA</b>
93.5.7.00	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD
<b>93.5.9.</b>	<b>OTRA INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA</b>
93.5.9.01	APLICACIÓN DE VENDAJE DE VELPEAU
<b>93.6.</b>	<b>TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO</b>
<b>93.6.1.</b>	<b>TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA MOVILIZACIÓN GENERAL</b>
93.6.1.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA MOVILIZACIÓN GENERAL (TRATAMIENTO GENERAL DE ARTICULACIONES) SOD
<b>93.6.2.</b>	<b>TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TRATAMIENTO CON FUERZAS DE EMPUJE</i>
93.6.2.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE) SOD
<b>93.6.3.</b>	<b>TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>FUERZAS DE RESORTE</i>
93.6.3.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE) SOD
<b>93.6.4.</b>	<b>TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTÓNICAS E ISOMÉTRICAS</b>
93.6.4.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTÓNICAS E ISOMÉTRICAS SOD
<b>93.6.5.</b>	<b>TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS</b>
93.6.5.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS SOD
<b>93.6.6.</b>	<b>TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS</b>
93.6.6.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS (BOMBA LINFÁTICA) SOD
<b>93.6.8.</b>	<b>INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA</b>
93.6.8.00	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA SOD
<b>93.7.</b>	<b>REHABILITACIÓN DEL HABLA, DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN</b>
<b>93.7.0.</b>	<b>TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL</b>
93.7.0.00	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICIÓN O COMUNICACIÓN</i>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>93.7.1.</b>	<b>TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE</b>
93.7.1.01	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO
<b>93.7.2.</b>	<b>TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA Y DEGLUCIÓN</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PATRONES MIOFUNCIONALES OROFACIALES Y FUNCIÓN DEGLUTORIA ENTRE OTROS</i>
93.7.2.01	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA
93.7.2.02	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ
93.7.2.03	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN
<b>93.7.3.</b>	<b>TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS</b>
93.7.3.00	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD
<b>93.7.4.</b>	<b>TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS</b>
93.7.4.00	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS SOD
<b>93.7.5.</b>	<b>OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>
93.7.5.01	ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE VOZ O DISPOSITIVOS ORALES
93.7.5.02	ADAPTACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS DE COMUNICACIÓN
<b>93.8.</b>	<b>OTRA TERAPIA DE REHABILITACIÓN</b>
<b>93.8.3.</b>	<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLOS PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES PARA LA PROTECCIÓN DE SALUD DE LOS TRABAJADORES</i>
93.8.3.01	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS)
93.8.3.02	TERAPIA OCUPACIONAL EN MANEJO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE Y JUEGO
93.8.3.03	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
<b>Incluye:</b>	<i>EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONÓMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACIÓN LABORAL, SOCIAL Y FAMILIAR Y EN USO DE TECNOLOGÍA DE REHABILITACIÓN</i>
93.8.3.10	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN INTEGRACIÓN LABORAL Y SOCIAL
<b>93.8.5.</b>	<b>REHABILITACIÓN PROFESIONAL (VOCACIONAL)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA REALIZADA EN LOS TRABAJADORES CON INCAPACIDAD TEMPORAL Y PERMANENTE PARCIAL COMO PARTE DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL; EMPLEO PROTEGIDO, EVALUACIÓN, FORMACIÓN, O RECONVERSIÓN PROFESIONAL</i>
93.8.5.01	REHABILITACIÓN PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL
<b>93.8.6.</b>	<b>REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD (FÍSICA, SENSORIAL O MENTAL)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LA COMBINACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y TÉCNICAS INTERDISCIPLINARIAS SUSCEPTIBLES DE MEJORAR EL PRONÓSTICO FUNCIONAL; EL CONJUNTO ORGANIZADO DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES TENDIENTES A DESARROLLAR O RESTAURAR LA FUNCIÓN FÍSICA, MENTAL O SOCIAL</i>
93.8.6.10	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA LEVE

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÁXIMO DE SEIS SEMANAS CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE DOS TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA
93.8.6.11	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA MODERADA
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÍNIMO DE SEIS SEMANAS Y MÁXIMO DE DIEZ SEMANAS, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE DOS TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA
93.8.6.12	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA SEVERA
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÍNIMO DE VEINTIUN SEMANAS Y MÁXIMO DE TREINTA Y OCHO SEMANAS, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE TRES TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA
93.8.6.60	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÁXIMO DE TRES MESES, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE DOS TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA
93.8.6.61	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÍNIMO DE TRES MESES Y MÁXIMO DE SEIS MESES, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE DOS TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA
93.8.6.62	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÍNIMO DE NUEVE MESES Y MÁXIMO DE QUINCE MESES, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE TRES TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA
93.9.	<b>TERAPIAS RESPIRATORIAS</b>
Excluye:	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA (96.0.1.) Y OTRA VENTILACIÓN MECÁNICA CONTINUA (96.7.0.)
93.9.0.	<b>RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA [RPPC]</b>
93.9.0.00	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA [RPPC] SOD
93.9.1.	<b>RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE [RPPi]</b>
93.9.1.00	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE [RPPi] SOD
93.9.3.	<b>MÉTODOS DE RESUCITACIÓN NO MECÁNICOS</b>
93.9.3.00	MÉTODOS DE RESUCITACIÓN NO MECÁNICOS (RESPIRACIÓN ARTIFICIAL, BOCA A BOCA, MANUAL) SOD
93.9.4.	<b>TERAPIA RESPIRATORIA</b>
93.9.4.01	MEDICACIÓN RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACIÓN (AEROSOLTERAPIA)
93.9.4.02	NEBULIZACIÓN
93.9.4.03	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
Incluye:	PERCUSIÓN, VIBRACIÓN, DRENAJE POSTURAL, SUCCIÓN, MICRONEBULIZACIÓN, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS
93.9.5.	<b>OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA</b>
93.9.5.00	OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA SOD
93.9.6.	<b>OTRA TERAPIA CON OXÍGENO</b>

45

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
93.9.6.01	OTRA TERAPIA CON OXÍGENO (EFECTO CITOREDUCTIVO OXIGENADORES TERAPIA CATALÍTICA POR OXIGENOTERAPIA CON OXÍGENO)
<b>93.9.7.</b>	<b>CÁMARA DE DESCOMPRESIÓN</b>
93.9.7.00	CÁMARA DE DESCOMPRESIÓN SOD
<b>93.9.8.</b>	<b>OTRO CONTROL DE PRESIÓN Y COMPOSICIÓN ATMOSFÉRICA</b>
93.9.8.00	OTRO CONTROL DE PRESIÓN Y COMPOSICIÓN ATMOSFÉRICA (TERAPIA CON HELIO Y AIRE ACONDICIONADO LIBRE DE ANTÍGENOS) SOD
<b>Capítulo 21 SALUD MENTAL</b>	
<b>94.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PSIQUE</b>
<b>94.0.</b>	<b>EVALUACIÓN Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS</b>
<b>94.0.1.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA</b>
94.0.1.00	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) SOD
<b>94.0.2.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD</b>
94.0.2.00	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD
<b>94.0.3.</b>	<b>ANÁLISIS DE CARÁCTER (CONDUCTA)</b>
94.0.3.01	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES O DE CONDUCTA
<b>94.0.7.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA</b>
94.0.7.00	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) SOD
<b>94.0.9.</b>	<b>DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSICOLÓGICO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LA ENTREVISTA, EVALUACIÓN O VALORACIÓN REALIZADA EN LA CONSULTA POR PSICOLOGÍA (89.0.)</i>
94.0.9.00	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA SOD
<b>94.1.</b>	<b>ENTREVISTAS, CONSULTAS Y EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS</b>
<b>94.1.1.</b>	<b>DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIÁTRICO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LA ENTREVISTA, EVALUACIÓN O VALORACIÓN REALIZADA EN LA CONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA</i>
94.1.1.00	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA SOD
<b>94.1.3.</b>	<b>OTRAS ENTREVISTAS Y EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS</b>
94.1.3.01	OTRA ENTREVISTA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICAS
<b>94.1.4.</b>	<b>EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO</b>
94.1.4.00	EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO SOD
<b>94.2.</b>	<b>SOMATOTERAPIA PSIQUIÁTRICA</b>
<b>94.2.6.</b>	<b>TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA Y RELAJACIONES [TECAR]</b>
94.2.6.00	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA Y RELAJACIONES [TECAR] SOD
<b>94.3.</b>	<b>PSICOTERAPIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES COMO EL MANEJO DEL CONFLICTO Y LA NEGOCIACIÓN, COMUNICACIÓN EFECTIVA, INCREMENTO DE AUTOESTIMA, ENTRE OTRAS ESTRATEGIAS</i>
<b>94.3.1.</b>	<b>PSICOTERAPIA INDIVIDUAL</b>
94.3.1.01	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA
94.3.1.02	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA
<b>94.3.5.</b>	<b>INTERVENCIÓN EN CRISIS</b>
94.3.5.00	INTERVENCIÓN EN CRISIS SOD
<b>94.4.</b>	<b>OTRAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS EN SALUD MENTAL</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>94.4.0.</b>	<b>PSICOTERAPIA DE PAREJA</b>
94.4.0.01	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRÍA
94.4.0.02	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA
<b>94.4.1.</b>	<b>PSICOTERAPIA FAMILIAR</b>
94.4.1.01	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRÍA
94.4.1.02	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA
<b>94.4.2.</b>	<b>PSICOTERAPIA DE GRUPO</b>
94.4.2.01	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRÍA
94.4.2.02	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA
<b>94.4.9.</b>	<b>INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD</b>
94.4.9.01	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR MEDICINA GENERAL
94.4.9.02	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSIQUIATRÍA
94.4.9.03	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR ENFERMERÍA
94.4.9.04	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGÍA
94.4.9.05	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TRABAJO SOCIAL
94.4.9.06	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL.
94.4.9.10	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD
94.4.9.15	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
<b>Capítulo 22 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN SISTEMAS VISUAL Y AUDITIVO</b>	
<b>95.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OJO Y OÍDO</b>
<b>95.0.</b>	<b>EXAMENES DE OJOS GENERAL Y SUBJETIVO</b>
<b>95.0.1.</b>	<b>EVALUACIÓN ORTÓPTICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>DETERMINACIÓN DEL ESTADO MOTOR (ORTÓPTICA) Y SENSORIAL (PLEÓPTICA) DEL GLOBO OCULAR</i>
95.0.1.00	EVALUACIÓN ORTÓPTICA SOD
<b>95.0.2.</b>	<b>EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN</b>
95.0.2.00	EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN SOD
<b>95.0.3.</b>	<b>EVALUACIÓN O EXAMEN OFTALMOLÓGICO ESPECIAL O EXTENDIDO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXAMEN NEUROOFTALMOLÓGICO; PARA CATARATA ENFERMEDAD RETINAL, GLAUCOMA U OTRA PATOLOGÍA OCULAR</i>
95.0.3.10	INTERFEROMETRÍA
<b>95.0.5.</b>	<b>ESTUDIO DE CAMPO VISUAL</b>
95.0.5.01	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFÉRICO CONVENCIONAL
<b>Incluye:</b>	<i>MÉTODOS CONVENCIONALES (PERIMETRÍA POR CONFRONTACIÓN)</i>
95.0.5.05	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFÉRICO COMPUTARIZADO
<b>95.0.6.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS EN OJO</b>
95.0.6.01	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA TAMIZAJE VISUAL EN LA POBLACIÓN GENERAL COMO EN PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES ENTRE OTROS</i>
95.0.6.10	RECUENTO DE CÉLULAS ENDOTELIALES
<b>95.1.</b>	<b>EXAMENES DE FORMA Y ESTRUCTURA DE OJO</b>
<b>95.1.1.</b>	<b>FOTOGRAFÍA DE SEGMENTO ANTERIOR O POSTERIOR DEL OJO</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
95.1.1.01	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR O POSTERIOR DEL OJO
<b>95.1.2.</b>	<b>ANGIORETINOFLUORESCENOGRAFÍA</b>
95.1.2.01	ANGIOGRAFÍA OCULAR (ANGIORETINOFLUORESCENOGRAFIA)
<b>95.1.3.</b>	<b>ESTUDIO DE OJO CON ULTRASONIDO</b>
95.1.3.01	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS - ACR
95.1.3.21	DUPLEX SCANNING [DOPPLER - ECOGRAFÍA] DE VASOS OCULARES (ARTERIA Y VENA CENTRAL DE RETINA, ARTERIA OFTÁLMICA Y VASOS CILIARES) A COLOR
<b>95.1.4.</b>	<b>ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL OJO</b>
95.1.4.01	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE OJO
<b>95.1.5.</b>	<b>TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA</b>
95.1.5.00	TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD
<b>95.1.6.</b>	<b>TOMOGRAFÍAS ÓPTICAS COHERENTES DE ESTRUCTURAS OCULARES</b>
95.1.6.01	TOMOGRAFIA ÓPTICA COHERENTE DE ESTRUCTURA OCULAR
95.1.6.02	ANGIOTOMOGRAFIA ÓPTICA COHERENTE
<b>95.1.8.</b>	<b>OCULOPLETISMOGRAFÍA</b>
95.1.8.00	OCULOPLETISMOGRAFÍA SOD
<b>95.2.</b>	<b>PRUEBAS OBJETIVAS DEL FUNCIONAMIENTO DEL OJO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA CON POLISOMNOGRAMA (89.1.7.)</i>
<b>95.2.0.</b>	<b>BIOMETRÍA OCULAR</b>
95.2.0.00	BIOMETRÍA OCULAR SOD
<b>95.2.1.</b>	<b>ELECTRORRETINOGRAFÍA</b>
95.2.1.00	ELECTRORRETINOGRAFÍA SOD
<b>95.2.2.</b>	<b>ELECTROOCULOGRAMA</b>
95.2.2.00	ELECTROOCULOGRAMA SOD
<b>95.2.3.</b>	<b>POTENCIALES EVOCADOS VISUALES</b>
95.2.3.01	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (UNI O BILATERALES)
<b>95.2.5.</b>	<b>PAQUIMETRÍA</b>
95.2.5.00	PAQUIMETRÍA SOD
<b>95.2.6.</b>	<b>TONOGRAFÍA OCULAR, PRUEBAS DE PROVOCACIÓN Y OTRAS PRUEBAS DE GLAUCOMA</b>
95.2.6.01	TONOGRAFÍA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS
<b>95.2.9.</b>	<b>PRUEBA DE PROVOCACIÓN CONJUNTIVAL CON ALERGENOS ESPECÍFICOS</b>
95.2.9.00	PRUEBA DE PROVOCACIÓN CONJUNTIVAL CON ALERGENOS ESPECÍFICOS SOD
<b>95.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS VISUALES ESPECIALES</b>
<b>95.3.4.</b>	<b>ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS OCULARES</b>
95.3.4.00	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS OCULARES SOD
<b>95.3.5.</b>	<b>TERAPÉUTICA ORTÓPTICA</b>
95.3.5.01	TERAPIA ORTÓPTICA
95.3.5.02	TERAPIA PLEÓPTICA
<b>95.3.8.</b>	<b>BETATERAPIA</b>
95.3.8.00	BETATERAPIA SOD
<b>95.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OÍDO</b>
<b>95.4.1.</b>	<b>AUDIOMETRÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA TAMIZAJE AUDITIVO EN LA POBLACIÓN GENERAL COMO EN PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES</i>
95.4.1.01	REACTOMETRÍA
95.4.1.02	AUDIOMETRÍA POR OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

