MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ACTUALIZACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD (CUPS)

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Bogotá, mayo de 2017

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN
Presidente de la República

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO
Director de Regulación, Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ
Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento

Marzo de 2017

LIDERES TÉCNICOS

OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO

EQUIPO TÉCNICO

RUTH MAGALLY DEVIA DÍAZ

LILIANA ISABEL BOUDE

YOHANA PATRICIA GÓMEZ DUARTE

EDELBERTO GÓMEZ VERGARA

SONIA CECILIA NARVÁEZ DE MEJÍA

GUILLERMO ARTURO RICO GONZÁLEZ

DOLORES AMPARO VALDERRAMA

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 12
2 JUSTIFICACIÓN 13
3 OBJETIVOS 13
3.1 OBJETIVO GENERAL 13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 13
4 GENERALIDADES DE LA CUPS 13
5 MARCO NORMATIVO 15
6 METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS 16
6.1 REGLAS DE CLASIFICACIÓN 17
6.2 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 19
6.3 ALISTAMIENTO PARA EL CONSENSO 20
6.4 CONFORMACIÓN DE MESAS DE TRABAJO 20
6.5 CONSENSO MESA DE TRABAJO 20
6.5.1 MODALIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS SESIONES DE CONSENSO 21
6.6 TRAZABILIDAD 22
6.7 PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO 27
6.8 VALIDACIÓN 27
6.9 ACTO ADMINISTRATIVO 27
6.10 SEGUIMIENTO AL IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA CUPS 27
7 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS PARA CONSULTAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS 28
7.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 28
7.2 CONSENSO MESA DE TRABAJO 36
7.3 TRAZABILIDAD 36
7.4 RESULTADOS RESOLUCIÓN 1352 DE 2016 38
7.4.1 PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO 38
7.4.2 VALIDACIÓN 38
7.4.3 TRAZABILIDAD GENERAL RESOLUCIÓN 1352 de 2016 39
7.4.4 ACTO ADMINISTRATIVO 40

7.4.5 SEGUIMIENTO AL IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA CUPS 40
7.4.6 CONCLUSIONES 40
7.4.7 RECOMENDACIONES 41
8 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD 42
8.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 42
8.2 CONSENSO MESA DE TRABAJO 44
8.3 TRAZABILIDAD 45
9 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA 47
9.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 47
9.2 CONSENSO MESA DE TRABAJO 47
9.3 TRAZABILIDAD 48
10 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR Y CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA 51
10.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 51
10.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 51
10.3 TRAZABILIDAD 53
11 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y REHABILITACIÓN CARDÍACA 57
11.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 57
11.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 57
11.3 TRAZABILIDAD 58
12 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA 63
12.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 63
12.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 63
12.3 TRAZABILIDAD 64
13 Articulación Sistema cardiovascular 68
14 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA 69

14.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES....69
14.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO....69
14.3 TRAZABILIDAD....70
15 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE Radiología general e intervencionista....73
15.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES....73
15.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO....73
15.3 TRAZABILIDAD....74
16 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE Neurología....77
16.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES....77
16.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO....77
16.3 TRAZABILIDAD....78
17 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE Retinología....81
17.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES....81
17.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO....81
17.3 TRAZABILIDAD....81
18 RESULTADOS RESOLUCIÓN 5975 DE 2016 *"POR LA CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN 4678 DE 2015, QUE ADOPTA LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD —CUPS- EN SU ANEXO TÉCNICO N. 1 Y SE SUSTITUYE EL ANEXO TÉCNICO N. 2"*....85
18.1 PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO....85
18.2 VALIDACIÓN....86
18.3 TRAZABILIDAD GENERAL RESOLUCIÓN 5975 DE 2016....87
18.4 ACTO ADMINISTRATIVO....88
18.5 SEGUIMIENTO AL IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA CUPS....88
18.6 CONCLUSIONES....88
18.7 RECOMENDACIONES....88
19 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA....90
19.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES....90

19.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 90
19.3 TRAZABILIDAD 91
20 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX 93
20.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 93
20.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 93
20.3 TRAZABILIDAD 94
21 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA 97
21.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 97
21.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 97
21.3 TRAZABILIDAD 98
22 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA 100
22.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 100
22.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 100
22.3 TRAZABILIDAD 101
23 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE AUDIOLOGÍA Y FONOAUDIOLOGÍA 104
23.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 104
23.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 104
23.3 TRAZABILIDAD 105
24 ARTICULACIÓN ENTRE OTORRINOLARINGOLOGÍA, OTOLOGÍA, NEUROTOLOGÍA, CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, AUDIOLOGÍA Y FONOAUDIOLOGÍA 107
25 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA ACTUALIZACIÓN CUPS – ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA 108
25.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 108
25.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 108
25.3 TRAZABILIDAD 109
26 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA ALTERNATIVA 111
26.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 111

26.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 111
26.3 TRAZABILIDAD 112
27 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA 114
27.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 114
27.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 114
27.3 TRAZABILIDAD 114
28 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL 116
28.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 116
28.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 116
28.3 TRAZABILIDAD 117
29 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA 119
29.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 119
29.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 119
29.3 TRAZABILIDAD 120
30 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA 122
30.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES 122
30.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO 122
30.3 TRAZABILIDAD 122
31 RESULTADOS RESOLUCIÓN 1132 DE 2017 124
31.1 PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO 124
31.2 VALIDACIÓN 125
31.3 TRAZABILIDAD GENERAL RESOLUCIÓN 1132 DE 2017 126
31.4 ACTO ADMINISTRATIVO 127
31.5 SEGUIMIENTO AL IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA CUPS 127
31.6 CONCLUSIONES 127
31.7 RECOMENDACIONES 128

32 RESOLUCIÓN 3804 DE 2016 *"Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS"* 130
33 TRABAJOS CITADOS 130
34 ANEXOS 134
35 ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS 548
36 GLOSARIO 549
37 BIBLIOGRAFÍA 551

Tabla de tablas

Tabla 1 Descripción de los contenidos en la estructura de la CUPS 14
Tabla 2 Servicios de atención de salud 14
Tabla 3 Descripción de los contenidos en la estructura de la CUPS 15
Tabla 4 Ficha Técnica de Actualización CUPS 20
Tabla 5 Estructura registro de trazabilidad CUPS 23
Tabla 6 Trazabilidad Código Único de Procedimientos en Salud - CUPS 23
Tabla 7 Ejemplo de modificación 1 24
Tabla 8 Ejemplo de modificación 2 24
Tabla 9 Ejemplo de modificación 3 – siglas o abreviaturas, términos, puntuación 25
Tabla 10 Ejemplo de modificación 4 25
Tabla 11 Ejemplo de modificación 5 25
Tabla 12 Ejemplo de modificación 6 Res. 1352_2016 26
Tabla 13 Ejemplo de modificación 7 Res. 5975_2016 26
Tabla 14 Ejemplo de modificación 8 27
Tabla 15 Trazabilidad Res_1352 de 2016 36
Tabla 16 Trazabilidad general actualización de la CUPS RES. 1352_2016 39
Tabla 17 Cuadro resumen de propuestas de inclusión consenso ACOCIB 45
Tabla 18 Trazabilidad CUPS ACOCIB 45
Tabla 19 Resumen trazabilidad ACOCIB 46
Tabla 20 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso ACRO 48
Tabla 21 Trazabilidad CUPS ACRO 48
Tabla 22 Resumen trazabilidad ACRO 50
Tabla 23 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso Hemodinamia 51
Tabla 24 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso Cardiología pediátrica 52