44

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
95.4.1.03	AUDIOMETRÍA POR REFUERZO VISUAL
95.4.1.04	AUDIOMETRÍA POR JUEGO CONDICIONADO
95.4.1.05	LOGOAUDIOMETRÍA POR SEÑALAMIENTO DE LÁMINAS Y REPETICIÓN DE PALABRAS
95.4.1.06	MEDIDAS DE COMUNICACIÓN FUNCIONAL
95.4.1.07	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y ÓSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRÍA TONAL]
<b>95.4.3.</b>	<b>EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA</b>
95.4.3.01	LOGOAUDIOMETRÍA
<b>Incluye:</b>	<i>RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACIÓN DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO APROPIADO O CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD-DISCRIMINACIÓN DEL HABLA</i>
95.4.3.02	INMITANCIA ACÚSTICA (IMPEDANCIOMETRÍA)
<b>Incluye:</b>	<i>TIMPANOMETRÍA, GRADIENTE, VOLUMEN FÍSICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESIÓN DEL OÍDO MEDIO Y MEDICIÓN DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)</i>
95.4.3.04	INMITANCIA ACÚSTICA MULTIFRECUENCIA
<b>Incluye:</b>	<i>TIMPANOMETRÍA, GRADIENTE, VOLUMEN FÍSICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESIÓN DEL OÍDO MEDIO Y MEDICIÓN DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)</i>
95.4.3.05	ACUFENOMETRÍA [TINNITUGRAMA]
95.4.3.06	EVALUACIÓN ELECTROACÚSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO
95.4.3.07	LOGOAUDIOMETRÍA SENSIBILIZADA
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBAS DE LENGUAJE CON COMPETENCIA IPSI Y CONTRALATERAL</i>
95.4.3.10	PRUEBAS DE CONTEXTO CERRADO Y CONTEXTO ABIERTO (DISCRIMINACIÓN)
<b>Incluye:</b>	<i>EVALUACIÓN DE REHABILITACIÓN AUDIOLÓGICA, EN CANDIDATOS A IMPLANTE COCLEAR</i>
95.4.3.11	PRUEBAS DE DESÓRDENES DEL PROCESAMIENTO AUDITIVO CENTRAL
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBAS DE PROCESAMIENTO TEMPORAL, PRUEBAS DE HABLA DICÓTICA, PRUEBAS DE HABLA MONONEURALES DE BAJA REDUNDANCIA, PRUEBAS DE INTERACCIÓN BINAURAL ENTRE OTRAS</i>
95.4.3.12	PRUEBAS DE SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>COMPARACION DEL UMBRAL DE TONOS PUROS CON EL UMBRAL DE RECONOCIMIENTO DEL HABLA, RETRASO DE LA RETROALIMENTACIÓN AUDITIVA, [PRUEBA DE STENGER, PRUEBA DE LOMBARD Y PRUEBA DE CARTHART]</i>
95.4.3.13	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBA CAMPO DINÁMICO [METZ], DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN DE LA INTENSIDAD, PRUEBA DE ÍNDICE DE SENSIBILIDAD PARA INCREMENTOS CORTOS DE INTENSIDAD, ENTRE OTRAS</i>
95.4.3.14	PRUEBAS DE FATIGA ACÚSTICA
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBA DE FATIGA DEL REFLEJO ESTAPEDIAL, PRUEBA DE FATIGA DE TONO [TDT], ENTRE OTRAS</i>
<b>95.4.4.</b>	<b>PRUEBAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR</b>
95.4.4.01	PRUEBAS CLÍNICAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS PRUEBAS DIX HILLPIKE, ROLL TEST, BABINSKY, ROMBERG, UTEMBERGER, HEAD SHAKING, ENTRE OTROS.</i>
95.4.4.02	ELECTRONISTAGMOGRAFÍA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFÍA
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS PRUEBAS CALÓRICAS O TÉRMICAS, EVALUACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS OCULARES PRODUCIDOS ESPONTÁNEAMENTE O ANTE ESTIMULACIÓN VESTIBULAR Y USO DE VIDEO.</i>

50



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
95.4.4.03	EVALUACIÓN DEL REFLEJO VESTÍBULO OCULO MOTOR ASISTIDO
<b>Incluye:</b>	<i>USO DE VIDEO</i>
95.4.4.04	POSTUROGRAFÍA ESTÁTICA
95.4.4.05	POSTUROGRAFÍA DINÁMICA
<b>95.4.6.</b>	<b>OTRAS PRUEBAS AUDITIVAS Y VESTIBULARES</b>
95.4.6.01	EMISIONES OTOACÚSTICAS
<b>Incluye:</b>	<i>MEDICIÓN CON PRODUCTOS DE DISTORSIÓN, MEDICIÓN CON TRANSIENTES</i>
95.4.6.02	ELECTROCOCLEOGRAFÍA [ECOG]
95.4.6.03	METODO DE DESPLAZAMIENTO [PROETZ]
95.4.6.10	LIBERACIÓN Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR (TERAPIA DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR PERIFÉRICA)
95.4.6.20	PRUEBA DE PROMONTORIO
95.4.6.24	POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES OCULARES
95.4.6.25	POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES CERVICALES
95.4.6.26	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD
<b>Incluye:</b>	<i>ANÁLISIS DEL SITIO DE LA LESIÓN</i>
95.4.6.27	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANÁLISIS DE HABITUACIÓN Y SINCRONÍA NEURAL
<b>Incluye:</b>	<i>ALTA RATA (PRUEBA DE HABITUACIÓN), PRUEBA DE DIS-SINCRONÍA NEURAL AUDITIVA</i>
95.4.6.28	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VÍA ÓSEA
95.4.6.29	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD-LATENCIA
<b>Incluye:</b>	<i>UMBRALES ELECTROFISIOLÓGICOS CON ESTÍMULO CLICK, UMBRALES DE FRECUENCIA ESPECÍFICA, UMBRALES CON ESTADO ESTABLE</i>
95.4.6.30	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDÍA
<b>Incluye:</b>	<i>LATENCIA MEDIA (AMRL), RESPUESTA AUDITIVA TARDÍA (LATENCIA LARGA ARL), RESPUESTA P300 O RESPUESTA DE DISCORDANCIA DE LA NEGATIVIDAD (MMN), ENTRE OTRAS</i>
95.4.6.31	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PRÓTESIS AUDITIVAS
<b>Incluye:</b>	<i>POTENCIALES ELÉCTRICOS O POTENCIALES EN CAMPO LIBRE CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PRÓTESIS AUDITIVAS</i>
<b>95.4.8.</b>	<b>ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PRÓTESIS PROGRAMABLES ANÁLOGAS O DIGITALES COMO AUDÍFONOS, SISTEMAS DE CONECTIVIDAD (FM), SISTEMAS DE ESTIMULACIÓN CONTRALATERAL (CROS, BICROS), AUDÍFONOS DE CONDUCCIÓN ÓSEA NO QUIRÚRGICOS, ENTRE OTROS.</i>
95.4.8.01	EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS
<b>Incluye:</b>	<i>UMBRALES DE MOLESTIA, INCOMODIDAD Y DOLOR, CON TONOS Y CON HABLA, ÍNDICES DE DISCRIMINACIÓN, APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE EL IMPACTO COMUNICATIVO SOCIAL Y AFECTIVO DE LA PÉRDIDA AUDITIVA, TOMA DE IMPRESIONES, ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS</i>
95.4.8.02	MONITOREO DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS
<b>Incluye:</b>	<i>EVALUACIÓN, ORIENTACIÓN, VALIDACIÓN Y SEGUIMIENTO AUDIOLÓGICO; PROGRAMACIÓN AUDIOLÓGICA DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES Y NO IMPLANTABLES</i>
95.4.8.03	EVALUACIÓN DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Incluye:	MEDICIÓN OBJETIVA CON SONDA EN OIDO REAL DEL PACIENTE CON Y SIN AUDÍFONO
<b>95.4.9.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OÍDO</b>
95.4.9.01	FOTOGRAFÍA DEL PABELLÓN AURÍCULAR (PREQUIRÚRGICA EN OTOPLASTIAS O RECONSTRUCCIÓN)
95.4.9.03	REVISIÓN Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE
95.4.9.04	REVISIÓN Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO NO IMPLANTABLE
Capítulo 23 OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS	
<b>96.</b>	<b>INTUBACIÓN E IRRIGACIÓN NO QUIRÚRGICOS</b>
<b>96.0.</b>	<b>INTUBACIÓN NO OPERATORIA DE TRACTOS GASTROINTESTINAL Y RESPIRATORIO</b>
<b>96.0.1.</b>	<b>INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA</b>
96.0.1.00	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA SOD
<b>96.0.2.</b>	<b>INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA</b>
96.0.2.00	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA SOD
<b>96.0.3.</b>	<b>INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA</b>
96.0.3.00	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA SOD
<b>96.0.4.</b>	<b>INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL</b>
96.0.4.01	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA
96.0.4.02	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ
96.0.4.03	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON BLOQUEADOR SELECTIVO
96.0.4.04	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON SONDA LUMINOSA
96.0.4.05	INSERCIÓN DE CÁNULA JET TRANSTRAQUEAL
<b>96.0.5.</b>	<b>OTRA INTUBACIÓN DE TRACTO RESPIRATORIO</b>
96.0.5.01	INSERCIÓN DE MÁSCARA LARÍNGEA
96.0.5.02	INSERCIÓN DE CÁNULA OROFARÍNGEA CON BALÓN (C.O.P.A.)
<b>96.0.6.</b>	<b>INSERCIÓN DE TUBO O SONDA (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO)</b>
96.0.6.00	INSERCIÓN DE TUBO O SONDA (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO) SOD
<b>96.0.7.</b>	<b>INSERCIÓN DE OTRO TUBO O SONDA NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN)</b>
96.0.7.00	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O SONDA NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN) SOD
<b>96.0.8.</b>	<b>INSERCIÓN DE TUBO O SONDA NASO-INTESTINAL (DESCOMPRESIÓN)</b>
96.0.8.01	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOYEYUNAL
<b>96.0.9.</b>	<b>INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O SONDA RECTAL</b>
96.0.9.00	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O SONDA RECTAL SOD
<b>96.1.</b>	<b>OTRA INSERCIÓN NO QUIRÚRGICA</b>
Excluye:	INTUBACIÓN NASOLAGRIMAL (09.4.4.)
<b>96.1.2.</b>	<b>INSERCIÓN ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPÉDICO ORAL</b>
96.1.2.00	INSERCIÓN ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPÉDICO ORAL SOD
<b>96.1.4.</b>	<b>TAPONAMIENTO VAGINAL</b>
96.1.4.00	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD
<b>96.1.6.</b>	<b>INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN URETRA</b>
96.1.6.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA
<b>96.2.</b>	<b>DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN NO QUIRÚRGICA</b>
<b>96.2.1.</b>	<b>DILATACIÓN DEL RECTO</b>

52

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
96.2.1.00	DILATACIÓN DEL RECTO SOD
<b>96.2.2.</b>	<b>DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL</b>
96.2.2.00	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL SOD
<b>96.2.3.</b>	<b>DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA</b>
96.2.3.00	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA SOD
<b>96.2.4.</b>	<b>DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA</b>
96.2.4.00	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA SOD
<b>96.2.6.</b>	<b>REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL</b>
96.2.6.00	REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL SOD
<b>96.2.7.</b>	<b>REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA</b>
96.2.7.00	REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA SOD
<b>96.3.</b>	<b>IRRIGACIÓN, LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL DE TRACTO DIGESTIVO NO QUIRÚRGICA</b>
<b>96.3.1.</b>	<b>LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA</b>
96.3.1.00	LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA SOD
<b>96.3.3.</b>	<b>LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA</b>
96.3.3.00	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD
<b>96.3.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN POR IRRIGACIÓN DE HECES IMPACTADAS</i>
96.3.8.00	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS SOD
<b>96.3.9.</b>	<b>IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL</b>
96.3.9.00	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD
<b>96.4.</b>	<b>IRRIGACIÓN, LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL NO QUIRÚRGICA DE OTROS ÓRGANOS DIGESTIVOS Y GENITOURINARIOS</b>
<b>96.4.1.</b>	<b>IRRIGACIÓN DE COLECISTOSMÍA Y OTRO TUBO BILIAR</b>
96.4.1.00	IRRIGACIÓN, LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL DE COLECISTOSMÍA Y OTRO TUBO BILIAR SOD
<b>96.4.9.</b>	<b>OTRA INSTILACIÓN GENITOURINARIA</b>
96.4.9.00	INSTILACIÓN GENITOURINARIA SOD
<b>96.5.</b>	<b>OTRA IRRIGACIÓN, LAVADO, LIMPIEZA O INSTILACIÓN LOCAL NO QUIRÚRGICAS</b>
<b>96.5.1.</b>	<b>IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>IRRIGACIÓN DE CÓRNEA</i>
96.5.1.00	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO SOD
<b>96.5.2.</b>	<b>LAVADO E IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE OIDOS</b>
96.5.2.01	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OIDOS
96.5.2.02	CURACIÓN DE OIDO
96.5.2.03	CURACIÓN DE OIDO VÍA ENDOSCÓPICA
<b>96.5.3.</b>	<b>IRRIGACIÓN DE CONDUCTOS NAALES Y SENOS PARANAALES</b>
96.5.3.01	IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE CONDUCTOS NAALES
<b>96.5.5.</b>	<b>LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA</b>
96.5.5.00	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA SOD
<b>96.5.9.</b>	<b>LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA NO QUIRÚRGICOS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DESBRIDAMIENTO (86.2.2., 86.2.3. Y 86.2.6.)</i>
96.5.9.01	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL
96.5.9.02	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL
<b>96.6.</b>	<b>INFUSIÓN ENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS</b>
<b>96.6.1.</b>	<b>INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL</b>
96.6.1.01	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Incluye:	COLOCACIÓN DE SONDA (OROGÁSTRICA, NASODUODENAL, TRANSPILÓRICA) PARA NUTRICIÓN ENTERAL POR MIEMBRO DEL COMITÉ DE SOPORTE METABÓLICO Y NUTRICIONAL
<b>96.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PARA FERTILIZACIÓN</b>
<b>96.7.0.</b>	<b>OTROS PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA</b>
96.7.0.01	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL
96.7.0.03	FERTILIZACIÓN IN VITRO SIN INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES
96.7.0.04	FERTILIZACIÓN IN VITRO CON INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES
<b>97.</b>	<b>SUSTITUCIÓN Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS</b>
<b>97.0.</b>	<b>SUSTITUCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO GASTROINTESTINAL</b>
<b>97.0.1.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA</b>
97.0.1.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA SOD
<b>97.0.2.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA</b>
97.0.2.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA SOD
<b>97.0.3.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO</b>
97.0.3.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO SOD
<b>97.0.4.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO</b>
97.0.4.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO SOD
<b>97.0.5.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO</b>
97.0.5.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO SOD
<b>97.1.</b>	<b>SUSTITUCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE LOS SISTEMAS MUSCULOESQUELÉTICO O TEGUMENTARIO</b>
<b>97.1.1.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR</b>
97.1.1.00	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD
<b>97.1.2.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR</b>
97.1.2.00	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD
<b>97.1.4.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA</b>
97.1.4.00	SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA SOD
<b>97.1.5.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE CATÉTER DE HERIDA</b>
97.1.5.00	SUSTITUCIÓN DE CATÉTER DE HERIDA SOD
<b>97.1.6.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TAPÓN O DRENAJE DE HERIDA</b>
97.1.6.00	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN O DRENAJE DE HERIDA SOD
<b>97.2.</b>	<b>OTRA SUSTITUCIÓN NO QUIRÚRGICA</b>
<b>97.2.1.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL</b>
97.2.1.00	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL SOD
<b>97.2.2.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TAPÓN DENTAL</b>
97.2.2.00	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN DENTAL SOD
<b>97.2.3.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA</b>
97.2.3.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA SOD
<b>97.2.4.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL</b>
97.2.4.00	SUSTITUCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL SOD
<b>97.2.6.</b>	<b>SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN O DRENAJE VAGINAL O VULVAR</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
97.2.6.00	SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN (MECHA) O DRENAJE VAGINAL O VULVAR SOD
<b>97.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DE CABEZA Y CUELLO</b>
<b>97.3.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS OCULAR</b>
97.3.1.00	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS OCULAR SOD
<b>97.3.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL</b>
97.3.2.00	EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL SOD
<b>97.3.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE FÉRULAS DENTALES</b>
97.3.3.00	EXTRACCIÓN DE FÉRULAS DENTALES SOD
<b>97.3.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE APARATOLOGÍA ORTODÓNTICA FIJA</b>
97.3.4.00	EXTRACCIÓN DE APARATOLOGÍA ORTODÓNTICA FIJA SOD
<b>97.3.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DENTAL</b>
97.3.5.00	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DENTAL SOD
<b>97.3.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA</b>
97.3.7.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA SOD
<b>97.3.8.</b>	<b>RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO</b>
97.3.8.00	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD
<b>97.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DE TÓRAX</b>
<b>97.4.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL</b>
97.4.1.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD
<b>97.4.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO</b>
97.4.2.00	EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO SOD
<b>97.4.3.</b>	<b>RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA DE ALAMBRE EN TEJIDO ÓSEO</i>
97.4.3.00	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD
<b>97.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL SISTEMA DIGESTIVO</b>
<b>97.5.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA</b>
97.5.1.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA SOD
<b>97.5.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO</b>
97.5.2.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO SOD
<b>97.5.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE</b>
97.5.3.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE SOD
<b>97.5.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA</b>
97.5.4.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA SOD
<b>97.5.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO</b>
97.5.5.00	EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO SOD
<b>97.5.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO</b>
97.5.6.00	EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO SOD
<b>97.5.9.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL APARATO DIGESTIVO</b>
97.5.9.00	EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL APARATO DIGESTIVO SOD
<b>97.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DEL SISTEMA URINARIO</b>
<b>97.6.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMÍA O NEFROSTOMÍA</b>
97.6.1.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMÍA
97.6.1.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE NEFROSTOMÍA
<b>97.6.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA O DE CATÉTER</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<b>URETERAL</b>
97.6.2.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA
97.6.2.02	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ABIERTA
97.6.2.03	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA
<b>97.6.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE CATÉTER URINARIO PERMANENTE</i>
97.6.3.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMÍA
<b>97.6.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS URETRALES</b>
97.6.5.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL
<b>97.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO</b>
<b>97.7.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)</b>
97.7.1.00	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD
<b>97.7.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO</b>
97.7.2.00	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO SOD
<b>97.7.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL</b>
97.7.3.00	EXTRACCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL SOD
<b>97.7.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR</b>
97.7.5.00	EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD
<b>97.8.</b>	<b>OTRA EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO</b>
<b>97.8.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL</b>
97.8.1.00	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL SOD
<b>97.8.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL</b>
97.8.2.00	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL SOD
<b>97.8.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL</b>
97.8.3.00	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL SOD
<b>97.8.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>RETIRO DE APARATO ORTOPÉDICO, ESCAYOLA YESO O FÉRULA EN HOMBRO, BRAZO O CUALQUIER OTRO SITIO NO ESPECIFICADO</i>
97.8.8.01	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO
<b>98.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO Y CÁLCULO NO OPERATORIO</b>
<b>98.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL OTROS SITIOS</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO (97.3., 97.4., 97.6., 97.7. Y 97.8.)</i>
<b>98.1.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO</b>
98.1.1.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD
<b>98.1.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN</b>
98.1.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL
98.1.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA ENDOSCÓPICA
<b>98.1.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE</b>
98.1.3.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE SOD
<b>98.1.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARINGE</b>
98.1.4.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARINGE SOD