Tabla 25 Trazabilidad CUPS Hemodinamia y Cardiología Pediátrica 53
Tabla 26 Trazabilidad Hemodinamia e intervencionismo 55
Tabla 27 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso Cirugía cardiovascular 57
Tabla 28 Cuadro resumen de propuestas de ajuste Rehabilitación Cardíaca 58
Tabla 29 Trazabilidad CUPS Cirugía cardiovascular y Rehabilitación cardíaca 58
Tabla 30 Tabla 29 Trazabilidad Cirugía cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca 62
Tabla 31 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso Electrofisiología 63
Tabla 32 Trazabilidad CUPS Electrofisiología 64
Tabla 33 Trazabilidad Electrofisiología Cardiovascular 67
Tabla 34 Cuadro resumen de propuestas de ajuste Consenso Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva 69
Tabla 35 Trazabilidad CUPS Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva 70
Tabla 36 Trazabilidad de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva 72
Tabla 37 Cuadro resumen propuestas de ajuste Consenso Radiología 73
Tabla 38 Trazabilidad CUPS Radiología 74
Tabla 39 Cuadro resumen trazabilidad de procedimientos Radiología general e intervencionista 76
Tabla 40 Cuadro resumen de propuestas de ajuste Consenso Neurología 77
Tabla 41 Trazabilidad Neurología 78
Tabla 42 Cuadro resumen trazabilidad de procedimientos Neurología 79
Tabla 43 Cuadro resumen del Consenso Retinología 81
Tabla 44 Trazabilidad Retinología 82
Tabla 45 Cuadro resumen trazabilidad de procedimientos Retinología 84
Tabla 46 Trazabilidad general actualización y reordenamiento de la CUPS 87
Tabla 47. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con la especialidad de Urología 90
Tabla 48 Trazabilidad CUPS UROLOGÍA 91
Tabla 49 Trazabilidad Urología 92
Tabla 50 Trazabilidad general actualización y reordenamiento de la CUPS 126

Tabla de gráficos

Gráfico 2 Pasos metodológicos para la Actualización de la CUPS 17

Anexo 1 Participantes a proceso de actualización CUPS 2016 - primer trimestre 2017 134
Anexo 2 PROPUESTAS DE INCLUSIÓN ESPECIALIDADES MÉDICAS 143
Anexo 3 TABLA DE CORRESPONDENCIAS 147
Anexo 4 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Bariátrica y Obesidad 179

Anexo 5 Ficha Técnica de Actualización Radioterapia Oncológica 184
Anexo 6 Ficha Técnica de Actualización Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular 191
Anexo 7 Ficha Técnica de Cardiología Pediátrica 196
Anexo 8 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Cardiovascular 199
Anexo 9 Ficha Técnica de Rehabilitación Cardíaca 223
Anexo 10 Ficha Técnica de Actualización Electrofisiología 225
Anexo 11 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Plástica 251
Anexo 12 Ficha Técnica de Actualización Radiología 256
Anexo 13 Ficha Técnica de Actualización Neurología 262
Anexo 14 Ficha Técnica de Actualización Retinología 265
Anexo 15 Ficha Técnica de Actualización Urología 267
Anexo 16 Ficha Técnica de Actualización Neumología y Cirugía de Tórax 276
Anexo 17 Ficha Técnica de Actualización de Otología y Neurotología 288
Anexo 18 Ficha Técnica de Actualización Otorrinolaringología 321
Anexo 19 Ficha Técnica de Actualización de Ortopedia y traumatología 378
Anexo 20 Ficha Técnica de Actualización de Medicinas Alternativas 438
Anexo 21 Ficha Técnica de Actualización de Reumatología 440
Anexo 22 Ficha Técnica de Actualización de Cirugía 447
Anexo 23 Ficha Técnica de Actualización de Coloproctología 533
Anexo 24 Ficha Técnica de Actualización de Neurología 547

1 INTRODUCCIÓN

En el presente documento se encuentra la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-, realizada para el año 2016 y primer trimestre de 2017, con la metodología para la actualización de la CUPS empleada durante el año 2015.

En el marco del proceso de actualización del año 2015, se obtuvieron hallazgos como falta de codificación de procedimientos, duplicidad en los mismos, descripciones inadecuadas, procedimientos obsoletos y, en general, desactualización de aproximadamente una década, así como la falta de un procedimiento institucionalizado para la actualización de la CUPS; generando múltiples consultas de la ciudadanía, dificultades en el reporte de información y un inadecuado intercambio de información entre los actores del sistema. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, en adelante Dirección de Beneficios, procurando dar respuesta a estas necesidades continuó con la actualización de la CUPS durante el año 2016 y lo corrido del 2017.

En este contexto la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, efectuó los análisis técnicos y desarrolló sesiones de consenso con los expertos de diversas agremiaciones de profesionales de la salud o sociedades científicas como: la Asociación Colombiana de Radiología (ACR), la Asociación Colombiana de Cirugía Bariátrica y Obesidad (ACOCIB), la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (SCC), el Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular, la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva (SCCP); la Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (ACRO), el Colegio Colombiano de Electrofisiología, la Sociedad Colombiana de Neurología y la Asociación Colombiana de Retina y Vítreo, 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), entre otros.

A todos ellos se agradece su participación activa y desinteresada por el logro de la actualización y su compromiso para continuar siendo parte de las mesas permanentes de trabajo para la actualización y seguimiento de la CUPS.

El presente documento se compone de cuatro partes construidas de forma simultánea al desarrollo de la metodología para la actualización de la CUPS:

- La primera parte contiene la actualización del marco normativo para la CUPS y los objetivos.

- La segunda parte presenta la metodología aplicada y los resultados de la actualización de la CUPS del año 2016 y primer trimestre del año 2017, con la participación de las Comunidades Médicas.
- Una tercera parte presenta la institucionalización del procedimiento para la actualización de la CUPS, la metodología y los formatos.

Por último, se incluye el glosario de términos y la lista de siglas y abreviaturas empleadas a lo largo del documento.

2 JUSTIFICACIÓN

La Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS, es la herramienta de comunicación entre los diversos actores del SGSSS y debe estar acorde con los avances técnico científicos y la dinámica de la práctica clínica actual, por tanto, se hace necesario mantenerla actualizada, mediante un proceso estandarizado, técnico, continuo, participativo y transparente, construido en conjunto con los expertos del país.

De otra parte, el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, estableció el deber de los agentes del Sistema de suministrar la información que requiera este Ministerio, en los términos y condiciones que se determinen, en el contexto de la política para el manejo de la información en salud en cuya aplicación se enmarca la actualización de la CUPS; permitiendo la participación de los diferentes actores que intervienen en el Sistema de Salud y contribuyendo al desarrollo del sistema único de información.

En cumplimiento de lo anterior y en desarrollo de los principios de participación social y transparencia que rigen el sector, se muestra en el presente documento la actualización de la CUPS del año 2016 y primer trimestre del 2017, siendo de carácter informativo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Presentar la metodología y los resultados obtenidos en la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS, durante el año 2016 y el primer trimestre del año 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Consolidar las propuestas de actualización de la CUPS realizadas por las diferentes agremiaciones de profesionales de la salud.
- Analizar las propuestas de actualización de la CUPS con los profesionales expertos delegados por las diferentes agremiaciones de profesionales de la salud.
- Estandarizar los procedimientos en salud con los expertos de cada especialidad.