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>98.1.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO</b>
98.1.5.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO SOD
<b>98.1.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL ÚTERO</b>
98.1.6.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL ÚTERO SOD
<b>98.1.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA</b>
98.1.7.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA SOD
<b>98.1.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL</b>
98.1.8.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL SOD
<b>98.1.9.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE URETRA</b>
98.1.9.01	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA URETRA
98.1.9.05	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE URETRA
<b>98.2.</b>	<b>EXTRACCIONES SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL (98.0. - 98.1.)</i>
<b>98.2.0.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL</b>
98.2.0.01	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL
<b>98.2.1.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN OJO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>IRRIGACIÓN PARA EXTRAER CUERPO EXTRAÑO</i>
98.2.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA
98.2.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA
<b>98.2.2.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO Y CABEZA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE PÁRPADO (PIEL)</i>
98.2.2.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO O CABEZA SOD
<b>98.2.3.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA</b>
98.2.3.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA SOD
<b>98.2.4.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO</b>
98.2.4.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO SOD
<b>98.2.5.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA, PENE O ESCROTO</b>
98.2.5.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA, PENE O ESCROTO SOD
<b>98.2.6.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) Y DE SUTURA</i>
98.2.6.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD
<b>98.2.7.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) Y DE SUTURA</i>
98.2.7.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD
<b>98.2.8.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) Y DE SUTURA</i>
98.2.8.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD
<b>98.2.9.</b>	<b>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) Y DE SUTURA</i>
98.2.9.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD
<b>98.5.</b>	<b>LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE</b>
<b>98.5.1.</b>	<b>LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN RIÑÓN, URÉTER Y VEJIGA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA INTRACORPÓREA O POR VÍA ENDOSCÓPICA (55.0. - 55.1.)</i>
98.5.1.01	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN CÁLCULOS URINARIOS SIMPLES
98.5.1.02	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN CÁLCULOS URINARIOS COMPLEJOS
<b>98.5.2.</b>	<b>LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESÍCULA O CONDUCTO BILIAR</b>
98.5.2.00	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESÍCULA O CONDUCTO BILIAR SOD
<b>Capítulo 24 PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS</b>	
<b>99.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS, TERAPÉUTICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS O TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON LAS FASES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y REHABILITACIÓN</i>
<b>99.0.</b>	<b>EDUCACIÓN EN SALUD</b>
<b>Excluye:</b>	<i>LA ACTIVIDAD DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DURANTE LA CONSULTA O EL CONTROL (OMITIR CÓDIGO)</i>
<b>99.0.1.</b>	<b>EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD</b>
<b>Incluye:</b>	<i>GRUPO MÁXIMO DE TREINTA PERSONAS, SESIÓN MÁXIMO DE CIENTOVEINTE MINUTOS</i>
99.0.1.01	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL
99.0.1.02	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA
99.0.1.03	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA
99.0.1.04	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA
99.0.1.05	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
99.0.1.06	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA
99.0.1.07	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL
99.0.1.08	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA
99.0.1.09	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL
99.0.1.10	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR FONIATRÍA Y FONOAUDILOGÍA
99.0.1.11	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO
<b>Excluye:</b>	<i>EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR PROMOTOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL (A1.0., A4.)</i>
99.0.1.12	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
99.0.1.13	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
99.0.1.21	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS METABÓLICAS
99.0.1.22	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS CARDIOVASCULARES
99.0.1.23	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y APOYO A LA VIGILANCIA DE INDICADORES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA
99.0.1.24	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO E IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA
<b>99.0.2.</b>	<b>EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD</b>
<b>Incluye:</b>	<i>SESIÓN MÁXIMO DE TREINTA MINUTOS</i>
99.0.2.01	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL
99.0.2.02	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA
99.0.2.03	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA
99.0.2.04	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA
99.0.2.05	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
99.0.2.06	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA
99.0.2.07	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL
99.0.2.08	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA
99.0.2.09	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL
99.0.2.10	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR FONIATRÍA Y FONOAUDILOGÍA
99.0.2.11	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO
<b>Excluye:</b>	<i>EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR PROMOTOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL (A1.0., A4.)</i>
99.0.2.12	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL
99.0.2.13	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
99.0.2.21	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE
99.0.2.22	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL
99.0.2.23	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES
99.0.2.24	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR
<b>99.1.</b>	<b>INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INYECCIÓN REALIZADA POR VÍA INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA O HIPODÉRMICA, DE ACCIÓN LOCAL O SISTÉMICA</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CODIFICAR SIMULTÁNEAMENTE SITIO DE INYECCIÓN / PERFUSIÓN EJEMPLOS: ARTICULACIÓN (76.9.6. A 81.9.2.), BOLSA SINOVIAL (82.9.4. A 83.9.6.), HÍGADO (50.9.4.), INTRAPERITONEAL (54.9.4.), INTRATECAL (03.9.2.), MAMA (85.9.2.)</i>
<b>99.1.1.</b>	<b>INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INYECCIÓN DE GLOBULINA ANTI-D (RHESUS) O RHoGam</i>
99.1.1.00	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD
<b>99.1.2.</b>	<b>INMUNIZACIÓN PARA ALERGIA</b>
99.1.2.01	INMUNOTERAPIA (HIPOSENSIBILIZACIÓN CON ANTÍGENOS)

44

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>PREPARACIÓN, SUMINISTROS Y APLICACIÓN DE ANTÍGENOS CON UNO O MÁS EXTRACTOS ALERGÉNICOS (AEROALERGENOS, PULGA, INSECTOS, ENTRE OTROS)</i>
99.1.2.02	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.
99.1.2.03	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBLINGUAL.
99.1.2.04	DESENSIBILIZACIÓN A MEDICAMENTO
99.1.2.05	INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL A ALIMENTO
<b>99.1.4.</b>	<b>APLICACIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES</b>
99.1.4.01	INYECCIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES
99.1.4.02	APLICACIÓN INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA
99.1.4.03	APLICACIÓN INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA
<b>99.1.5.</b>	<b>INFUSIÓN PARENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PREPARACIÓN, ENVASE, CUIDADOS Y CONTROL DE INFUSIÓN, PARENTERAL PERIFÉRICA O TOTAL</i>
99.1.5.01	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL
<b>Incluye:</b>	<i>COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA NUTRICIÓN PARENTERAL POR MIEMBRO DEL COMITÉ DE SOPORTE METABÓLICO Y NUTRICIONAL</i>
<b>99.1.6.</b>	<b>INYECCIÓN DE ANTÍDOTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INYECCIÓN DE ANTAGONISTA DE METAL PESADO Y DE ANTIVENENO</i>
99.1.6.00	INYECCIÓN DE ANTÍDOTO SOD
<b>99.1.8.</b>	<b>INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ELECTROLITOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA EN ÁMBITOS INTRAHOSPITALARIO, AMBULATORIO O DOMICILIARIO</i>
99.1.8.00	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD
<b>99.2.</b>	<b>INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS O PROFILÁCTICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>INYECCIÓN REALIZADA POR VÍA INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA O HIPODÉRMICA, DE ACCIÓN LOCAL O SISTÉMICA</i>
<b>99.2.1.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA APLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA, AMBULATORIA O DOMICILIARIA</i>
99.2.1.01	INFILTRACIÓN, IRRIGACIÓN O INSTILACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA
99.2.1.02	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO
<b>99.2.2.</b>	<b>INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL</b>
99.2.2.00	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL SOD
<b>99.2.3.</b>	<b>INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE</b>
99.2.3.00	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE SOD
<b>99.2.5.</b>	<b>INYECCIÓN O INFUSIÓN DE RÉGIMEN DE QUIMIOTERAPIA (1)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA EN ÁMBITOS INTRAHOSPITALARIO, AMBULATORIO O DOMICILIARIO</i>
99.2.5.01	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN
99.2.5.02	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL
99.2.5.03	MONOQUIMIOTERAPIA (CICLO DE TRATAMIENTO)
99.2.5.04	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)
99.2.5.05	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)
99.2.5.06	ADMINISTRACIÓN (INFUSIÓN O PERFUSIÓN) DE QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL (REGIONAL)
99.2.5.07	ADMINISTRACIÓN (INFUSIÓN O PERFUSIÓN) DE QUIMIOTERAPIA EN CAVIDADES
<b>99.2.8.</b>	<b>INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLÓGICA</b>
99.2.8.00	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADORES DE RESPUESTA

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	BIOLÓGICA SOD
<b>99.2.9.</b>	<b>INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS Y PROFILÁCTICAS</b>
99.2.9.01	INYECCIÓN DE VITAMINA K
99.2.9.90	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA
<b>99.3.</b>	<b>VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES</i>
<b>Excluye:</b>	<i>INFUSIÓN O INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH (99.1.1.), DE GAMMA GLOBULINA O SUEROS INMUNES (99.1.4.), INMUNIZACIÓN PARA ALERGIAS (99.1.2.)</i>
<b>99.3.1.</b>	<b>VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES BACTERIANAS</b>
99.3.1.01	VACUNACIÓN CONTRA CÓLERA
99.3.1.02	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]
99.3.1.03	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC o BC)
99.3.1.04	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b
99.3.1.05	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DIFTÉRICO
<b>Excluye:</b>	<i>ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTÉRICA (99.4.3.), VACUNAS COMBINADA QUE LO INCLUYEN (99.3.1.07, 99.3.1.09 - 99.3.1.14)</i>
99.3.1.06	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO
99.3.1.07	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DE TÉTANOS
<b>Excluye:</b>	<i>ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA (99.4.1.), VACUNAS COMBINADA QUE LO INCLUYEN (99.3.1.07, 99.3.1.09 - 99.3.1.14)</i>
99.3.1.20	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]
99.3.1.21	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]
99.3.1.22	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]
99.3.1.23	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)
99.3.1.24	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)
99.3.1.25	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)
99.3.1.30	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)
99.3.1.31	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)
<b>99.3.5.</b>	<b>VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VÍRICAS</b>
99.3.5.01	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMELITIS (VOP O IVP)
99.3.5.02	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A
99.3.5.03	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B
99.3.5.04	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA
99.3.5.05	VACUNACIÓN CONTRA RABIA
99.3.5.06	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN
<b>Excluye:</b>	<i>VACUNA COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS, RUBEÓLA (99.3.5.22)</i>
99.3.5.07	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS
<b>Excluye:</b>	<i>VACUNA COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS, RUBEÓLA (99.3.5.22)</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
99.3.5.08	VACUNACIÓN CONTRA RUBEÓLA
<b>Excluye:</b>	VACUNA COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS, RUBEÓLA (99.3.5.22)
99.3.5.09	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA
99.3.5.10	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA
99.3.5.12	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS
99.3.5.13	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]
99.3.5.20	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEÓLA [SR] (DOBLE VIRAL)
99.3.5.21	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B
99.3.5.22	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBEÓLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)
<b>99.4.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE ANTITOXINAS</b>
<b>99.4.1.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA</b>
99.4.1.00	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD
<b>99.4.2.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DE BOTULISMO</b>
99.4.2.00	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DE BOTULISMO SOD
<b>99.4.3.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTÉRICA</b>
99.4.3.00	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTÉRICA SOD
<b>99.5.</b>	<b>VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA OTRAS ENFERMEDADES</b>
<b>99.5.1.</b>	<b>VACUNACIÓN CONTRA MALARIA</b>
99.5.1.01	VACUNACIÓN CONTRA LA MALARIA
<b>99.5.2</b>	<b>OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES</b>
99.5.2.01	OTRA VACUNACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
<b>99.6.</b>	<b>CONVERSIÓN DEL RITMO CARDÍACO</b>
<b>Excluye:</b>	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO (37.9.1.)
<b>99.6.1.</b>	<b>CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA</b>
<b>Incluye:</b>	DESFIBRILACIÓN, CONVERSIÓN A RITMO SINUSAL, CARDIOVERSIÓN EXTERNA, ESTIMULACIÓN CON ELECTRODOS EXTERNOS
99.6.1.01	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO ELECTIVA
99.6.1.02	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO
<b>99.6.3.</b>	<b>MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO</b>
<b>Incluye:</b>	MASAJE CARDÍACO EXTERNO MANUAL
99.6.3.00	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO SOD
<b>99.6.4.</b>	<b>ESTIMULACIÓN DE SENO CAROTÍDEO</b>
99.6.4.00	ESTIMULACIÓN DE SENO CAROTÍDEO SOD
<b>99.6.9.</b>	<b>OTRA CONVERSIÓN DEL RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR</b>
99.6.9.01	OTRA CONVERSIÓN DE RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR
<b>99.7.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS EN SALUD ORAL</b>
<b>99.7.1.</b>	<b>APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS EN DIENTES</b>
99.7.1.01	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO
99.7.1.02	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO
99.7.1.03	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN GEL
99.7.1.04	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN SOLUCIÓN
99.7.1.05	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA
99.7.1.06	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ
<b>99.7.3.</b>	<b>DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL [CONTROL MECÁNICO DE PLACA]</b>
<b>Incluye:</b>	MEDICIÓN Y ELIMINACIÓN DE CÁLCULOS O PLACA, PULIDO Y DESBRIDAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE DIENTES O DETARTRAJE POR