4 GENERALIDADES DE LA CUPS

La CUPS, está contenida en la Resolución 4678 de 2015 y está compuesta por el Anexo Técnico 1 "Manual de Uso" y el Anexo Técnico 2 "Lista Tabular"; este último consta de cinco secciones como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1 Descripción de los contenidos en la estructura de la CUPS

DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS EN LA ESTRUCTURA DEL CÓDIGO CUPS			
No.	**Tipo de procedimiento - Sección**	**No.**	**Ubicación del procedimiento - Capítulo**
00	Procedimientos quirúrgicos	**01-14**	El nombre del sistema u órgano anatomo-fisiológico correspondiente
01	Procedimientos no quirúrgicos	**15-24**	El nombre genérico de un grupo de procedimientos excepto el capítulo 24 que es una miscelánea de procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidas intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, entre otros
02	Procedimientos e intervenciones sobre la comunidad, su entorno y salud	**25**	El enfoque hacia la colectividad
03	Procedimientos e intervenciones hacia la protección de la salud de los trabajadores	**26 y 27**	El proceso hacia el cual se dirigen las acciones
04	Servicios de salud	**28**	Los servicios de salud

Fuente: Resolución 4678 de 2015.

De otra parte, en el Capítulo 28 que organiza los Servicios en la Atención de Salud [Hospitalarios] en cinco grupos con sus correspondientes niveles jerárquicos (subgrupos, categorías y subcategorías) identificados por caracteres alfanuméricos así:

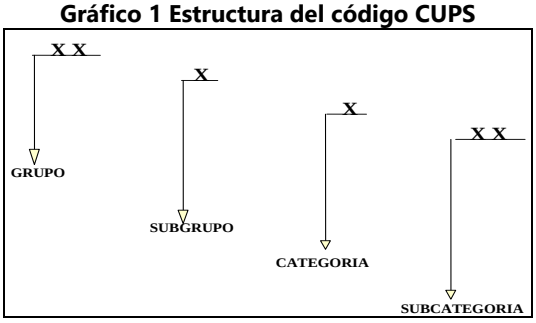
Tabla 2 Servicios de atención de salud

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD	
No.	**ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD**
S0	Ambulatoria
S1	Internación [Hospitalización]
S2	Tipos de Sala
S3	Traslado de Pacientes (ambulancia)
S4	Servicios de apoyo en la atención de salud
S5	Servicios en la Población Indígena

Fuente: Resolución 4678 de 2015.

A las secciones se suma la estructura del código CUPS según los niveles jerárquicos, los que se describen a continuación y representan a continuación:

Gráfico 1 Estructura del código CUPS



Fuente: Resolución 4678 de 2015

En la siguiente tabla se especifica con más detalle la estructura de la CUPS:

Tabla 3 Descripción de los contenidos en la estructura de la CUPS

DESCRIPCIÓN DE LOS CONTENIDOS EN LA ESTRUCTURA DEL CÓDIGO CUPS	
No.	**Grupo de procedimiento**
01-14	El zona anatómica específico(a)
15-24	La unidad de producción específica
25	El proceso en la colectividad
26 y 27	Las condiciones, factores y tipos de proceso en el trabajo
28	Los servicios de salud
No.	**Subgrupo de procedimiento**
01 al 86	Tipo de procedimiento
87 y 88	Tipo de imagen
90 y 91	Tipo de área técnica
89, 92 al 99	Tipo de acción
A1 al A5	Tipo de estrategia
T1 y T2 – T9	Tipo de fase y Tipo de nivel (institucional o territorial)
S0, S1, S2, S3, S4 y S5	Tipo de servicios
	Categoría
	Indica en forma genérica o global la nomenclatura del procedimiento o intervención. Se exceptúan los subgrupos T10 al T21 donde el nivel de categoría identifica el tipo de riesgo.
	Subcategoría
	Define con mayor precisión y detalle el procedimiento genérico de acuerdo a variables como: especificidad de la región operatoria o diagnóstica, técnica, tecnología, extensión, disciplina del conocimiento, agente etiopatogénico, tipo de muestra entre otras.

Fuente: Resolución 4678 de 2015.

5 MARCO NORMATIVO

La CUPS, se constituye como herramienta fundamental de comunicación entre los actores del SGSSS y por tanto de los sistemas de información en salud, siendo obligación del Ministerio de Salud y Protección Social articular y manejar la administración de la información, atendiendo a lo dispuesto en:

- **Ley 1438 de 2011"POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES",** específicamente el Capítulo IIIII Calidad y Sistemas de Información, Artículo 112. Articulación del sistema de información, Artículo 113. Sistema de Información Integrado del Sector Salud y Artículo 114. Obligación de reportar.

- **Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Capítulo IX. Buen gobierno, *Objetivo 4. "Optimizar la gestión de la información.*** *Una gestión óptima de la información es uno de los principales pilares de un Estado moderno al servicio de los ciudadanos, en otras palabras es uno de los fundamentos del Buen gobierno. (…) propone acciones en cuanto a producción y difusión de estadísticas, arreglos institucionales para la gestión de la información y sistemas de información, entre otros aspectos".*

- **Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015** "**POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".** Artículo 19. – (…) "se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y

financieros. Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine".

En virtud de lo anterior, en el año 2015, la Dirección de Beneficios, retomó el proceso de actualización y expidió la Resolución 4678 de 2015 por la cual se adoptó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS, que en la actualidad se encuentra vigente. De igual forma, 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 definiendo los mecanismos para su actualización periódica 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.

Asimismo, 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.

6 METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS

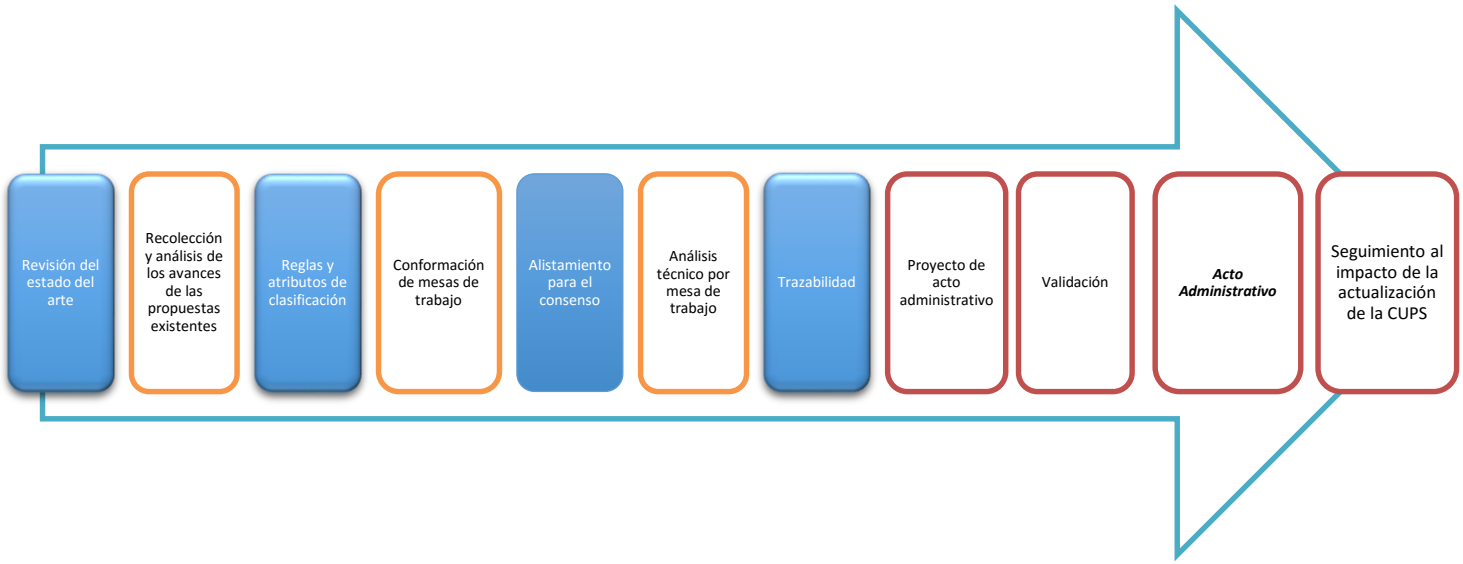
Para el proceso de actualización del año 2016, se inicia con la revisión bibliográfica de las codificaciones y clasificaciones de procedimientos en salud de países como España, México, Francia, Estados Unidos de América, Chile, Argentina, Ecuador y Brasil llegando a la conclusión que hasta tanto se adopte y se adapte una nueva clasificación internacional, se continuará con la aplicación de la metodología construida y aprobada por la academia[1] en el año 2015, dado que responde a las necesidades del país en cuanto al intercambio de información en salud. Dentro de las pretensiones del país se encuentra ser miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que actualmente ha desarrollado una codificación en cooperación con países miembros de su organización.

En tanto lo anterior, la metodología aplicada en el año 2016 para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos –CUPS-, conlleva una serie pasos, presentados en forma esquemática en la siguiente ilustración. Posterior a la aplicación de la metodología ya publicada durante el año 2015 se muestra a continuación la actualización obedeciendo a la normatividad actual Res. 4678 de 2015. Esta metodología fue construida y aprobada por la Dirección de Regulación de Beneficios[2] y socializada al interior de Minsalud, a la academia, asociaciones médicas y expertos partícipes en su desarrollo.

[1] El Grupo Base de trabajo se conformó inicialmente por un profesional en bacteriología y laboratorio clínico y dos médicos, quienes elaboraron la propuesta. Posteriormente se incorporan al grupo base dos médicos, dos médicos y abogados y otro profesional en bacteriología y laboratorio clínico.

[2] El Grupo Base de trabajo se conformó inicialmente por un profesional en bacteriología y laboratorio clínico y dos médicos, quienes elaboraron la propuesta. Posteriormente se incorporan al grupo base dos médicos, dos médicos y abogados y otro profesional en bacteriología y laboratorio clínico.

Gráfico 2 Pasos metodológicos para la Actualización de la CUPS



Pasos generales
Pasos específicos por especialidad o área técnica
Pasos tras el resultado

Elaboración propia del autor

A continuación se describe la actualización de cada uno de los pasos anteriormente mencionados:

6.1 REGLAS DE CLASIFICACIÓN

Continuando con el proceso de actualización de la CUPS se actualizan las Reglas de CUPS, respondiendo a la normatividad vigente (Res. 4678/2015) así:

1) Lea y aplique el Manual de Uso de la CUPS contenido en la Resolución 4678 de 2015.
2) Todo procedimiento en salud debe estar clasificado en la CUPS.[3]
3) La codificación de nuevos procedimientos se da antes de su introducción en la práctica.[4]
4) La codificación del procedimiento debe permitir su uso en el sistema único de información en salud - SUIS.[5]
5) Los nuevos procedimientos deberán seguir la secuencia de pasos para la inclusión, exclusión o modificación definidos en la Ficha Técnica de Actualización -CUPS, diligenciada por las sociedades.
6) No repita códigos.

[3] La regla está supeditada a la posterior implementación de la instancia responsable del control y vigilancia de los procedimientos en salud.
[4] Ídem.
[5] Ley 1751 de 2015, artículo 19. Política para el manejo de la información en salud, en relación con el sistema único de información en salud.

7) No repita nomenclaturas o descripciones.

8) No recicle códigos.

9) Verifique que la propuesta no se encuentre ya denominada o sea equivalente a otro procedimiento en la lista oficial de la CUPS.

10) No incluya diagnósticos, ni epónimos, ni nombres de microorganismos en la nomenclatura del procedimiento.[6]

11) La nomenclatura del procedimiento debe ser clara, específica, que permita su comparabilidad con los parámetros internacionales.[7]

12) El procedimiento contiene el conjunto de actividades necesarias para cumplir su propósito.

13) Mantenga la secuencia lógica de codificación.[8]

14) El cambio de descriptor de un procedimiento o de su codificación debe ser consensuado con expertos del país.

15) No desligue la descripción o nomenclatura al código numérico original, es decir, cada modificación o inclusión tendrá un nuevo código numérico y su respectiva descripción o nomenclatura, excepto cuando se dé lugar al ajuste en la redacción de la descripción para su mayor precisión.

16) Proporcione definiciones estándar y terminología precisa, es decir, el procedimientos se debe definir con precisión.

17) El nuevo código debe corresponder a las características de la nomenclatura independiente de quién o dónde se realiza el procedimiento o la frecuencia del procedimiento.

18) La CUPS estará disponible como lista tabular e índice.

Los atributos y principios del reordenamiento y actualización de la CUPS están basados en la revisión de literatura realizada, y quedan así:

1) Completo: existe un único código para todos los procedimientos, es decir que abarca todo el conjunto de actividades en salud.

2) Expandible: la estructura permite incorporar fácilmente como un código único nuevos procedimientos.

[6] La regla está supeditada a la posterior implementación de la instancia responsable del control y vigilancia de los procedimientos en salud.
[7] Ídem.
[8] La regla está supeditada a la posterior implementación de la instancia responsable del control y vigilancia de los procedimientos en salud.

3) Multiaxial: los códigos constan de caracteres independientes entre sí, cada uno tiene su significado a través de un amplio rango de códigos para la posible ampliación.

4) Terminología estandarizada: la CUPS puede incluir definiciones de la terminología usada, y no podrá asignar múltiples significados a un mismo término.

5) La información de diagnóstico no está incluida en la descripción del procedimiento: Solo los códigos de diagnóstico especifican la enfermedad.

6) Descripción específica: todos los componentes del procedimiento deben especificarse, por tanto, es requerido en cada componente del procedimiento y se limita el uso de los términos "no especificado", "no clasificado en otro lugar", como ocurre con procedimientos que son clasificadas como "otro dispositivo", "Sin Otra Desagregación – SOD", "No Clasificable bajo Otro Concepto- NCOC".

7) Fácil uso: debe utilizar definiciones y terminología adecuada y de fácil interpretación para todos los usuarios.

8) Neutralidad: independientemente de quién o dónde se realiza el procedimiento, debe ser codificado de la misma manera siempre.