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	HIGIENISTA ORAL O POR ODONTÓLOGO
99.7.3.01	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL
99.7.3.10	CONTROL DE PLACA DENTAL
<b>99.8.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS FÍSICOS MISCELÁNEOS</b>
<b>99.8.0.</b>	<b>MONITOREO Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA QUE HACE PARTE DE OTRO PROCEDIMIENTO (OMITIR CÓDIGO)</i>
99.8.0.01	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE COBIJAS CONVECTIVAS
99.8.0.02	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE CALENTADORES DE LÍQUIDOS
99.8.0.03	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE CALENTADORES ARTERIOVENOSOS
99.8.0.04	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE COLCHONES CALENTADORES
99.8.0.05	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA
<b>99.8.1.</b>	<b>MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA EN TRATAMIENTO DE HIPERTERMIA MALIGNA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
99.8.1.01	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA CENTRAL
99.8.1.02	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA LOCAL
<b>99.8.3.</b>	<b>FOTOTERAPIAS</b>
99.8.3.01	FOTOTERAPIA CONTINUA
99.8.3.02	FOTOFERESIS TERAPÉUTICA [FOTOQUIMIOTERAPIA] (PSORIASIS, VITILIGO, LINFOMAS)
<b>99.8.5.</b>	<b>MONITOREO Y CONTROL DE HIPERTERMIA (TERAPIA COMPLEMENTARIA)</b>
99.8.5.01	MONITOREO Y CONTROL DE HIPERTERMIA INDUCIDA (TERAPIA COMPLEMENTARIA)
<b>Incluye:</b>	<i>HIPERTERMIA COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA INDUCIDA POR ULTRASONIDO, RADIOFRECUENCIA DE BAJA ENERGÍA, ESTILETES INTERSTICIALES U OTROS MEDIOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER</i>
<b>Simultáneo:</b>	<i>CUALQUIER QUIMIOTERAPIA (99.2.5.) O RADIOTERAPIA (92.2.)</i>
<b>99.8.6.</b>	<b>COLOCACIÓN INCRUENTA DE ESTIMULADOR DEL CRECIMIENTO ÓSEO</b>
<b>Excluye:</b>	<i>INSERCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTIMULADOR ÓSEO (78.9.)</i>
99.8.6.01	COLOCACIÓN TRANSCUTÁNEA DE APÓSITOS O PARCHES PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO ÓSEO
<b>99.9.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS</b>
<b>99.9.2.</b>	<b>TERAPIA DE FILTROS</b>
99.9.2.00	TERAPIA DE FILTROS SOD
<b>99.9.3.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA</b>
99.9.3.01	ACUPUNTURA
<b>99.9.4.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS NEURALTERAPEÚTICOS</b>
99.9.4.01	NEURALTERAPIA SUPERFICIAL (INFILTRACIÓN)
99.9.4.02	NEURALTERAPIA PROFUNDA (INFILTRACIÓN)
<b>Sección 02</b> <b>PROCEDIMIENTO</b> <b>S E</b> <b>INTERVENCIONE</b> <b>S SOBRE LA</b> <b>COMUNIDAD, SU</b> <b>ENTORNO Y</b> <b>SALUD</b>	

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Capítulo 25 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES COLECTIVAS</b>	
<b>A1.</b>	<b>PROMOCIÓN O FOMENTO DE LA SALUD</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LA INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES QUE REALIZAN LA POBLACIÓN, LOS SERVICIOS DE SALUD, LAS AUTORIDADES SANITARIAS, LOS SECTORES SOCIALES Y LOS PRODUCTIVOS CON EL OBJETO DE GARANTIZAR, MÁS ALLÁ DE LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD, MEJORES CONDICIONES DE SALUD FÍSICAS, PSÍQUICAS Y SOCIALES DE LOS INDIVIDUOS Y LAS COLECTIVIDADES</i>
<b>A1.0.</b>	<b>INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>
<b>Excluye:</b>	<i>AQUELLA HACIA EL FOMENTO DE LA SALUD OCUPACIONAL (T1.1., T2.1.)</i>
<b>A1.0.0.</b>	<b>INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, VACUNACIÓN, SALUD VISUAL Y AUDITIVA, SALUD BUCAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SALUD MENTAL, CONVIVENCIA PACÍFICA Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PREVENCIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE, ENTRE OTROS</i>
A1.0.0.01	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE
A1.0.0.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL
A1.0.0.03	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES
A1.0.0.04	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR
<b>A1.0.2.</b>	<b>INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>PATOLOGÍAS INFECCIOSAS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA</i>
A1.0.2.01	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
A1.0.2.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR MICROORGANISMOS (BACTERIAS-MICOBACTERIAS, HONGOS, VIRUS, PARÁSITOS)
A1.0.2.03	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR ALIMENTOS Y BEBIDAS
A1.0.2.04	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ZONOSIS
<b>A1.0.3.</b>	<b>INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>FOMENTO DE LA DONACION DE ÓRGANOS O TEJIDOS, COMO SANGRE Y SUS COMPONENTES</i>
A1.0.3.01	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS METABÓLICAS
A1.0.3.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS CARDIOVASCULARES

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A1.0.3.03	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS ONCOLÓGICAS
<b>A1.0.4.</b>	<b>INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA EL FOMENTO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO FÍSICOS Y QUÍMICOS</b>
A1.0.4.01	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA EL FOMENTO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS FÍSICOS Y QUÍMICOS, EN EL AGUA PARA CONSUMO HUMANO
A1.0.4.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA EL FOMENTO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS FÍSICOS Y QUÍMICOS, EN EL AIRE
A1.0.4.03	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA EL FOMENTO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS FÍSICOS Y QUÍMICOS, EN EL SUELO
<b>A1.0.5.</b>	<b>INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b>
A1.0.5.01	DIVULGACIÓN DE BOLETINES EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE LA SITUACIÓN DE CADA EVENTO EN LA POBLACIÓN Y SUS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN
A1.0.5.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE MEDIDAS DE CONTROL DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA
<b>A1.1.</b>	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS QUE FAVORECEN O FOMENTAN COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, QUE PUEDEN SER PROMULGADAS O APLICADAS EN SECTORES DIFERENTES AL DE SALUD LA CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS SALUDABLES (MUNICIPIOS O ESCUELAS SALUDABLES) E INTEGRA ACCIONES DE SALUD, EDUCACIÓN, ICBF Y OTROS SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA COMUNIDAD; SENSIBILIZAR, APOYAR Y CONCERTAR ACCIONES DIRIGIDAS A FOMENTAR UNA CULTURA DE LA CONVIVENCIA PACÍFICA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y FAMILIAR</i>
<b>A1.1.0.</b>	<b>ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO INTERSECTORIAL</b>
A1.1.0.01	ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN
A1.1.0.02	ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN CONCERTADA
A1.1.0.03	PLANEACIÓN
A1.1.0.04	EJECUCIÓN
A1.1.0.05	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
<b>A1.1.1.</b>	<b>ASISTENCIA TÉCNICA DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL</b>
A1.1.1.10	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL
<b>A2.</b>	<b>PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS ACCIONES DIRIGIDAS A EVITAR QUE EL DAÑO EN LA SALUD O LA ENFERMEDAD APAREZCAN, SE PROLONGUEN, OCASIONEN DAÑOS MAYORES O GENEREN SECUELAS EVITABLES</i>
<b>A2.0.</b>	<b>GESTIÓN ENPREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD</b>
<b>A2.0.0.</b>	<b>ASISTENCIA TÉCNICA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD</b>
A2.0.0.01	APOYO A LA VIGILANCIA DE INDICADORES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA
<b>Incluye:</b>	<i>NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL; AQUELLAS ATENCIONES EN SALUD ESTABLECIDAS POR EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y CONTENIDAS EN EL ACUERDO 117/98 (ARTICULOS 5º, 6º), RESOLUCIÓN 412/2000 O REGLAMENTACIÓN VIGENTE</i>
A2.0.0.02	ADQUISICIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE INSUMOS Y BIOLÓGICOS
<b>Incluye:</b>	<i>DISTRIBUCIÓN, ALMACENAMIENTO; NIVEL NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL PARA LEPRO, TUBERCULOSIS, MALARIA, DENGUE, LEISHMANIASIS ENTRE OTRAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>A2.1.</b>	<b>PROTECCIÓN ESPECÍFICA</b>
Incluye:	HACE REFERENCIA A LA APLICACIÓN DE ACCIONES O TECNOLOGÍAS QUE PERMITAN Y LOGREN EVITAR LA APARICIÓN INICIAL DE LA ENFERMEDAD MEDIANTE LA PROTECCIÓN FRENTE AL RIESGO AQUELLA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES
<b>A2.1.1.</b>	<b>VACUNACIÓN</b>
A2.1.1.01	MONITOREO Y VIGILANCIA DE COBERTURAS DEL ESQUEMA PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
A2.1.1.02	MONITOREO Y VIGILANCIA DE COBERTURA PARA CONTROL DE RABIA (CANINA Y HUMANA) Y ENCEFALITIS EQUINA
<b>A2.2.</b>	<b>ORIENTACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN HACIA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO</b>
<b>A2.2.0.</b>	<b>ORIENTACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN HACIA DETECCIÓN TEMPRANA</b>
A2.2.0.01	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA
Incluye:	AQUELLAS ATENCIONES EN SALUD ESTABLECIDAS POR EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y CONTENIDAS EN EL ACUERDO 117/98 (ARTICULOS 5º, 6º), RESOLUCIÓN 412/2000 O REGLAMENTACIÓN VIGENTE
<b>A3.</b>	<b>VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b>
Incluye:	EL SISTEMA QUE DA CUENTA DEL CONJUNTO DE USUARIOS, NORMAS, PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS ORGANIZADOS PARA LA RECOPIACIÓN, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DIVULGACIÓN SISTEMÁTICA Y OPORTUNA DE INFORMACIÓN SOBRE EVENTOS DE SALUD, PARA EL USO EN LA ORIENTACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA DENTRO DEL SGSSS INCLUYENDO LOS RÉGIMENES ESPECIALES ES UNA ESTRATEGIA EN SALUD PÚBLICA POR LA CUAL LA AUTORIDAD SANITARIA PUEDE CUMPLIR SU FUNCIÓN DE GARANTIZAR LA SALUD COLECTIVA BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES
<b>A3.0.</b>	<b>INTERVENCIÓN DE VIGILANCIA RUTINARIA EN SALUD PÚBLICA</b>
<b>A3.0.0.</b>	<b>VIGILANCIA DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA</b>
A3.0.0.01	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS PROBABLES DE PESTE BUBÓNICA, CÓLERA, FIEBRE AMARILLA Y RABIA HUMANA
A3.0.0.02	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS CONFIRMADOS DE LOS OTROS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA
A3.0.0.03	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGOS DE LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA
A3.0.0.04	DIVULGACIÓN DE ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICOS (ESCENARIOS) POR LUGAR, TIEMPO Y PERSONA
A3.0.0.05	UNIDADES DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA
A3.0.0.20	ASISTENCIA TÉCNICA EN EL ANÁLISIS DE SITUACIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
<b>A3.0.1.</b>	<b>VIGILANCIA DE RIESGOS DEL AMBIENTE</b>
A3.0.1.01	VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA (MONITOREO DE LA DISTRIBUCIÓN Y EL COMPORTAMIENTO DE LAS ESPECIES VECTORAS DE LAS ETV EN REGIONES ENDÉMICAS, IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUSCEPTIBILIDAD DE LOS VECTORES A LOS INSECTICIDAS).
<b>A3.1.</b>	<b>INTERVENCIÓN DE VIGILANCIA ACTIVA EN SALUD PÚBLICA</b>
<b>A3.1.0.</b>	<b>INVESTIGACIÓN Y BÚSQUEDA ACTIVA</b>
A3.1.0.01	INVESTIGACIÓN DE CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
A3.1.0.02	INVESTIGACIÓN DE BROTES O CONGLOMERADOS

UP



**11 ABR 2017**

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A3.1.0.03	INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE FOCOS
A3.1.0.04	BÚSQUEDA, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS
A3.1.0.05	ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS RÁPIDOS DE LOS DETERMINANTES ASOCIADOS A LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA
A3.1.0.06	PRIORIZACIÓN DE RIESGOS EN LAS COLECTIVIDADES
A3.1.0.07	IDENTIFICACIÓN DE POBLACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD A SUFRIR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
A3.1.0.20	ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL CONTROL DE BROTES O EPIDEMIAS
<b>A3.2.</b>	<b>RED DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA; DE ACUERDO CON NORMAS VIGENTES</i>
<b>A3.2.0.</b>	<b>ATENCIÓN A LAS PERSONAS (VIROLOGÍA)</b>
A3.2.0.01	DENGUE HEMORRÁGICO DETERMINACIÓN DEL ANTÍGENO REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.0.02	DENGUE HEMORRÁGICO TIPIFICACIÓN
A3.2.0.03	FIEBRE AMARILLA DETERMINACIÓN
A3.2.0.04	FIEBRE AMARILLA TIPIFICACIÓN
A3.2.0.05	POLIOMELITIS DETERMINACIÓN
A3.2.0.06	POLIOMELITIS TIPIFICACIÓN
A3.2.0.07	RABIA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
A3.2.0.08	RABIA TIPIFICACIÓN PRUEBA BIOLÓGICA INOCULACIÓN EN RATÓN
A3.2.0.09	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA VIRAL DETERMINACIÓN
A3.2.0.10	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA VIRAL TIPIFICACIÓN
A3.2.0.12	DETECCIÓN ANTÍGENO VIRUS (ESPECÍFICO) REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.0.13	DETECCIÓN VIRUS (ESPECÍFICO) REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.0.14	ENTEROVIRUS DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.0.15	NOROVIRUS DETECCIÓN SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
A3.2.0.16	INFLUENZA A Y B DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.0.17	CHIKUNGUNYA DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.0.19	FIEBRE AMARILLA DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.0.20	VIRUS DE ENCEFALITIS EQUINA DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.0.21	CHIKUNGUNYA ANTICUERPOS Ig G
A3.2.0.22	CHIKUNGUNYA ANTICUERPOS Ig M
A3.2.0.24	DENGUE AISLAMIENTO VIRAL
A3.2.0.25	FIEBRE AMARILLA AISLAMIENTO VIRAL
<b>A3.2.1.</b>	<b>ATENCIÓN A LAS PERSONAS (MICROBIOLOGÍA)</b>
A3.2.1.01	Haemophilus influenzae CULTIVO
A3.2.1.02	Haemophilus influenzae BIOTIPIFICACIÓN
A3.2.1.03	Haemophilus influenzae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)
A3.2.1.04	Haemophilus influenzae SEROTIPIFICACIÓN
A3.2.1.05	Leishmania CULTIVO PRIMARIO
A3.2.1.06	Listeria monocytogenes CULTIVO
A3.2.1.07	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA)
A3.2.1.08	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)
A3.2.1.09	Neisseria meningitidis PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA)

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A3.2.1.10	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN
A3.2.1.11	Neisseria meningitidis SUBTIPIFICACIÓN
A3.2.1.12	Streptococcus pneumoniae CULTIVO
A3.2.1.13	Streptococcus pneumoniae SEROTIPIFICACIÓN
A3.2.1.14	Streptococcus pneumoniae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA
A3.2.1.15	Streptococcus pneumoniae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)
A3.2.1.16	Streptococcus pneumoniae PRUEBA DE TAMIZ OXACILINA
A3.2.1.17	Streptococcus agalactiae CULTIVO
A3.2.1.18	Salmonella spp SEROTIPIFICACIÓN
A3.2.1.19	Salmonella spp PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)
A3.2.1.20	Shiguela spp PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)
A3.2.1.21	Trypanosoma EXAMEN DIRECTO POR MÉTODO DE STROUT
A3.2.1.22	Trypanosoma CULTIVO PRIMARIO
A3.2.1.23	Trypanosoma IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
A3.2.1.24	Vibrio cholerae CULTIVO
A3.2.1.25	Vibrio cholerae SEROTIPIFICACIÓN
A3.2.1.26	Vibrio cholerae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)
<b>A3.2.3.</b>	<b>ZOONOSIS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TOMA Y ENVÍO DE MUESTRA A LA AUTORIDAD SANITARIA COMPETENTE</i>
A3.2.3.01	BRUCELLOSIS AISLAMIENTO
A3.2.3.02	ENCEFALITIS EQUINA AISLAMIENTO
A3.2.3.03	LEPTOSPIROSIS AISLAMIENTO
A3.2.3.04	RABIA BOVINA AISLAMIENTO
A3.2.3.05	SALMONELLOSIS AVINA Y PORCINA AISLAMIENTO
A3.2.3.06	TUBERCULOSIS ANIMAL AISLAMIENTO
<b>A3.2.4.</b>	<b>LABORATORIO DE SALUD AMBIENTAL</b>
<b>Excluye:</b>	<i>DETERMINACIÓN EN MUESTRAS BIOLÓGICAS (90.5.7.)</i>
A3.2.4.01	ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO (ORGANOLÉPTICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO
A3.2.4.02	ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO (MICROBIOLÓGICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO
A3.2.4.10	DETERMINACIÓN DE PLOMO, CADMIO Y MERCURIO EN MUESTRAS AMBIENTALES
A3.2.4.11	DETERMINACIÓN DE TALIO EN AGUA
A3.2.4.12	DETERMINACIÓN DE CALCIO, MAGNESIO, COBRE, SODIO Y POTASIO EN AGUA
A3.2.4.13	DETERMINACIÓN DE MANGANESO, YODO Y FLÚOR EN AGUA
A3.2.4.30	ORGANOFOSFORADOS (PROPORXUR, METILPARATIUM, OTROS) EN MUESTRAS AMBIENTALES
A3.2.4.31	ORGANOCOLORADOS (ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS) EN MUESTRAS AMBIENTALES
A3.2.4.32	CARBAMATOS EN MUESTRAS AMBIENTALES
A3.2.4.33	SOLVENTES (BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS) EN MUESTRAS AMBIENTALES
<b>A3.2.5.</b>	<b>GENÉTICA</b>
A3.2.5.01	ESTABILIDAD AL ISOPROPANOL DE LA HEMOGLOBINA
A3.2.5.10	DETERMINACIÓN DE RADIACIONES IONIZANTES
<b>A3.2.6.</b>	<b>ENTOMOLOGÍA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ENVÍO DE MATERIAL ENTOMOLÓGICO AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA</i>
A3.2.6.01	Aedes aegypti IDENTIFICACIÓN