6.2 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Para cada especialidad o área técnica a trabajar se realiza la exploración de los datos disponibles al momento de iniciar las mesas de trabajo.

Antes de iniciar el consenso con las diferentes mesas de trabajo se estandariza entre los integrantes del grupo técnico de la Dirección de Beneficios, la lectura de las propuestas consignadas en las Fichas Técnicas de Actualización CUPS de cada agremiación o sociedad científica, y el subsecuente análisis interno, aplicando las Reglas de CUPS actualizadas conforme a la normatividad vigente (Res. 4678/2015), teniendo en cuenta la interoperabilidad semántica para dar mayor claridad a la denominación y descripción de los mismos.

Estos análisis se realizan tomando como base las Resoluciones vigentes que contengan la CUPS, para esta vigencia aplica la Resolución 4678 de 2015, tomando la decisión conforme a lo pertinente y adecuado para cada ajuste propuesto.

A partir del análisis interno que se realiza, hay propuestas que se aceptan sin ajustes; sin embargo, otras propuestas que si bien se aceptan es necesario realizar un ajuste a lo solicitado originalmente, esto en cuanto a ubicación, codificación o descripción y corresponden a procedimientos aceptados parcialmente; así mismo, existen propuestas improcedentes e inadecuadas, que van en contra de las Reglas, principios y atributos, o de la estructura de la CUPS, como aquellas que vienen como conjuntos, paquetes, paneles o con indicaciones clínicas, finalidades, entre otras, y que no se aceptan.

Durante el año 2016 se recibieron aproximadamente 24 Fichas Técnicas de Actualización CUPS, (tabla 5) en la cual cada agremiación de profesionales de la salud o sociedad científica participante relacionó

las propuestas de modificación, exclusión o inclusión de procedimientos en salud, junto con la justificación del ajuste propuesto; estas fueron posteriormente analizadas y consensuadas para la actualización de la CUPS.

Tabla 4 Ficha Técnica de Actualización CUPS

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar Ajuste	Nomenclatura Ajuste	Lógica o razonamiento_ Ajuste	Apoyo web enlaces Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste	Razón para Exclusión Ajuste	Experto Designado Ajuste	Entidad Ajuste	Fecha_ Ajuste

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

6.3 ALISTAMIENTO PARA EL CONSENSO

i. Alistamiento de la logística para el desarrollo de las sesiones de consenso.
ii. Consolidación de las Fichas Técnicas de Actualización de cada una de las especialidades.
iii. Revisión previa de la información por parte del grupo técnico de la Dirección de Beneficios
iv. Envío previo de Reglas de CUPS, a la agremiación o sociedad científica participante.

6.4 CONFORMACIÓN DE MESAS DE TRABAJO

Para el desarrollo del análisis de los procedimientos propuestos para actualización de la CUPS, se contó con el criterio de expertos en cada una de las especialidades correspondientes a las nominaciones presentadas. Para ello se convocaron a los expertos delegados de las diferentes Agremiaciones de Profesionales de la Salud (sociedades científicas, colegios de profesionales, asociaciones de profesionales, federaciones de profesionales), representantes de la academia, entidades adscritas al Ministerio y demás personas que se determinó eran necesarias para el desarrollo de los respectivos análisis dentro de las sesiones de consenso. Las agremiaciones de profesionales de la salud previamente informaron a este Ministerio, los integrantes de las delegaciones.

La Dirección de Beneficios, realizó las convocatorias a través de los correos electrónicos y datos de contacto registrados por las diferentes agremiaciones, las cuales tienen la responsabilidad de mantener actualizada la información de contacto.

6.5 CONSENSO MESA DE TRABAJO

Convocadas e instaladas las mesas de trabajo, se analizan las propuestas de acuerdo con la especialidad correspondiente durante la sesión de consenso; con el propósito de identificar las tecnologías en salud a incluir, modificar descripción, eliminar de la norma por estar incluido en otros procedimientos, agrupar e identificación de los procedimientos considerados por los expertos como posibles obsoletos o identificación de procedimientos en salud susceptibles de análisis por ser considerados como posibles

exclusiones en el marco del Procedimiento Técnico científico[9] y que permitan la aplicación de los criterios de exclusión definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015[10].

Para el análisis técnico se aplican las reglas, atributos y principios de la CUPS en los cambios propuestos; se concertan los ajustes y se registran las modificaciones de manera sistemática y simultánea, haciendo énfasis en la trazabilidad asignando la calificación implementada para tal fin.

Antes de iniciar el consenso los participantes firmaron el consentimiento informado y la declaración de intereses de conflicto, se explicó por parte de los funcionarios de Minsalud sus deberes y sus derechos dentro del proceso, enfatizando en las reglas de participación de las sesiones.

De las propuestas de actualización de procedimientos, se toman las siguientes decisiones a partir de los análisis realizados; i) se acepta, son aquellas propuestas que se acogen sin más ajustes a la inicial, ejemplo de ello son las propuestas que establecen variaciones y aclaraciones que en la actualidad dan mayor claridad al procedimiento en sí, ii) se acepta parcialmente, son aquellas propuestas que requirieron un ajuste a lo solicitado originalmente, esto en cuanto a ubicación, codificación o descripción, así como la definición del ajuste inicial del tipo de ajuste registrado en la columna A Tipo de ajuste de la Ficha Técnica de Actualización, iii) no se acepta, son aquellas propuestas improcedentes para la CUPS, tales como paquetes, paneles o descripciones con indicaciones clínicas, finalidades, duplicidad, entre otras.

En contraste con lo anterior, dentro de las sesiones de consenso las discusiones técnicas no se limitan únicamente a las propuestas de actualización consignadas en las Fichas Técnicas de cada agremiación o sociedad científica, siendo necesario la revisión y el análisis exhaustivo de toda la estructura de la CUPS referente a la especialidad señalada a tratar, atendiendo a la necesidad sentida del ajuste integral de la Clasificación dada la brecha entre los avances de la práctica clínica actual y la descripción de las tecnologías en salud, por lo que surgen más ajustes de los inicialmente propuestos; por consiguiente, la estadística de las modificaciones no obedece de manera exacta a lo propuesto por la sociedad en la Ficha Técnica de Actualización, sino es el resultado de lo concertado en las mesas de trabajo.

Es así, que existen especialidades médicas que convergen en la práctica clínica, siendo preciso realizar un engranaje de la comunidad médica en los análisis técnicos de algunos procedimientos de manera que se logre la coherencia técnica en la nomenclatura ya que la estructura de la CUPS no define procedimientos de acuerdo con las especialidades médicas sino por el sistema u órgano anatomo - fisiológico correspondiente.

6.5.1 MODALIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS SESIONES DE CONSENSO

Para el desarrollo de las sesiones de análisis técnico se propone el uso de modalidades de consulta/diálogo propositivo, con la opción de elegir alguna de las siguientes herramientas:

---

[9] Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 330 de 2017 "Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones".

[10] Congreso de la República, Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".

Papel de expertos[11]: es una consulta sobre un tema complejo que requiere un proceso interactivo que permita la recolección de información y argumentación de expertos, para llegar a un juicio consensuado. Este método tiene como propósito llegar a acuerdos o no, acompañado de diálogos profundos y completos. Sirve para el estudio de áreas muy específicas de conocimiento que requieren de formación de alto nivel o para apoyar el juicio de otros, ahorrando tiempo y recursos.