49

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A3.2.6.02	Aedes albopictus IDENTIFICACIÓN
A3.2.6.03	Anopheles IDENTIFICACIÓN
A3.2.6.04	Flebotomíneos IDENTIFICACIÓN
A3.2.6.05	Triatominos IDENTIFICACIÓN
A3.2.6.06	CONFIRMACIÓN TAXONÓMICA DEL VECTOR
A3.2.6.10	Haemagogus INVENTARIO
A3.2.6.11	Aedes aegypti INVENTARIO
A3.2.6.12	Flebotomíneos INVENTARIO
A3.2.6.13	Anopheles INVENTARIO
A3.2.6.14	Reduvidaeus INVENTARIO
A3.2.6.20	PRUEBAS BIOLÓGICAS PARA FORMAS INMADURAS (LARVAS)
A3.2.6.21	PRUEBAS BIOLÓGICAS PARA FORMAS ADULTAS
<b>A3.2.7.</b>	<b>ALIMENTOS, BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y NO ALCOHÓLICAS</b>
A3.2.7.01	ANÁLISIS DE ALIMENTOS DIETÉTICOS
A3.2.7.02	ANÁLISIS DE ALIMENTOS ENRIQUECIDOS
A3.2.7.03	ANÁLISIS DE AZÚCARES Y DERIVADOS
A3.2.7.04	ANÁLISIS DE CEREALES Y DERIVADOS
A3.2.7.05	ANÁLISIS DE DERIVADOS CÁRNICOS
A3.2.7.06	ANÁLISIS DE DERIVADOS DE LAS FRUTAS Y LEGUMBRES
A3.2.7.07	ANÁLISIS DE DERIVADOS DE LA PESCA (CONSERVAS, SEMICONSERVAS Y PREPARADOS)
A3.2.7.08	ANÁLISIS DE DERIVADOS LÁCTEOS
A3.2.7.09	ANÁLISIS DE ESPECIAS, CONDIMENTOS, MOSTAZA Y SAL DE MESA
A3.2.7.10	ANÁLISIS DE GRASAS Y ACEITES
A3.2.7.11	ANÁLISIS DE LECHE ENTERA EN POLVO CON VITAMINAS
A3.2.7.12	ANÁLISIS DE MARGARINAS CON VITAMINA A
A3.2.7.13	ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO DE ALIMENTOS
A3.2.7.14	ANÁLISIS DE VITAMINAS
A3.2.7.30	ANÁLISIS DE CERVEZA
A3.2.7.31	ANÁLISIS DE LICORES
A3.2.7.32	ANÁLISIS DE VINOS Y APERITIVOS
A3.2.7.50	ANÁLISIS DE BEBIDAS DIETÉTICAS
A3.2.7.51	ANÁLISIS DE BEBIDAS ESTIMULANTES
A3.2.7.52	ANÁLISIS DE GASEOSAS, REFRESCOS Y AGUAS
A3.2.7.53	ANÁLISIS DE LECHE LÍQUIDA
<b>A3.2.8.</b>	<b>CONTROL DE CALIDAD DE COSMÉTICOS</b>
Incluye:	ENVÍO O REMISIÓN DE MUESTRA AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA (INVIMA); CREMAS Y LOCIONES (PARA EL CUERPO, MANOS, CARA, DEPILATORIAS, PROTECTORES SOLARES), SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS; COSMÉTICOS PARA EL CABELLO (CHAMPUS Y ENJUAGUES, TINTURAS, ONDULADORES Y ALISADORES), FIJADORES PARA EL CABELLO; COSMÉTICOS PARA LAS UÑAS (ESMALTE, ENDURECEDOR, REMOVEDOR DE ESMALTE Y CUTÍCULA); PRODUCTOS MOLDEADOS (SOMBRA Y LABIALES); COSMÉTICOS EN POLVOS COMPACTOS Y SUELTOS; PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL (JABONES EN PASTA Y LÍQUIDO, DESODORANTE Y ANTI TRANSPIRANTE)
A3.2.8.01	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE CREMAS Y LOCIONES
A3.2.8.02	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE CREMAS Y LOCIONES
A3.2.8.03	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE CREMAS Y LOCIONES
A3.2.8.04	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE CREMAS Y LOCIONES
A3.2.8.10	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICOS DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A3.2.8.11	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS
A3.2.8.12	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS
A3.2.8.20	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE COSMÉTICOS PARA EL CABELLO
A3.2.8.21	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE COSMÉTICOS PARA EL CABELLO
A3.2.8.22	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE COSMÉTICOS PARA EL CABELLO
A3.2.8.23	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE COSMÉTICOS PARA EL CABELLO
A3.2.8.30	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICOS DE FIJADORES PARA EL CABELLO
A3.2.8.31	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FIJADORES PARA EL CABELLO
A3.2.8.32	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE FIJADORES PARA EL CABELLO
A3.2.8.40	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO PARA COSMÉTICOS PARA LAS UÑAS
A3.2.8.41	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN PARA COSMÉTICOS PARA LAS UÑAS
A3.2.8.42	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE PARA COSMÉTICOS PARA LAS UÑAS
A3.2.8.50	ENSAYOS BIOLÓGICOS PARA PRODUCTOS MOLDEADOS
A3.2.8.51	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO PARA PRODUCTOS MOLDEADOS
A3.2.8.52	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN PARA PRODUCTOS MOLDEADOS
A3.2.8.53	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE PARA PRODUCTOS MOLDEADOS
A3.2.8.60	ENSAYOS BIOLÓGICOS PARA COSMÉTICOS EN POLVO COMPACTOS Y SUELTOS
A3.2.8.61	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO PARA COSMÉTICOS EN POLVO COMPACTOS Y SUELTOS
A3.2.8.62	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN PARA COSMÉTICOS EN POLVO COMPACTOS Y SUELTOS
A3.2.8.63	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE PARA COSMÉTICOS EN POLVO COMPACTOS Y SUELTOS
A3.2.8.70	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL
A3.2.8.71	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL
A3.2.8.72	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL
A3.2.8.73	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL
<b>A3.2.9.</b>	<b>CONTROL DE CALIDAD DE MEDICAMENTOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>ENVÍO O REMISIÓN DE MUESTRA AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA (INVIMA); FORMAS FARMACÉUTICAS: SÓLIDAS NO ESTÉRILES (TABLETAS, GRAGEAS, CÁPSULAS DURAS Y BLANDAS, TABLETAS RECUBIERTAS, POLVOS GRANULADOS), LÍQUIDAS NO ESTÉRILES (JARABES, EMULSIONES, SUSPENSIONES, SOLUCIONES NASALES Y ÓTICAS, TINTURAS, ELIXIRES), SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES (ÓVULOS, SUPOSITORIOS, CREMAS, GELES, UNGUENTOS, PASTAS Y JALEAS), LÍQUIDAS ESTÉRILES (PRODUCTOS PARENTERALES EN SOLUCIONES, SUSPENSIONES Y EMULSIONES, SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN, OFTÁLMICAS Y ÓTICAS), SEMISÓLIDAS ESTÉRILES (UNGUENTOS Y GELES), SÓLIDOS ESTÉRILES (POLVOS PARA RECONSTITUIR); SISTEMAS TERAPÉUTICO: ESTÉRILES (DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS Y AEROSOLE) Y NO ESTÉRILES (AEROSOLE, DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS Y OSMÓTICOS); DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS DE ACCIÓN LOCAL Y OTROS</i>
A3.2.9.01	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.02	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.03	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS NO ESTÉRILES

69

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A3.2.9.04	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.10	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.11	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.12	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.13	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.20	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.21	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.22	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.23	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES
A3.2.9.30	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.31	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.32	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.33	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.40	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.41	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.42	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.43	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.50	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.51	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.52	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.53	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ESTÉRILES
A3.2.9.60	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS ESTÉRILES
A3.2.9.61	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS ESTÉRILES
A3.2.9.62	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS ESTÉRILES
A3.2.9.63	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS ESTÉRILES
A3.2.9.70	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS NO ESTÉRILES
A3.2.9.71	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS NO ESTÉRILES
A3.2.9.72	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS NO ESTÉRILES
A3.2.9.73	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS NO ESTÉRILES
A3.2.9.80	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS DE ACCIÓN

45

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	LOCAL Y OTROS
A3.2.9.81	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICOS DE DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS DE ACCIÓN LOCAL Y OTROS
A3.2.9.82	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS DE ACCIÓN LOCAL Y OTROS
A3.2.9.83	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS Y OTROS
<b>A4.</b>	<b>SALUD AMBIENTAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS ACCIONES QUE BUSCAN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD INTERVINIENDO LOS FACTORES DE RIESGO ORIGINADOS EN EL MEDIO AMBIENTE</i>
<b>A4.0.</b>	<b>ACCIONES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DEL NIVEL MUNICIPAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LAS ACCIONES DE CONTROL DEBEN EJERCERSE EN CABEZA DEL ALCALDE (LEY 323/1995), CON APOYO DE LAS AUTORIDADES AMBIENTALES Y SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS</i>
<b>A4.0.0.</b>	<b>VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO</b>
A4.0.0.01	MUESTREOS EN EL CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO
A4.0.0.02	REGISTROS ACTUALIZADOS DE COBERTURAS DE AGUA POTABLE EN SU JURISDICCIÓN
A4.0.0.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN SALUD ASOCIADOS A LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO
A4.0.0.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON INDICADORES DE CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS
<b>A4.0.1.</b>	<b>VIGILANCIA SANITARIA DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS</b>
A4.0.1.01	CENSO ACTUALIZADO DE ESTABLECIMIENTOS PRODUCTORES DE RESIDUOS PELIGROSOS
<b>Incluye:</b>	<i>INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, LABORATORIOS DE BIOTECNOLOGÍA, CLÍNICAS VETERINARIAS, BIOTERIOS, MORGUES, FÁBRICAS ENTRE OTROS</i>
A4.0.1.02	INSPECCIÓN A LOS SISTEMAS MUNICIPALES DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS
A4.0.1.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS
A4.0.1.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON MONITOREO CONTINUO DEL MANEJO SANITARIO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS
<b>A4.0.2.</b>	<b>VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS</b>
A4.0.2.01	CENSO ACTUALIZADO DE ESTABLECIMIENTOS QUE FABRICAN, PROCESAN, COMERCIALIZAN, ALMACENAN, EXPENDEN O CONSUMEN ALIMENTOS Y BEBIDAS
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLAS PLANTAS DE SACRIFICIO, PLAZAS DE MERCADO Y TERMINALES PORTUARIOS</i>
A4.0.2.02	REGISTRO DE CONTROL DE CONDICIONES SANITARIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
A4.0.2.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON CALIDAD SANITARIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
A4.0.2.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON MONITOREO DEL CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
<b>Incluye:</b>	<i>EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS A TRAVÉS DE ALIMENTOS (ETAS)</i>
<b>A4.0.3.</b>	<b>SANIDAD PORTUARIA</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>ESTABLECIMIENTOS DE ALTO RIESGO EN SALUD PÚBLICA: TERMINALES PORTUARIOS – TERRESTRES, MARÍTIMOS Y FLUVIALES - ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS, INSTITUCIONES DE SALUD, CÁRCELES, CUARTELES, PLAZAS DE MERCADO, COLISEOS Y ESPACIO PÚBLICO ENTRE OTROS ASÍ COMO VEHÍCULOS, NAVES Y AERONAVES DE TRÁFICO INTERPORTUARIO</i>
A4.0.3.01	REGISTRO DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS E INFRAESTRUCTURA FÍSICA (SERVICIOS DE AGUA POTABLE, ASEO, ALCANTARILLADO) EN TERMINALES, PUERTOS Y AEROPUERTOS
A4.0.3.02	CONTROL SANITARIO A LA MOVILIZACIÓN DE PERSONAS, ANIMALES Y PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL EN TERMINALES, PUERTOS Y AEROPUERTOS
A4.0.3.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE: FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y DEL CONSUMO (ALIMENTOS Y BEBIDAS) EN TERMINALES, PUERTOS Y AEROPUERTOS
A4.0.3.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO DEL AMBIENTE: FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y DEL CONSUMO (ALIMENTOS Y BEBIDAS) EN TERMINALES, PUERTOS Y AEROPUERTOS
<b>A4.0.4.</b>	<b>VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AIRE Y NIVELES DE RUIDO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>EN LOS ASENTAMIENTOS HUMANOS DE LA PERIFERIA DE LOS CORREDORES INDUSTRIALES, EN LOS GRANDES CENTROS URBANOS Y EN LAS ÁREAS DE MINERÍA A CIELO ABIERTO</i>
A4.0.4.01	REGISTRO DE MONITOREO DE CALIDAD DEL AIRE, NIVELES AMBIENTALES DE RUIDO Y RADIACIONES IONIZANTES
A4.0.4.02	VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DE CORRECTIVOS EN CONTROL DE CALIDAD DEL AIRE NIVELES AMBIENTALES DE RUIDO Y RADIACIONES IONIZANTES EN ÁREAS PRIORIZADAS Y FOCALIZADAS
A4.0.4.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA ASOCIADOS CON LA CALIDAD DEL AIRE, NIVELES DE RUIDO Y RADIACIONES IONIZANTES
A4.0.4.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE ALTO RIESGO PARA LA OCURRENCIA DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON LA CALIDAD DEL AIRE, NIVELES DE RUIDO Y RADIACIONES IONIZANTES
<b>A4.0.5.</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL DE ZONOSIS</b>
A4.0.5.01	CENSO ACTUALIZADO DE CANINOS, FELINOS
A4.0.5.02	DESARROLLO DEL PROGRAMA REGULAR DE VACUNACIÓN EN ANIMALES
<b>Incluye:</b>	<i>CANINOS, FELINOS, EQUIDOS (EQUINOS, ASNALES Y MULARES), BOVINOS ENTRE OTROS</i>
A4.0.5.03	CONTROL DE RESERVORIOS SILVESTRES (MURCIÉLAGOS HEMATÓFAGOS) DE RABIA PARESIANTE
A4.0.5.04	FOMENTO DE PROGRAMAS DE DESRATIZACIÓN
A4.0.5.05	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON ZONOSIS
A4.0.5.06	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON MONITOREO Y CONTROL DE ZONOSIS
<b>A4.1.</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL DE INSECTOS VECTORES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA</b>
<b>A4.1.0.</b>	<b>ACCIONES DE CONTROL SELECTIVAS E INTEGRALES</b>
A4.1.0.01	REGISTRO Y ANÁLISIS DE ÍNDICES ENTOMOLÓGICOS
A4.1.0.02	RECONOCIMIENTO GEOGRÁFICO, CARACTERIZACIÓN Y CONTROL DE CRIADEROS
A4.1.0.03	REGISTRO DEL CONTROL DE LARVAS O ADULTOS
A4.1.0.04	INVESTIGACIÓN DE FOCOS
A4.1.0.20	ASISTENCIA TÉCNICA AL MUNICIPIO (IDENTIFICACIÓN DE ESPECIES, ESTUDIOS DE COMPORTAMIENTO E INVESTIGACIÓN DE FOCO,

**11 ABR 2017**

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CODIGO	DESCRIPCIÓN
	ORIENTACIÓN HACIA LA INTERVENCIÓN)
<b>A4.1.1.</b>	<b>FOCALIZACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA</b>
A4.1.1.01	FOCALIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE TRANSMISIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
A4.1.1.02	IDENTIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS PARA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
A4.1.1.03	SELECCIÓN DE LAS MEDIDAS MÁS COSTO-EFECTIVAS SEGÚN CARACTERIZACIÓN DE CADA ESTRATO
A4.1.1.04	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
A4.1.1.05	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE TRANSMISIÓN ACTIVAS, CRIADEROS DE VECTORES POTENCIALES Y POSITIVOS
<b>A4.1.2.</b>	<b>CONTROL INTEGRADO DE VECTORES</b>
A4.1.2.01	CONTROL SELECTIVO DE VECTORES EN MALARIA
<b>Incluye:</b>	<i>INCIDENCIA PARASITARIA ANUAL, NÚMERO DE COMPLICACIONES Y MUERTES POR MALARIA, PRESENCIA DE VECTORES PRIMARIOS DE MALARIA, PRESENCIA DE MALARIA URBANA O PERIURBANA</i>
A4.1.2.02	USO RACIONAL DE INSECTICIDAS
<b>Incluye:</b>	<i>EL CONTROL QUÍMICO LIMITADO A AQUELLAS SITUACIONES DONDE DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL CONTROL SELECTIVO DE VECTORES SE ENCUENTRE PLENAMENTE INDICADO Y SEA LA ÚNICA MEDIDA DE INTERVENCIÓN POSIBLE</i>
<b>A5.</b>	<b>GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LA RESPONSABILIDAD QUE TIENEN LAS ENTIDADES TERRITORIALES SOBRE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES Y RECURSOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA EN SU JURISDICCIÓN, SEGÚN DECRETO 1770 DE 1994, RESOLUCIÓN 5165 DE 1994, O NORMATIVIDAD VIGENTE</i>
<b>A5.1.</b>	<b>FORMULACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN COLECTIVA</b>
<b>Incluye:</b>	<i>GARANTIZAR LA SALUD DEL COLECTIVO COMO FUNCIÓN SOCIAL DEL ESTADO; DEBE SER PARTE INTEGRAL DE LOS PLANES LOCAL Y DEPARTAMENTAL DE SALUD Y DE LOS PLANES DE DESARROLLO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES CORRESPONDIENTES</i>
<b>A5.1.0.</b>	<b>FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO (INSTITUCIONAL, COMUNITARIO Y FINANCIERO)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUEL DESARROLLADO POR EL MUNICIPIO, DISTRITO, DEPARTAMENTO O NACIÓN</i>
A5.1.0.01	ESTABLECIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE PLANEACIÓN, POR EL ENTE TERRITORIAL
A5.1.0.02	ORGANIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS DEL PROCESO DE PLANEACIÓN, EN EL ENTE TERRITORIAL
<b>A5.1.1.</b>	<b>ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA EN SALUD PÚBLICA</b>
A5.1.1.01	REGISTRO DEL NÚMERO DE ACTAS DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL
A5.1.1.02	ACUERDOS SOCIALES SOBRE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>EL DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN</i>
<b>A5.1.2.</b>	<b>ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN CONCERTADAS</b>
A5.1.2.01	DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL PLAN DE INTERVENCIÓNES COLECTIVAS MUNICIPAL O DISTRITAL
A5.1.2.02	ELABORACIÓN DE PROYECTOS CONCERTADOS EN: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA.

SR



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A5.1.2.03	CONCERTACIÓN DE LOS PLANES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CON LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EPS, ARS, ADAPTADAS ENTRE OTRAS) EXISTENTES EN LA LOCALIDAD
A5.1.2.04	DESARROLLO DE PROCESOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL (CIUDADANA Y COMUNITARIA) EN LA GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA
A5.1.2.20	DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL
A5.1.2.21	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS MUNICIPIOS O DISTRITOS, EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
A5.1.2.40	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DEPARTAMENTOS, EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
A5.1.2.41	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DEPARTAMENTOS, EN PROCESOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
<b>A5.2.</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS, TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS</b>
<b>A5.2.0.</b>	<b>FORTALECIMIENTO TERRITORIAL EN RECURSOS FÍSICOS, TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS</b>
A5.2.0.01	FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE ADECUACIÓN EN RECURSOS FÍSICOS, TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS
<b>A5.3.</b>	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO</b>
<b>A5.3.0.</b>	<b>DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA</b>
A5.3.0.01	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA LA GESTIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL O DISTRITAL
A5.3.0.02	DESARROLLO DE UNIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA) MUNICIPALES O DISTRITALES
A5.3.0.03	DESARROLLO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE ZONOSIS
A5.3.0.05	FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO DE CONTROL DE VECTORES DEL MUNICIPIO O DISTRITO
A5.3.0.06	FORMACIÓN DE AGENTES MULTIPLICADORES INTERSECTORIALES PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS DEL AMBIENTE FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y DEL CONSUMO
A5.3.0.20	ASISTENCIA TÉCNICA A MUNICIPIOS O DISTRITOS, EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA
A5.3.0.21	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA LA GESTIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL
A5.3.0.22	DESARROLLO DE UNIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA) DEPARTAMENTALES
A5.3.0.23	ESTRUCTURACIÓN Y DESARROLLO DE UNIDADES DE ENTOMOLOGÍA DEPARTAMENTALES
A5.3.0.24	ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DEPARTAMENTAL COORDINADOR DE CONTROL DE VECTORES
A5.3.0.40	ASISTENCIA TÉCNICA A DEPARTAMENTOS, EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA
<b>A5.3.1.</b>	<b>FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA TERRITORIAL EN GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA</b>
A5.3.1.01	PROCESOS DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO HACIA LA CAPACITACIÓN PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MUNICIPAL O DISTRITAL
A5.3.1.02	PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE RECURSO HUMANO SEGÚN LINEAMIENTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
A5.3.1.20	DESARROLLO DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PERMANENTE AL EQUIPO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A5.3.1.40	ASISTENCIA TÉCNICA EN EL PROCESO DE FORMACIÓN O ACTUALIZACIÓN EN DESARROLLO DE HABILIDADES GERENCIALES PARA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
<b>A5.4.</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL DE LA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS</b>
<b>A5.4.0.</b>	<b>INSPECCIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b>
A5.4.0.01	INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LOS PROYECTOS CONCERTADOS EN: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA
A5.4.0.02	APOYO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA EN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN: REALIZACIÓN, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, CONTROL DE CALIDAD DE EXAMENES DE LABORATORIO DE INTERES EN SALUD PÚBLICA E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
A5.4.0.03	APOYO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA EN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO CON ASISTENCIA TÉCNICA A LA RED DE LABORATORIOS CLÍNICOS Y DE CITOISTOPATOLOGÍA DE SU JURISDICCIÓN
<b>A5.4.1.</b>	<b>CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>
A5.4.1.01	MONTAJE O CONTRATACIÓN DE PROCESOS SISTEMÁTICOS DE MONITOREO, SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS RECURSOS E INTERVENCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL O DISTRITAL
A5.4.1.02	INTERVENTORÍA A CONVENIOS O CONTRATOS EJECUTADOS PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL O DISTRITAL
A5.4.1.03	EJECUCIÓN DEL CONTROL SOCIAL A TRAVÉS DE ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
A5.4.1.04	COORDINACIÓN CON LA RED DE ORGANISMOS CONTROLADORES
A5.4.1.40	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DEPARTAMENTOS, EN CONTROL Y SEGUIMIENTO EN SALUD PÚBLICA
<b>A5.5.</b>	<b>EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA</b>
<b>A5.5.0.</b>	<b>EVALUACIÓN DEL PROCESO EN SALUD PÚBLICA</b>
A5.5.0.01	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE GESTIÓN PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS POR EL ENTE TERRITORIAL
A5.5.0.40	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DEPARTAMENTOS EN LA EVALUACIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA
<b>A5.5.1.</b>	<b>EVALUACIÓN DEL RESULTADO EN SALUD PÚBLICA</b>
A5.5.1.01	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD
A5.5.1.02	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
A5.5.1.03	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
A5.5.1.04	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA
A5.5.1.05	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN SALUD AMBIENTAL (CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO, ALIMENTOS Y BEBIDAS)
A5.5.1.06	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN SALUD AMBIENTAL (CALIDAD SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PUERTOS)
A5.5.1.07	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN SALUD AMBIENTAL (ZONOSIS)
A5.5.1.08	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN SALUD AMBIENTAL (CONTROL DE VECTORES) (ETV)
<b>Sección 03 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES</b>	

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
S HACIA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	
Capítulo 26 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO	
T1.	<b>HIGIENE INDUSTRIAL [OCUPACIONAL]</b>
Incluye:	ÁREA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO, DEDICADA AL RECONOCIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL DE AQUELLOS FACTORES AMBIENTALES O TENSIONES EMANADAS O PROVOCADAS POR EL LUGAR DE TRABAJO Y QUE PUEDEN OCASIONAR ENFERMEDADES, DESTRUIR LA SALUD Y EL BIENESTAR, O CREAR ALGÚN MALESTAR SIGNIFICATIVO ENTRE LOS TRABAJADORES (ASOCIACIÓN AMERICANA DE HIGIENISTAS INDUSTRIALES)
T1.0.	<b>IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS</b>
T1.0.0.	<b>FACTORES DE RIESGO FÍSICOS</b>
T1.0.0.01	SONOMETRÍA
Incluye:	DETERMINACIÓN DEL TIPO Y NIVEL DE RUIDO, ANÁLISIS DE FRECUENCIA DE OCTAVAS Y MEDICIÓN DE LOS PICOS DE PRESIÓN SONORA EN EL MEDIO AMBIENTE LABORAL
T1.0.0.02	DOSIMETRÍA DE RUIDO
Incluye:	PERIODO COMPLETO O PARCIAL
T1.0.0.03	ESTUDIO DE ILUMINACIÓN
Incluye:	LUMINANCIA, ILUMINANCIA, CONTRASTE LUMINOTÉCNICO, REFLECTANCIA Y AMBIENTE
T1.0.0.04	ESTUDIO DE TEMPERATURAS EXTREMAS Y CONFORT TÉRMICO CROMÁTICO
Incluye:	EVALUACIÓN DE TEMPERATURA A TRAVÉS DE BULBO SECO, BULBO HÚMEDO, MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA DEL AIRE, MEDICIÓN DE LA HUMEDAD RELATIVA, DETERMINACIÓN DE LA VELOCIDAD DEL AIRE EN EL MEDIO AMBIENTE LABORAL, PRESIÓN DE VAPOR, RITMO METABÓLICO, AISLAMIENTO TÉRMICO DE LOS VESTIDOS Y MONITOREO DE CALOR CORPORAL (ÍNDICES PMV Y PPD: ISO 7730; ÍNDICE WBGT; WCI)
T1.0.0.05	ESTUDIO DE RADIACIÓN IONIZANTE
Incluye:	DOSIMETRÍA PERSONAL Y DOSIMETRÍA AMBIENTAL O DE ÁREA (RAYOS X, PARTÍCULAS ALFA, BETA Y RADIACIÓN GAMA)
T1.0.0.06	ESTUDIO DE RADIACIÓN NO IONIZANTE
Incluye:	MEDICIÓN DE CAMPO MAGNÉTICO, DE DENSIDAD DE FLUJO MAGNÉTICO, RADIANCIA E IRRADIANCIA (RADIACIÓN VISIBLE, ULTRAVIOLETA E INFRARROJA, RADIOFRECUENCIA Y MICROONDAS, CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS)
T1.0.0.07	ESTUDIO DE VIBRACIÓN LOCALIZADA (MANO-BRAZO)
Incluye:	DETERMINACIÓN DE LA ACELERACIÓN EN LAS TRES DIRECCIONES. PONDERACIÓN Y ANÁLISIS DE FRECUENCIAS (NORMAS ISO 5349. ISO 2631-1)
T1.0.0.08	ESTUDIO DE VIBRACIÓN GLOBAL (CUERPO ENTERO)
Incluye:	DETERMINACIÓN DE LA ACELERACIÓN EN LAS TRES DIRECCIONES. PONDERACIÓN Y ANÁLISIS DE FRECUENCIAS (NORMAS ISO 2631, ISO 2631-1, ISO 2631-2)
T1.0.1.	<b>FACTORES DE RIESGO QUÍMICOS</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	ESTUDIOS HIGIÉNICOS INDIVIDUALIZADOS DE UN GAS O VAPOR; LOS PERFILES SE REFIEREN AL ANÁLISIS DE VARIOS GASES, HUMOS O VAPORES E INCLUYEN MUESTREO PERSONAL Y ESTACIONARIO, ANÁLISIS QUÍMICO, CROMATOGRAFÍA, ESPECTROSCOPIA
T1.0.1.01	ESTUDIO HIGIÉNICO DE MATERIAL PARTICULADO
<b>Incluye:</b>	MUESTREO PERSONAL Y ESTACIONARIO, GRAVIMETRÍA, ANÁLISIS QUÍMICO, FRACCIÓN RESPIRABLE, MICROSCOPIA
T1.0.1.02	ESTUDIO HIGIÉNICO DE FIBRAS
<b>Incluye:</b>	MUESTREO PERSONAL Y ESTACIONARIO, GRAVIMETRÍA, ANÁLISIS QUÍMICO, FRACCIÓN RESPIRABLE, MICROSCOPIA
T1.0.1.03	ESTUDIO HIGIÉNICO DE GASES Y VAPORES
<b>Incluye:</b>	MUESTREO PERSONAL Y ESTACIONARIO, ANÁLISIS QUÍMICO, CROMATOGRAFÍA Y ESPECTROSCOPIA ANÁLISIS INDIVIDUAL DE UN GAS O VAPOR
T1.0.1.10	PERFIL DE HIDROCARBUROS AROMÁTICOS
<b>Incluye:</b>	ALFA-MÉTIL-ESTIRENO, BENCENO, CLOROBENCENO, CUMENO, ESTIRENO, ETILBENCENO, NAFTALENO, ORTO-PARA-DICLOROBENCENO, PARA-TERBUTILTOLUENO, TOLUENO, VINILTOLUENO, XILENO (MÉTODO NIOSH 1501)
T1.0.1.11	PERFIL DE ÁCIDOS INORGÁNICOS
<b>Incluye:</b>	ÁCIDO BROMHÍDRICO, ÁCIDO CLORHÍDRICO, ÁCIDO FLUORHÍDRICO, ÁCIDO FOSFÓRICO, ÁCIDO NÍTRICO, ÁCIDO SULFÚRICO (MÉTODO NIOSH 7903)
T1.0.1.12	PERFIL DE SOLVENTES ORGÁNICOS
<b>Incluye:</b>	ACETONA, BENCENO, BUTANOL, BUTIL ACETATO, BUTIL CELLOSOLVE, TETRACLORURO DE CARBONO, ACETATO DE CELLOSOLVE, CLOROBENCENO, CLOROFORMO, CICLOHEXANONA, 1-1 DICLOROETANO, 1-2-DICLOROETANO, ETANOL, ETIL ACETATO, ETIL BENCENO, ETIL CELLOSOLVE, ESTIRENO, FREON 113, HEPTANO, HEXANO, ISOBUTANOL, ISOCTANOL, ISOPROPANOL, ISOPROPIL ACETATO, METIL CELLOSOLVE, METIL ETIL CETONA, METIL ISOBUTIL CETONA, CLORURO DE METILENO, OCTANO, PENTANO, N-PROPIL ACETATO, N-PROPANOL, TETRACLOROETILENO, TETRAHIDROFURANO, TOLUENO, 1-1-1- TRICLOROETANO, 1-1-2 TRICLOROETANO, XILENO
T1.0.1.13	PERFIL DE HIDROCARBUROS AROMÁTICOS POLINUCLEARES
<b>Incluye:</b>	ACENAFTENO, ACENAFTILENO, ANTRACENO, BENZA ANTRACENO, BENZO(b)FLUORANTENO, BENZO(k)FLUORANTENO, BENZO(ghi)PERILENO, BENZO(a)PIRENO, BENZO(e)PIRENO, CRISENO, DIBENZ(a,h)ANTRACENO, FLUORANTENO, FLUORANO, INDENOL(1,2,3-cd)PIRENO, NAFTALENO, FENANTRENO, PIRENO (MÉTODOS NIOSH 5506, OSHA 58)
T1.0.1.14	PERFIL DE METALES TÓXICOS
<b>Incluye:</b>	ARSÉNICO, BERILIO, CADMIO, CROMO, PLOMO, VANADIO (MÉTODO NIOSH 7300)
T1.0.1.15	PERFIL DE HUMOS METÁLICOS EN SOLDADURA
<b>Incluye:</b>	ALUMINIO, ANTIMONIO, BERILIO, CADMIO, CROMO, COBALTO, COBRE, ESTAÑO, HIERRO, MANGANESO, MOLIBDENO, NÍQUEL, TITANIO, VANADIO, PLOMO, ZINC (MÉTODOS OSHA ID-206, OSHA ID-125)
<b>T1.0.2.</b>	<b>FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS</b>
T1.0.2.01	TÉCNICAS DE MUESTREO AMBIENTAL DE MICROORGANISMOS
<b>Incluye:</b>	SEDIMENTACIÓN, RECOGIDA EN MEDIO LÍQUIDO, FILTRACIÓN, IMPACTACIÓN
T1.0.2.02	TÉCNICAS DE MUESTREO DE MICROORGANISMOS EN SUPERFICIES
<b>Incluye:</b>	PLACA DE CONTACTO, FROTIS
T1.0.2.03	TÉCNICAS ANALÍTICAS
<b>Incluye:</b>	PLACA DE CONTACTO CON MEDIO DE CULTIVO
<b>T1.0.3.</b>	<b>FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
T1.0.3.01	EVALUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO, PROCESOS, HERRAMIENTAS, EQUIPO Y DOTACIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>ESTUDIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA SISTÉMICO CADA UNA DE LAS RELACIONES ENTRE LOS TRES ELEMENTOS DEL SISTEMA: SER HUMANO, OBJETOS, MÁQUINAS, HERRAMIENTAS Y ESPACIO FÍSICO, PARA OBTENER COMO RESULTADO LAS RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS A PARTIR DE UN DIAGNÓSTICO GENERAL DEL PUESTO DE TRABAJO COMPRENDE DIAGNÓSTICO DE FACTORES E ÍNDICES ERGONÓMICOS, EVALUACIÓN DE HERRAMIENTAS, EQUIPO Y DOTACIÓN, Y AQUELLAS EVALUACIONES PARA TRABAJO SEDENTE, CARGA LUMBAR, CARGA DE HOMBRO, ACTIVIDADES REPETITIVAS, ESTUDIOS DE BIOMECÁNICA, ENTRE OTROS</i>
T1.0.3.50	EVALUACIÓN ERGONÓMICA
<b>T1.0.6.</b>	<b>FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>TODOS AQUELLOS RIESGOS QUE DERIVAN DE LAS INTERACCIONES ENTRE EL MEDIO AMBIENTE LABORAL, LA ORGANIZACIÓN Y LA TAREA EN SI, POR UNA PARTE Y POR LA OTRA, LAS CAPACIDADES DEL TRABAJADOR, SUS NECESIDADES, SU CULTURA Y SITUACIÓN PERSONAL FUERA DEL TRABAJO, TODO LO CUAL PUEDE INFLUIR EN LA SALUD, SATISFACCIÓN Y RENDIMIENTO EN EL TRABAJO</i>
T1.0.6.01	IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES
<b>Incluye:</b>	<i>PRUEBAS DE EVALUACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO (CLIMA ORGANIZACIONAL), FACTORES EXTRALABORALES Y CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJADOR</i>
<b>Excluye:</b>	<i>CONSULTA, ENTREVISTA Y EVALUACIÓN (89.0.), EVALUACIÓN Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS (94.0.)</i>
<b>T1.1.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS</b>
<b>T1.1.0.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGO FÍSICOS</b>
T1.1.0.01	SELECCIÓN, DOTACIÓN, MANTENIMIENTO, REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO FÍSICOS
<b>Incluye:</b>	<i>PROTECTORES AUDITIVOS, DE LA VISIÓN, CONTRA LAS RADIACIONES IONIZANTES Y LA VIBRACIÓN</i>
T1.1.0.02	INTERVENCIONES EN LA FUENTE DESTINADAS A DISMINUIR EL RUIDO
<b>Incluye:</b>	<i>INTERVENCIONES EN LA FUENTE DESTINADAS A DISMINUIR EL RUIDO</i>
T1.1.0.03	INTERVENCIONES EN EL MEDIO DESTINADAS A ATENUAR EL RUIDO
<b>Incluye:</b>	<i>REVESTIMIENTOS ABSORBENTES DE SONIDO, APANTALLADO, SILENCIADORES DE ABSORCIÓN, SILENCIADORES DE REACCIÓN, BAFLES, DIAFRAGMAS, RESONADORES, BLINDAJES Y CABINAS</i>
T1.1.0.04	INTERVENCIONES EN LA FUENTE DESTINADAS A ATENUAR LA VIBRACIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>REDUCCIÓN DE FRICCIÓN Y AMORTIGUACIÓN</i>
T1.1.0.05	INTERVENCIONES EN LA FUENTE DESTINADAS A DISMINUIR LA EXPOSICIÓN DEL TRABAJADOR A RADIACIONES IONIZANTES
T1.1.0.06	INTERVENCIONES EN EL MEDIO DESTINADAS A DISMINUIR LA EXPOSICIÓN DEL TRABAJADOR A RADIACIONES IONIZANTES
<b>Incluye:</b>	<i>BLINDAJES</i>
T1.1.0.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN CONTROL DE FACTORES RIESGO FÍSICOS
<b>T1.1.1.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGO QUÍMICOS</b>
T1.1.1.01	SELECCIÓN, DOTACIÓN, MANTENIMIENTO, REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LOS FACTORES DE RIESGO QUÍMICOS
<b>Incluye:</b>	<i>PROTECTORES RESPIRATORIOS, DE LA VISIÓN Y DE LA PIEL Y ANEXOS</i>
T1.1.1.02	SISTEMAS DE VENTILACIÓN GENERAL