Delphi[12]: es un proceso interactivo y dialéctico que recolecta sistemáticamente juicios de expertos sobre un problema complejo, a través de discusiones repetitivas que lleven a acuerdos o desacuerdos alrededor de un tema o temas específicos de consulta y deliberación. Esta técnica puede ser realizada utilizando medios electrónicos. Mediante la reunión y el intercambio de opiniones informadas, la técnica Delphi permite la revisión de un tema particular desde perspectivas diferentes y a veces contrapuestas. Esto supone diálogos más ricos, profundos y completos que favorecen el aprendizaje de nuevos conocimientos y la construcción de consensos.

Delphi modificado[13]: consiste en la selección de un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre un problema complejo, a través de discusiones repetitivas que lleven a acuerdos o desacuerdos alrededor de un tema o temas específicos de consulta y deliberación.

Consenso[14]: tiene como objetivo tratar de resolver un problema frente a una posición controvertida. Durante el desarrollo de esta técnica, se cuenta con la presencia del equipo técnico de la Dirección y expertos; el equipo técnico presentará el tema y los demás participantes podrán hacer preguntas e iniciarse un debate. Posteriormente, apoyados tanto en las respuestas y el debate, como en las exposiciones, los participantes deliberan y tras la reunión se consolida el consenso al que llegaron, las conclusiones y recomendaciones que consideran relevante mencionar. Para el desarrollo de esta técnica es necesario la delimitación del tema. Por otra parte los participantes deberán cumplir con los requisitos previamente establecidos por el Ministerio, declaren posibles conflictos de intereses, que se documenten con la información enviada por la Dirección de Regulación de Beneficios.

En el Anexo 1 Participantes a proceso de actualización CUPS 2016 - primer trimestre 2017, se relacionan las fechas de consenso y los delegados de las sociedades científicas que participaron del proceso.

6.6 TRAZABILIDAD

En el desarrollo de las sesiones de consenso con los expertos delegados de las agremiaciones o sociedades científicas, se realizó el registro sistemático de los ajustes concertados, de los

11 Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, (2016). Manual Metodológico para la Participación Ciudadana. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/Manual_de_participacion_ciudadana.pdf

12 Ibídem

13 Ibídem

14 Adaptado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, (2016). Manual Metodológico para la Participación Ciudadana. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/Manual_de_participacion_ciudadana.pdf

procedimientos modificados, incluidos o eliminados, que fueron categorizados según la calificación de la trazabilidad implementada, cuyo objetivo es tener un histórico de los diferentes cambios que se han surtido a través de las actualizaciones en los procedimientos de salud, código y descripción, para que las generaciones futuras puedan tener un antecedente histórico de los diferentes movimientos a través de las diferentes clasificaciones de la misma. Todos estos registros se encuentran compilados en un documento Excel denominado Trazabilidad con la siguiente estructura:

Tabla 5 Estructura registro de trazabilidad CUPS

Código R. 4678/2015	Descripción R. 4678/2015	Tipo Modificación	Código Nuevo	Descripción Nueva

Fuente: Elaboración propia

Dicho documento se publica en la página oficial de Minsalud cada vez que se realiza una actualización de la CUPS de manera que evidencie los cambios que surtieron los procedimientos respecto al acto administrativo que se expida; dicha trazabilidad puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS acorde con el año de la actualización.

Una vez definida la estructura se procede a describir las variables relacionadas con el tipo de modificación como se registra en el siguiente cuadro:

Tabla 6 Trazabilidad Código Único de Procedimientos en Salud - CUPS

No. MODIFICACIÓN	TIPO DE MODIFICACIÓN
1	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, se **MANTIENE.**
2	Es un procedimiento o subcategoría **NUEVO** para la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones.
3	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere **MODIFICAR LA DESCRIPCIÓN.**
4	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere **MODIFICAR LA UBICACIÓN.**
5	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere ser **ELIMINADO** de l**a norma por estar CONTENIDO en otro procedimiento.**
6	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que PUEDE O **NO SER ELIMINADO DE LA NORMA PORQUE SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS O EN UNO SOLO**.
7	Son varios procedimientos o subcategorías de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, **QUE REQUIEREN SER ELIMINADOS DE LA NORMA PORQUE SEA GRUPAN EN UN SOLO PROCEDIMIENTO.**
8	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, **QUE REQUIERE SER MONITOREADO, POR SER CONSIDERADO POR LOS EXPERTOS COMO POSIBLE OBSOLETO.**

Fuente: Elaboración propia.

A manera de ejemplo se registra un fragmento de trazabilidad como resultado de una etapa posterior a los consensos realizados con las diferentes sociedades científicas durante el año 2016 y primer trimestre del año 2017; evidenciando los ajustes concertados e incorporados en la Clasificación, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada especialidad:

Tipo de modificación 1: cuando no hay modificación ni en la codificación ni en la descripción del procedimiento en lo relacionado con la categoría o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, se define como se **MANTIENE**, como se evidencia en el siguiente ejemplo:

Tabla 7 Ejemplo de modificación 1

CÓDIGO R.4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
3927	**ARTERIOVENOSTOMIA PARA DIALISIS RENAL**	**1**	**3927**	**ARTERIOVENOSTOMIA PARA DIALISIS RENAL**
392701	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL	1	392701	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS 2016 RES 5975_1

Si bien existen procedimientos que no requieren ajuste y conservan tanto la descripción como el código y se categorizan dentro de la calificación 1 de la trazabilidad, no quiere decir que las tecnologías en salud no hayan sido revisadas con la especialidad correspondiente; es por esta razón que dentro de los análisis y resúmenes de trazabilidad conforme a cada especialidad actualizada se muestran datos de procedimientos con trazabilidad 1, significando que no era pertinente su modificación.

Tipo de modificación 2: cuando definimos un procedimiento o subcategoría que no se encuentra descrito en la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, se denomina como un procedimiento **NUEVO**, como se observa en el ejemplo siguiente en el que se presenta la creación de una categoría junto con sus subcategorías.

Es importante aclarar que dentro de las propuestas de inclusión recibidas por las diversas sociedades científicas participantes en el proceso y posterior al análisis técnico durante el consenso se evidencia que corresponden a desagregaciones o especificidades de procedimientos ya descritos de manera diferente a la sugerida inicialmente y en una minoría corresponden a procedimientos nuevos, es decir no descritos anteriormente.

Tabla 8 Ejemplo de modificación 2

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
		2	868314	PANICULECTOMIA DE TORAX
		2	868315	PANICULECTOMIA DE ABDOMEN
		2z	868316	PANICULECTOMIA DE MUSLOS, PELVIS, GLUTEOS O BRAZOS

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS 2016 RES 5975_1

Tipo de modificación 3: la modificación se dio en todas las denominaciones de categorías y subcategorías de la Resolución 4678 con el uso de siglas o abreviaturas innecesarias, modernización de términos, precisión de términos médicos, ajustes a la puntuación (como paréntesis, corchetes, etc.), como se observa en los ejemplos siguientes:

Tabla 9 Ejemplo de modificación 3 – siglas o abreviaturas, términos, puntuación

CÓDIGO R.4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
3722	**CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON**	3	**3722**	**CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON**
3723	**CATETERISMO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON**	3	**3723**	**CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON**
372301	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON CON ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO	3	372301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS 2016 RES 5975_1

Tipo de modificación 4: **la modificación de la ubicación** se realiza procurando conservar la estructura de la CUPS, sea esta por la organización céfalo-caudal, por especialidades, la esencia del procedimiento o por el área técnica, etc., llevando a reordenar descripciones a las que se asigna un nuevo código, como se observa en los ejemplos siguientes:

Tabla 10 Ejemplo de modificación 4

CÓDIGO R.1896	DESCRIPCIÓN R. 1896	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
1421	**ABLACION DE LESIONES CORIORETINALES**	4	**1420**	**ABLACION DE LESIONES CORIORETINALES**
141102	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	4	147103	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO
3531	**PROCEDIMIENTOS EN MUSCULO PAPILAR**	4	**3516**	**PROCEDIMIENTOS EN MUSCULO PAPILAR**
3532	**PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS**	4	**3517**	**PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS**
3533	**ANULOPLASTIA**	4	**3518**	**ANULOPLASTIA**

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS 2016 RES 5975_1

Tipo de modificación 5: la eliminación de un procedimiento o subcategoría o categoría de la Resolución 4678 se realiza para aquellos procedimientos que se encuentran inmersos o contenidos dentro de otros que ya se encuentran descritos; aplica también para aquellos procedimientos con la sigla SOD evidenciándose en la lista tabular desagregación, lo cual resulta improcedente para la CUPS. En el ejemplo siguiente se evidencia la eliminación de la subcategoría 142102 que está contenida en las subcategorías 142001.

Tabla 11 Ejemplo de modificación 5

CÓDIGO R.4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
142102	ABLACION DE LESION CORIORETINAL	5	142001	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA

352600	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA Y AORTA ASCENDENTE SOD	5	352101	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA ABIERTA

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS 2016 RES 5975_1

Tipo de modificación 6: la desagregación de procedimientos fue aceptada en las sesiones de consenso de expertos teniendo en cuenta que en la Resolución 4678 de 2015 se evidenció la denominación de procedimientos en forma poco clara para la interpretación de los actores del SGSSS, es así que durante el consenso de expertos solicitaron desagregar los códigos principalmente cuando son muy amplios , inespecíficos o no se encuentran descritos y que se derivan de un procedimiento genérico ya descrito y que por tanto dificultan la prestación del servicio, la recolección de datos epidemiológicos, entre otros. Ejemplos de ello, son las consultas médicas que se especificaron acorde a la especialidad médica; otro ejemplo son aquellos procedimientos quirúrgicos que no tienen especificidad en cuanto a vías de abordaje y se desagregan de acuerdo con las diferentes opciones:

Tabla 12 Ejemplo de modificación 6 Res. 1352_2016

CÓDIGO R.4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	6	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	6	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	6	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS 2016 RES 4678_1352

Tipo de modificación 7: cuando se identifican categorías o subcategorías que **requieren eliminarse** porque se pueden agrupar en un solo procedimiento. Ejemplo de esto son aquellos procedimientos que presentan una desagregación innecesaria:

Tabla 13 Ejemplo de modificación 7 Res. 5975_2016

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
881231	ECOCARDIOGRAMA MODO M	7	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO
881232	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL	7	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO
881233	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER	7	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

881234	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR	7	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS 2016 RES 5975_1

Tipo de modificación 8: cuando se identifican subcategorías que en el consenso los expertos definen como **posiblemente obsoletas y requiere ser monitoreado**, internamente en la Dirección de Beneficios aplicando la metodología de obsolescencia y realizando la verificación de "desuso" de estos procedimientos:

Tabla 14 Ejemplo de modificación 8

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
0716	**BIOPSIA DE TIMO**	**8**	**0716**	**BIOPSIA DE TIMO**
071600	BIOPSIA DE TIMO SOD	8	071600	BIOPSIA DE TIMO SOD
0783	**REPARACION DE TIMO**	**8**	**0783**	**REPARACION DE TIMO**
078300	REPARACION DE TIMO SOD	8	078300	REPARACION DE TIMO SOD

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS RES 1132_2017

6.7 PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO

Una vez terminados los análisis y concertaciones con las agremiaciones agendadas dentro de la vigencia y teniendo como insumo la trazabilidad, se procede a proyectar el acto administrativo que da cuenta de la actualización de la CUPS del periodo correspondiente.

6.8 VALIDACIÓN

Publicación del proyecto de Resolución en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social a la comunidad en general para sus aportes en un tiempo límite, de conformidad con lo ordenado en la Constitución y en la Ley 1437 de 2011, artículo 8, numeral 8, "existe el deber de dar información al público", para recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas.

6.9 ACTO ADMINISTRATIVO

Resolución definitiva que incorpora las modificaciones derivadas de la actualización de la CUPS que es publicada en el diario oficial.

6.10 SEGUIMIENTO AL IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA CUPS

Implica el rastreo al uso apropiado de la CUPS con sus modificaciones a través de la retroalimentación de las diferentes agremiaciones de profesionales de la salud o sociedades científicas, las diferentes consultas de ciudadanos y demás mecanismos para obtener información acerca del impacto de la actualización.

7 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS PARA CONSULTAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS

7.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Identificada la necesidad de actualizar la Clasificación Única de Procedimientos en Salud en los descriptores de Especialidades Médicas y Odontológicas, el Ministerio de Salud y Protección Social lideró un trabajo con el Ministerio de Educación que promulgó el Decreto 1075 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación", incluye lo pertinente a la reglamentación de la Ley 1188 de 2008 y demás normas que regulan el sistema de educación nacional y especialmente prevé lo pertinente a la formación de profesionales y especialistas en el ámbito de la salud. Conjuntamente con algunas Direcciones del Ministerio de Salud y Protección Social, abrió así espacios de unificación de criterios en la toma de decisiones regulatorias sobre los diferentes títulos de Posgrado en Medicina y Odontología.

Además fue necesario tener en cuenta que los criterios para inclusión de cada especialidad que fueron: i) que respondiera a necesidades específicas de salud; ii) que frente a la misma se requiriera conocer prioritariamente la oferta y demanda del recurso humano; iii) que el prestador interesado en incluirla incorporará para su proceso de habilitación un perfil definido para dicha especialidad; iv) que se asociará directamente con el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, como quedó estipulado en la Resolución 429 de 2016 "*Por la cual se adopta la Política Integral en Salud*".

Por tanto, la Política de Atención Integral en Salud definió la participación de perfiles específicos en los Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) del componente primario de las redes integrales de prestación de servicios, adicionales a los requerimientos del modelo de atención integral en salud, según las particularidades de los escenarios territoriales, lo que justifica la promulgación de la presente norma, con el fin de implementar una completa codificación que integre y unifique el sistema de información de los procedimientos y servicios en salud.

Ministerio de Educación proporcionó información referente al tipo de especialidad, requisitos de formación, nombre del programa SNIES, título otorgado y título equivalente. Así mismo la Dirección de Talento Humano en Salud de este Ministerio verificó información de la base en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), así mismo, datos como nombre de la institución ofrece el programa académico de formación, estado del programa académico, núcleo básico del conocimiento, nivel académico, nivel de formación, departamento y municipio oferta del programa, contrastando esto para consultar y verificar quiénes están autorizados para ejercer una profesión de la salud en Colombia. Dicha información fue contrastada y analizada para definir las especialidades básicas, especialidades tradicionales, subespecialidades pediátricas y medicina alternativa, esta última por cuanto ya dispone de reglamentación específica (Res. 2927/98 y Ley 1164/07), que serían susceptibles de ser incluidas en la CUPS.