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
T1.1.1.03	SISTEMAS DE VENTILACIÓN LOCAL EXHAUSTIVA
T1.1.1.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN CONTROL DE FACTORES RIESGO QUÍMICOS
<b>T1.1.2.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS</b>
T1.1.2.01	SELECCIÓN, DOTACIÓN, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LOS FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS
<b>Incluye:</b>	<i>PROTECTORES DE MUCOSAS, PIEL Y ANEXOS</i>
T1.1.2.02	TÉCNICAS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
T1.1.2.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE NORMAS UNIVERSALES DE SEGURIDAD EN RIESGOS BIOLÓGICOS
<b>T1.1.3.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS</b>
T1.1.3.01	DISEÑO ERGONÓMICO DE PUESTOS DE TRABAJO, HERRAMIENTAS O DOTACIÓN
<b>Incluye:</b>	<i>ADAPTACIÓN DE LOS ESPACIOS FÍSICOS O ELEMENTOS, MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS CON RESPECTO AL TRABAJADOR, PARA HACER MÁS EFICIENTE SU DESEMPEÑO LABORAL Y REDUCIR RIESGOS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO SE LOGRA POR MÉTODOS-TÉCNICOS DESDE EL PUNTO DE VISTA ANTROPOMÉTRICO, BIOMECÁNICO, SENSOPERCEPTUAL, COGNITIVO Y ORGANIZACIONAL</i>
T1.1.3.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE ERGONOMÍA
<b>Incluye:</b>	<i>ACTIVIDADES EDUCATIVAS O FORMATIVAS CON LOS TRABAJADORES EN FORMA CONTINUADA CON EL FIN DE MODIFICAR ACTITUDES O RESPUESTAS FRENTE A SITUACIONES ESPECÍFICAS ACTUALIZACIÓN EN EL CONOCIMIENTO DE LA ERGONOMÍA COMO PARTE ACTIVA DE LA EMPRESA; DISEÑO Y ELABORACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO DE APOYO EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE PARA EL ADECUADO MANEJO DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS Y PUESTOS DE TRABAJO COMPRENDE TEMAS COMO NORMAS DE SEGURIDAD EN EL MANEJO DE CARGAS, MANIPULACIÓN DE HERRAMIENTAS, MANEJO ERGONÓMICO DE VIDEOTERMINALES, HIGIENE POSTURAL, MOVIMIENTOS REPETITIVOS ENTRE OTROS</i>
T1.1.3.50	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS
<b>Incluye:</b>	<i>OTRAS TÉCNICAS DE CONTROL COMO ESTUDIOS PREVENTIVOS (AUDITORÍA EN ERGONOMÍA CONSULTIVA)</i>
<b>T1.1.4.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE SANEAMIENTO (AMBIENTAL)</b>
T1.1.4.01	RECOLECCIÓN, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS Y DESECHOS INDUSTRIALES
T1.1.4.02	CONSTRUCCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SERVICIOS DE ASEO PERSONAL PARA LOS TRABAJADORES
T1.1.4.03	PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS NORMAS DE ALMACENAMIENTO, PREPARACIÓN, TRANSPORTE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, EN EL SERVICIO DE COMEDOR PARA LOS TRABAJADORES
T1.1.4.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES DE SANEAMIENTO
<b>T1.1.6.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES</b>
<b>Incluye:</b>	<i>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES</i>
T1.1.6.01	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES
<b>T2.</b>	<b>SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	ÁREA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO, ENCARGADA DE ESTUDIAR, EVALUAR Y CONTROLAR LAS POSIBILIDADES DE GENERAR ACCIDENTES DENTRO DE LOS PROCESOS PRODUCTIVOS EMPRESARIALES COMPRENDE DOS SUBÁREAS ESPECÍFICAS ASÍ: SEGURIDAD INDUSTRIAL DE CAMPO - SU ACTIVIDAD ESTA ENCAMINADA A LA EVALUACIÓN DIRECTA DE LOS FACTORES DE RIESGO CAPACES DE GENERAR UN INCIDENTE O UN ACCIDENTE UNA VARIACIÓN ES LA SEGURIDAD DE CAMPO O AMBIENTAL, EN LA CUAL EL MISMO PROCEDIMIENTO SE APLICA PARA EVALUAR AMBIENTES GENERALES NO LABORALES, ESPECIALMENTE EN LO RELACIONADO CON CATÁSTROFES POTENCIALES - Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE CONTROL - DEFÍNASE ASÍ A LA DISCIPLINA ENCARGADA DE LA CONCEPCIÓN, EL DISEÑO Y LA PUESTA EN MARCHA DE MANERA EFECTIVA, DE ACCIONES ESPECÍFICAS - SISTEMAS DE CONTROL - PARA LA ERRADICACIÓN, EL CONTROL O DISMINUCIÓN DE LA MAGNITUD DE LOS RIESGOS DE ACCIDENTARSE O DE GENERARSE PÉRDIDAS EN EL AMBIENTE DE TRABAJO
<b>T2.0.</b>	<b>IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS</b>
<b>T2.0.5.</b>	<b>FACTORES DE RIESGO DE SEGURIDAD</b>
T2.0.5.01	REGISTRO ACTUALIZADO DE AGENTES DE RIESGO POR UBICACIÓN Y PRIORIDADES
<b>Incluye:</b>	SEGÚN DECRETO 1072 DE 2015 O DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE
T2.0.5.02	REGISTRO ACTUALIZADO DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AGENTES DE RIESGO
<b>Incluye:</b>	SEGÚN DECRETO 1072 DE 2015 O DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE
T2.0.5.03	INSPECCIÓN, REGISTRO, ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN DE RIESGOS DE INCENDIO Y EXPLOSIÓN
T2.0.5.04	INSPECCIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS PERIÓDICO DE VULNERABILIDAD
T2.0.5.05	INSPECCIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS PERIÓDICO DE REDES HIDRÁULICAS
T2.0.5.10	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE ACCIDENTES DE TRABAJO
T2.0.5.11	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGOS ELÉCTRICOS
T2.0.5.12	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGO BIOLÓGICOS
T2.0.5.13	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGO POR CONDICIONES MECÁNICAS O LOCATIVAS
T2.0.5.14	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGO POR CONDICIONES DE MANEJO DE VEHÍCULOS
T2.0.5.50	INSPECCIÓN REGISTRO Y ANÁLISIS PERIÓDICO DE CONDICIONES DE SEGURIDAD
<b>T2.1.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS</b>
<b>T2.1.5.</b>	<b>CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE SEGURIDAD</b>
T2.1.5.01	SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN DE ÁREAS
<b>Incluye:</b>	ÁREAS DE TRABAJO, ZONAS DE ALMACENAMIENTO, VÍAS DE CIRCULACIÓN, SALIDAS, SALIDAS DE EMERGENCIA, RESGUARDOS, ZONAS DE RESGUARDOS Y ZONAS PELIGROSAS DE LAS MÁQUINAS E INSTALACIONES
T2.1.5.02	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
<b>Incluye:</b>	AQUEL PARA MÁQUINAS, EQUIPOS, HERRAMIENTAS, INSTALACIONES LOCATIVAS, ALUMBRADO Y REDES ELÉCTRICAS E HIDRÁULICAS
T2.1.5.03	CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE BRIGADAS Y SIMULACROS
<b>Incluye:</b>	BRIGADAS DE PRIMEROS AUXILIOS, SIMULACROS DE EVACUACIÓN Y RESCATE, DE EXTINCIÓN DE INCENDIOS, ENTRE OTRAS
T2.1.5.04	SELECCIÓN, DOTACIÓN, MANTENIMIENTO, REPOSICIÓN Y REGISTRO DISCRIMINADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

42

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
<b>Incluye:</b>	SEGÚN DECRETO 1072 DE 2015 O DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012, MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 3368 DE 2014 PARA EL TRABAJO EN ALTURAS O DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE
T2.1.5.05	DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO
T2.1.5.06	DISEÑO Y UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN Y GUARDAS EN MÁQUINAS
<b>Incluye:</b>	DISPOSITIVOS DE ENCLAVAMIENTO, DE VALIDACIÓN, DISPOSITIVO SENSIBLE, DE RETENCIÓN MECÁNICA, DISPOSITIVO LIMITADOR, DISPOSITIVO DISUASORIO, MANDO SENSIBLE, MANDO A DOS MANOS, MANDO DE MARCHA A IMPULSOS, PARADA DE EMERGENCIA, ESTRUCTURA DE PROTECCIÓN GUARDAS DE TIPO FIJO, MÓVIL, REGULABLE, CON DISPOSITIVO DE ENCLAVAMIENTO, CON DISPOSITIVO DE ENCLAVAMIENTO Y BLOQUEO, ASOCIADO AL MANDO
T2.1.5.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE MANEJO DEFENSIVO Y SEGURIDAD VIAL
T2.1.5.11	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE MANEJO SEGURO DE HERRAMIENTAS, MÁQUINAS, EQUIPOS O ARMAS
<b>Incluye:</b>	CALDERAS, MONTACARGAS ENTRE OTROS
T2.1.5.12	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE NORMAS DE SEGURIDAD EN EL ALMACENAMIENTO
T2.1.5.13	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE SISTEMAS DE ALARMA
T2.1.5.14	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE RIESGOS ELÉCTRICOS
T2.1.5.15	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
T2.1.5.50	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE SEGURIDAD
<b>Capítulo 27 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES HACIA LA GESTIÓN EN SALUD OCUPACIONAL</b>	
<b>T9.</b>	<b>PROCESOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL Y TERRITORIAL EN SALUD OCUPACIONAL</b>
<b>T9.0.</b>	<b>NIVEL EMPRESARIAL</b>
<b>T9.0.1.</b>	<b>PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL</b>
T9.0.1.01	DISEÑO, PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN PERIÓDICA Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
<b>Incluye:</b>	SEGÚN DECRETO 1072 DE 2015 O DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE
T9.0.1.02	ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PANORAMA GENERAL DE FACTORES DE RIESGO
T9.0.1.03	ORGANIZACIÓN Y REGISTRO DEL FUNCIONAMIENTO PERMANENTE DEL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL
<b>T9.0.2.</b>	<b>PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES</b>
T9.0.2.01	DISEÑO, PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN PERIÓDICA Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES
<b>T9.0.3.</b>	<b>PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO</b>
T9.0.3.01	DISEÑO, PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN PERIÓDICA Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO
<b>T9.0.4.</b>	<b>REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)</b>



11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
T9.0.4.01	ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)
<b>T9.0.5.</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL</b>
T9.0.5.01	DISEÑO, PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN PERIÓDICA Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL
<b>Incluye:</b>	<i>SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES DE TRABAJO, DE ENFERMEDAD PROFESIONAL Y DE FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES; ANÁLISIS DE PERFILES DE MORBIMORTALIDAD DE ORIGEN COMÚN Y LABORAL</i>
T9.0.5.02	REGISTRO ACTUALIZADO Y ANÁLISIS DEL AUSENTISMO POR: ACIDENTE DE TRABAJO, ENFERMEDAD PROFESIONAL O ENFERMEDAD COMÚN
<b>T9.1.</b>	<b>NIVEL MUNICIPAL, DISTRITAL Y DEPARTAMENTAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LA ASISTENCIA TÉCNICA QUE LOS ENTES TERRITORIALES BRINDAN A LAS EMPRESAS, INSTITUCIONES PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS INCLUIDOS LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES [ARL] LAS ARP A SU VEZ PRESTAN ASESORÍA A LAS EMPRESAS, VIGILAN Y CONTROLAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL Y GARANTIZAN LA AFILIACIÓN DE LOS TRABAJADORES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES [SGRL]</i>
<b>T9.1.1.</b>	<b>PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL</b>
T9.1.1.01	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
T9.1.1.02	ASISTENCIA TÉCNICA EN LA EJECUCIÓN DEL PANORAMA GENERAL DE FACTORES DE RIESGO
T9.1.1.03	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DEL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL
<b>T9.1.2.</b>	<b>PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES</b>
T9.1.2.01	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES
<b>T9.1.3.</b>	<b>REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)</b>
T9.1.3.01	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DEL DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)
<b>T9.1.4.</b>	<b>SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL</b>
T9.1.4.01	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL
<b>T9.2.</b>	<b>NIVEL NACIONAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LA RESPONSABILIDAD QUE TIENEN LAS INSTITUCIONES (MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL EN COORDINACIÓN CON EL MINISTERIO DE SALUD) O SECTORES, SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES, SEGÚN DECRETO 1295 DE 1994 O NORMAS VIGENTES, ADEMÁS DE BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA A LOS ENTES TERRITORIALES</i>
<b>T9.2.1.</b>	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES</b>
T9.2.1.01	FORMULACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL Y EVALUACIÓN DE SU EJECUCIÓN
<b>T9.2.2.</b>	<b>SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL</b>
T9.2.2.01	FORMULACIÓN DE NORMAS DE ACREDITACIÓN Y ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LOS SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL
<b>T9.2.3.</b>	<b>AUDITORÍA EN SALUD OCUPACIONAL</b>
T9.2.3.01	FORMULACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE AUDITORÍA EN SALUD OCUPACIONAL
<b>T9.2.4.</b>	<b>REGULACIÓN Y EVALUACIÓN</b>

11 ABR 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
T9.2.4.01	REGULACIÓN DE LOS REQUISITOS MÍNIMOS, ESTÁNDARES DE CALIDAD Y LOS PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
T9.2.4.02	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS COMITÉS PARITARIOS DE SALUD OCUPACIONAL
T9.2.4.03	REGULACIÓN DE LOS REQUISITOS MÍNIMOS, ESTÁNDARES DE CALIDAD Y LOS PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES
T9.2.4.04	FORMULACIÓN Y REGULACIÓN DE PARÁMETROS TÉCNICOS PARA EL DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL
<b>Sección 04 SERVICIOS DE SALUD</b>	
<b>Capítulo 28 LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	
<b>S0.</b>	<b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b>
<b>Incluye:</b>	LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE UN USUARIO, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y DE DOTACIÓN ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y DE CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
<b>S0.1.</b>	<b>SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>
<b>Incluye:</b>	LOS REQUISITOS ESENCIALES ESTABLECIDOS POR REGLAMENTACIÓN VIGENTE, PARA LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA, FONIATRÍA Y FONOAUDILOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, TERAPIA RESPIRATORIA, OPTOMETRÍA, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, OFTAMOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, ENTRE OTROS
<b>S0.1.1.</b>	<b>CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD BAJA</b>
S0.1.1.00	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD BAJA SOD
<b>S0.1.2.</b>	<b>CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD MEDIANA</b>
S0.1.2.00	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD
<b>S0.1.3.</b>	<b>CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD ALTA</b>
S0.1.3.00	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD ALTA SOD
<b>S1.</b>	<b>SERVICIOS DE INTERNACIÓN [HOSPITALIZACIÓN]</b>
<b>Incluye:</b>	LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL INTRAMURAL DE UN USUARIO POR UN TIEMPO MAYOR A VEINTICUATRO (24) HORAS, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y DE DOTACIÓN ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y DE CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
<b>Excluye:</b>	CAMAS DE: TRABAJO DE PARTO, RECUPERACIÓN, DE OBSERVACIÓN, CUNAS COMPLEMENTO DE CAMA OBSTÉTRICA, LAS LOCALIZADAS EN SERVICIOS DE RAYOS X, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO CLÍNICO Y LAS DE ACOMPAÑANTE
<b>Simultáneo:</b>	EL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA INTERNACIÓN DEPENDERÁ DE LA CLASIFICACIÓN DEL SERVICIO OFRECIDO POR LA ENTIDAD PRESTADORA Y VERIFICADO POR LA DIRECCIÓN TERRITOTAL DE SALUD COMPETENTE
<b>S1.1.</b>	<b>INTERNACIÓN [HOSPITALIZACIÓN] GENERAL</b>
<b>Excluye:</b>	INTERNACIÓN ESPECIAL (S1.2.)
<b>S1.1.1.</b>	<b>INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA</b>
S1.1.1.01	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN UNIPERSONAL
S1.1.1.02	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN BIPERSONAL

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
S1.1.1.03	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN TRES CAMAS
S1.1.1.04	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS
<b>S1.1.2.</b>	<b>INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA</b>
S1.1.2.01	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN UNIPERSONAL
S1.1.2.02	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN BIPERSONAL
S1.1.2.03	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN TRES CAMAS
S1.1.2.04	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS
<b>S1.1.3.</b>	<b>INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA</b>
S1.1.3.01	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN UNIPERSONAL
S1.1.3.02	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN BIPERSONAL
S1.1.3.03	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN TRES CAMAS
S1.1.3.04	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS
<b>S1.2.</b>	<b>INTERNACIÓN [HOSPITALIZACIÓN] ESPECIAL</b>
<b>S1.2.1.</b>	<b>INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>
S1.2.1.01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL
S1.2.1.02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA
S1.2.1.03	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO
<b>S1.2.2.</b>	<b>INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b>
S1.2.2.01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATAL
S1.2.2.02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICA
S1.2.2.03	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO
<b>S1.2.3.</b>	<b>INTERNACIÓN EN UNIDAD DE QUEMADOS</b>
S1.2.3.01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE QUEMADOS, PEDIÁTRICA
S1.2.3.02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE QUEMADOS, ADULTO
<b>S1.2.4.</b>	<b>INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS BÁSICOS NEONATALES</b>
S1.2.4.00	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS BÁSICOS NEONATALES SOD
<b>S1.2.5.</b>	<b>INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO PALIATIVO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA ATENCIÓN EXCLUSIVA DEL PACIENTE CRÓNICO SOMÁTICO, MANEJO DEL DOLOR ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
S1.2.5.00	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO PALIATIVO SOD
<b>S1.2.6.</b>	<b>INTERNACIÓN EN UNIDAD DE AISLAMIENTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES TRANSPLANTADOS, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
<b>Excluye:</b>	<i>INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (S1.2.7.) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (S1.2.1.), INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD BAJA, MEDIANA O ALTA, HABITACIÓN UNIPERSONAL (S1.1.1.01, S1.1.2.01, S1.1.3.01)</i>
S1.2.6.00	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE AISLAMIENTO SOD
<b>S1.2.7.</b>	<b>INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL</b>
<b>Incluye:</b>	<i>AQUELLA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS, FARMACODEPENDENCIA, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>
S1.2.7.01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA
S1.2.7.10	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA
S1.2.7.20	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA
<b>S1.2.8.</b>	<b>INTERNACIÓN PARCIAL</b>

52

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
S1.2.8.01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN NO HOSPITALARIA (GRANJA PROTEGIDA, TALLER PROTEGIDO, CENTRO OCUPACIONAL O RESIDENCIA PROTEGIDA)
S1.2.8.02	INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DÍA)
<b>S2.</b>	<b>SERVICIOS DE SALA (TIPOS DE SALA)</b>
<b>Simultáneo:</b>	<i>EL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA SALA DEPENDERÁ DE LA CLASIFICACIÓN DEL SERVICIO OFRECIDO POR LA INSTITUCIÓN PRESTADORA Y VERIFICADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD COMPETENTE, SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y DE CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD</i>
<b>S2.0.</b>	<b>SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS)</b>
<b>S2.0.0.</b>	<b>SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) COMPLEJIDAD BAJA</b>
S2.0.0.00	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD
<b>S2.0.1.</b>	<b>SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) COMPLEJIDAD MEDIANA</b>
S2.0.1.00	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD
<b>S2.0.2.</b>	<b>SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) COMPLEJIDAD ALTA</b>
S2.0.2.00	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD
<b>S2.1.</b>	<b>SALA DE PARTO</b>
<b>Incluye:</b>	<i>UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS, INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y DOTACION BÁSICA SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES</i>
<b>S2.1.1.</b>	<b>SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD BAJA</b>
S2.1.1.00	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD BAJA SOD
<b>S2.1.2.</b>	<b>SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD MEDIANA</b>
S2.1.2.00	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD
<b>S2.2.</b>	<b>SALA DE PROCEDIMIENTOS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>UTILIZACIÓN DE RECURSO HUMANO, INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y LA DOTACIÓN BÁSICA, SEGÚN REGLAMENTACION VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES</i>
<b>Excluye:</b>	<i>SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) (S2.3.)</i>
<b>S2.2.1.</b>	<b>SALA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICA</b>
S2.2.1.01	SALA DE CURACIONES
S2.2.1.02	SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)
S2.2.1.03	SALA DE YESOS
S2.2.1.04	SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS
<b>S2.2.2.</b>	<b>SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL</b>
S2.2.2.01	SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS
S2.2.2.20	SALA DE HEMODIÁLISIS
S2.2.2.21	SALA DE HEMODINAMIA
S2.2.2.22	SALA DE QUIMIOTERAPIA
S2.2.2.23	SALA DE DIÁLISIS PERITONEAL
S2.2.2.24	SALA DE ENDOSCOPIA
<b>S2.3.</b>	<b>SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>UTILIZACIÓN DE RECURSO HUMANO, INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y LA DOTACIÓN BASICA, SEGÚN REGLAMENTACION VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES</i>
<b>S2.3.1.</b>	<b>SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD BAJA</b>
S2.3.1.00	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD
<b>S2.3.2.</b>	<b>SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA</b>
S2.3.2.00	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD
<b>S2.3.3.</b>	<b>SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD ALTA</b>
S2.3.3.00	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD
<b>S3.</b>	<b>SERVICIOS DE TRASLADO [TRANSPORTE] DE PACIENTES</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	<b>(AMBULANCIA)</b>
Incluye:	UTILIZACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL (VEHÍCULO), RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS CALIFICADOS, DOTACIÓN BÁSICA Y REQUISITOS MÍNIMOS, PARA EL TRANSPORTE EXCLUSIVO DE PACIENTES, SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC 3729 DEL 30 DE MAYO DE 2001
<b>S3.1.</b>	<b>SERVICIO DE TRASLADO BÁSICO DE PACIENTES [TAB]</b>
Incluye:	LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE UNIDAD MÓVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO REAL O POTENCIAL NO PRECISEN CIUDADO ASISTENCIAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE
<b>S3.1.1.</b>	<b>TRASLADO ACUÁTICO BÁSICO DE PACIENTES</b>
S3.1.1.01	TRASLADO ACUÁTICO BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO
S3.1.1.02	TRASLADO ACUÁTICO BÁSICO DE PACIENTES, SECUNDARIO
<b>S3.1.2.</b>	<b>TRASLADO AÉREO BÁSICO DE PACIENTES</b>
S3.1.2.01	TRASLADO AÉREO BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO
S3.1.2.02	TRASLADO AÉREO BÁSICO DE PACIENTES, SECUNDARIO
<b>S3.1.3.</b>	<b>TRASLADO TERRESTRE BÁSICO</b>
S3.1.3.01	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO
S3.1.3.02	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, SECUNDARIO
<b>S3.3.</b>	<b>SERVICIO DE TRASLADO MEDICALIZADO DE PACIENTES [TAM]</b>
Incluye:	LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE UNIDAD MÓVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO POTENCIAL ES DE ALTO RIESGO Y REQUIEREN EQUIPAMIENTO, MATERIAL Y PERSONAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE; LAS HAY PARA ADULTOS, NEONATALES Y MIXTAS
<b>S3.3.1.</b>	<b>TRASLADO ACUÁTICO MEDICALIZADO DE PACIENTES</b>
S3.3.1.01	TRASLADO ACUÁTICO MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO
S3.3.1.02	TRASLADO ACUÁTICO MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO
<b>S3.3.2.</b>	<b>TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES</b>
S3.3.2.01	TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO
S3.3.2.02	TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO
<b>S3.3.3.</b>	<b>TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO</b>
S3.3.3.01	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO
S3.3.3.02	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO
<b>S3.4.</b>	<b>SERVICIO PREHOSPITALARIO</b>
<b>S3.4.0.</b>	<b>SERVICIO PREHOSPITALARIO Y APOYO TERAPÉUTICO EN UNIDADES MÓVILES</b>
Incluye:	EL CONJUNTO DE UNIDADES MÓVILES, RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE, PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS O EMERGENCIAS, DISPONIBLES PARA DESPLAZARSE EN FORMA OPORTUNA AL LUGAR DE OCURRENCIA DE EMERGENCIA, URGENCIA O DESASTRE PARA BRINDAR LA ATENCIÓN INICIAL POR CUALQUIER AFECCIÓN, MANTENER ESTABILIZADO EL PACIENTE Y TRASLADARLO A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ADEMÁS DE ORIENTAR RESPECTO DE LAS CONDUCTAS PROVISIONALES QUE SE DEBEN ASUMIR MIENTRAS SE PRODUCE EL CONTACTO DE LA UNIDAD MÓVIL CON LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
S3.4.0.00	SERVICIO PREHOSPITALARIO Y APOYO TERAPÉUTICO EN UNIDADES MÓVILES SOD
<b>S3.4.1.</b>	<b>TRASLADO ACUÁTICO EN ZONA DE DISPERSIÓN</b>
S3.4.1.01	TRASLADO ACUÁTICO EN ZONA DE DISPERSIÓN
<b>S3.4.2.</b>	<b>TRASLADO AÉREO EN ZONA DE DISPERSIÓN</b>

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
S3.4.2.01	TRASLADO AÉREO EN ZONA DE DISPERSIÓN
<b>S3.4.3.</b>	<b>TRASLADO TERRESTRE EN ZONA DE DISPERSIÓN</b>
S3.4.3.01	TRASLADO TERRESTRE EN ZONA DE DISPERSIÓN
<b>S4.</b>	<b>SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (ALIMENTACIÓN)</b>
<b>Incluye:</b>	<i>LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE UN USUARIO, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y DE DOTACIÓN ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y DE CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD</i>
<b>S4.1.</b>	<b>SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (ALIMENTACIÓN)</b>
<b>S4.1.0.</b>	<b>SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (ALIMENTACIÓN) EN INTERNACIÓN</b>
S4.1.0.01	SERVICIO DE LACTARIO
S4.1.0.02	SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA EN INTERNACIÓN
<b>S4.2.</b>	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA</b>
<b>S4.2.1.</b>	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD BAJA</b>
S4.2.1.00	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD BAJA SOD
<b>S4.2.2.</b>	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD MEDIANA</b>
S4.2.2.00	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD
<b>S4.2.3.</b>	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD ALTA</b>
S4.2.3.00	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD ALTA SOD
<b>S4.3.</b>	<b>SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN</b>
<b>S4.3.1.</b>	<b>SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD BAJA</b>
S4.3.1.00	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD BAJA SOD
<b>S4.3.2.</b>	<b>SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD MEDIANA</b>
S4.3.2.00	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD
<b>S4.3.3.</b>	<b>SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD ALTA</b>
S4.3.3.00	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD ALTA SOD
<b>S4.8.</b>	<b>OTROS SERVICIOS</b>
<b>S4.8.1.</b>	<b>SERVICIOS HISTOTECNOLÓGICOS EN LÁMINAS</b>
<b>Incluye:</b>	<i>SUPERVISIÓN Y CONTROL DE CALIDAD EN EL PROCESAMIENTO TÉCNICO DE TEJIDO, DESHIDRATACIÓN, ACLARACIÓN, EMBIBICIÓN, INCLUSIÓN Y COLORACIÓN</i>
S4.8.1.00	PREPARACIÓN DE LÁMINA HISTOLÓGICA O CITOLÓGICA SOD
<b>S4.8.2.</b>	<b>SERVICIO DE MORGUE</b>
S4.8.2.01	SERVICIO TÉCNICO POST MORTEM
<b>Incluye:</b>	<i>EMBALSAMAMIENTO</i>
<b>S5.</b>	<b>SERVICIO DE POBLACIÓN INDÍGENA</b>
<b>S5.0.</b>	<b>SERVICIOS DE POBLACIÓN INDÍGENA</b>
<b>S5.0.0.</b>	<b>SERVICIO EN POBLACIÓN INDÍGENA</b>
S5.0.0.01	CASA DE PASO
S5.0.0.02	GUÍAS BILINGÜES
S5.0.0.03	ACCIONES INDIVIDUALES DE MEDICINA TRADICIONAL
S5.0.0.04	ACCIONES INDIVIDUALES DE ADECUACIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INDÍGENA
S5.0.0.05	ACCIONES INDIVIDUALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD INDÍGENA
S5.0.0.07	TRANSPORTE URBANO
S5.0.0.08	TRANSPORTE INTERMUNICIPAL TERRESTRE
S5.0.0.09	TRANSPORTE INTERMUNICIPAL FLUVIAL