Previo a la reunión se evaluaron en total 99 especialidades médicas y odontológicas propuestas para desagregar, dando la especificidad de las consultas de primera vez, consulta de control o de seguimiento e interconsultas referentes a las diferentes especialidades médicas y odontológicas nominadas.

8 DURANTE EL EJERCICIO DE ANÁLISIS INTERNO EN LA DIRECCIÓN DE BENEFICIOS, SE DE ESPECIALIDADES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS QUE YA SE ENCONTRABAN DESCRITAS REQUERÍAN DE ESPECIFICIDAD YA QUE RESPONDÍAN A LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN TAMBIÉN SE HACÍA NECESARIO MODIFICAR ALGUNAS DESCRIPCIONES E INCLUIR O ACLARATORIAS[15]. LAS PROPUESTAS SE PODRÁN VER EN EL

Anexo 1 Participantes a proceso de actualización CUPS 2016 - primer trimestre 2017

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD – ACOCIB	CIRUGÍA BARIÁTRICA	CÉSAR GUEVARA	MARZO 4 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD – ACOCIB	CIRUGÍA BARIÁTRICA	RAFAEL ARIAS	MARZO 4 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD – ACOCIB	CIRUGÍA BARIÁTRICA	RAMI MIKLER	MARZO 4 DE 2016
MINISTERIO DE SALUD-DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	ESPECIALIDADES MÉDICAS	MARTHA CIELO GUTIÉRREZ	MARZO 18 DE 2016
MINISTERIO DE SALUD-DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	ESPECIALIDADES MÉDICAS	FRANCISCO ARIZA MONTOYA	MARZO 18 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RAMÓN AMAYA	MAYO 27 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	IVÁN BOBADILLA	MAYO 27 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	VALERIA RUBIO	MAYO 27 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA PLÁSTICA Y OTOLOGÍA	JUAN CARLOS ZAMBRANO BURGL	JUNIO 8, JULIO 6 y 12 DE 2016 CONSENSO CON OTOLOGÍA: OCTUBRE 12 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	MARIA MERCEDES ERAZO	JUNIO 21 y 24 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	JORGE VILLEGAS	JUNIO 21 Y 24 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA - CARDIOLOGÍA - NEUROLOGÍA	SANDRA CORREA	JUNIO 21 y 30, JULIO 13 DE 2016

[15] NOTAS DE INSTRUCCIÓN: Su contenido aplica tanto al nivel jerárquico (grupo, subgrupo, categoría o subcategoría) donde se ubique la nota de instrucción como a los que se deriven del mismo. Estas pueden ser: i) Incluye: aparece inmediatamente debajo de un nivel jerárquico para definir más ampliamente o para dar ejemplos del contenido del nivel, así como citar algunas causas patológicas por las cuales se realiza el procedimiento; ii) Excluye: aplica para referirse a los códigos que no deben tenerse en cuenta y iii) Simultáneo: Como una instrucción para codificar un procedimiento que se puede realizar de manera independiente (sólo) o como componente de otro procedimiento cuando ellos se realizan al mismo tiempo. *Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 4678 de 2015 "Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS y se dictan otras disposiciones", Anexo Técnico 1 "Manual de Uso".*

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	PABLO DARIO CHARRY AMAYA	JUNIO 21 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	RAFAEL ECHEVERRI	JUNIO 24 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	VICTOR GIL ALDANA	JUNIO 24 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	JUAN PABLO ROZO	JUNIO 24 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA	UROLOGÌA	HERNÁN APONTE	JUNIO 23 Y 01 DE AGOSTO DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	ANTONIO FIGUEREDO	JUNIO 30, JULIO 13 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA	JORGE ENRIQUE VELÁSQUEZ	JUNIO 30 - JULIO 5 Y 13 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	ADALBERTO QUINTERO	JUNIO 30 Y JULIO 13 DE 2016
MINISTERIO DE SALUD-VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	SALUD PÚBLICA	MARTHA CECILIA RUIZ	JULIO 1, 21 y 26 DE 2016
MINISTERIO DE SALUD-VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	SALUD PÚBLICA	MARCELA QUIROGA	JULIO 1 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA	ALEJANDRO OLAYA SÁNCHEZ	JULIO 5 Y 13 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA PLÁSTICA	TATIANA GARCÍA	JULIO 6 y 12 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	CLAUDIA MESA	JULIO 11 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	MAURICIO LOZANO	JULIO 11 Y 15 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	LUIS ALBERTO CRUZ	JULIO 11 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	ANA PATRICIA CASTRO	JULIO 11 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	JAVIER MALDONADO	JULIO 13 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	JUAN MANUEL SARMIENTO	JULIO 13 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA	MIGUEL VACCA	JULIO 13 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGIA	NEUROLOGÍA	JESÚS HERNÁN RODRÍGUEZ	JULIO 14 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGIA	NEUROLOGÍA	JOE FERNANDO MUÑOZ	JULIO 14 DE 2016

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN
ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRAXIS	MEDICINA ALTERNATIVA	GIGLIOLA TARAZONA	JULIO 22 DE 2016
ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRAXIS	MEDICINA ALTERNATIVA	CLAUDIA SÁNCHEZ	JULIO 22 DE 2016
MINISTERIO DE SALUD	MEDICINA ALTERNATIVA	VÍCTOR HUGO ÁLVAREZ	JULIO 22 DE 2016
MINISTERIO DE SALUD	MEDICINA ALTERNATIVA	FERNANDO PRIETO	JULIO 22 DE 2016
ASOCIACIÓN MÉDICA HOMEOPÁTICA DE COLOMBIA	MEDICINA ALTERNATIVA	GERMÁN DARIO BENÍTEZ	JULIO 22 DE 2016
MINISTERIO DE SALUD - TALENTO HUMANO	MEDICINA ALTERNATIVA	YENNY BARAJAS ORTIZ	JULIO 22 DE 2016
MINISTERIO DE SALUD - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	SALUD PÚBLICA	CLARA DEL PILAR ZAMBRANO	JULIO 26 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RETINA Y VITREO	RETINOLOGÍA	HUGO HERNÁN OCAMPO	AGOSTO 01 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA	UROLOGÌA	JAIME CAJIGAS	AGOSTO 01 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA	OTOLOGÍA	ANGELA MARÍA CAMPOS MAHECHA	OCTUBRE 10 - 11 - 12, NOVIEMBRE 22 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	JAIME ECHEVERRI FRANCO	SEPTIEMBRE 16, OCTUBRE 5 Y 14 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	JOSÉ JIMÉNEZ QUIJANO	SEPTIEMBRE 16, OCTUBRE 5 Y 14 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA	OTOLOGÍA	JOSÉ AGUSTÍN CARABALLO	OCTUBRE 10 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA	OTOLOGÍA	DIANA PAOLA URQUIJO TEJADA	OCTUBRE 11 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	ORTOPEDIA	GUSTAVO PINEDA	OCTUBRE 28 Y NOVIEMBRE 24 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	MARIA CAROLINA PÉREZ	OCTUBRE 21 - 24 - 27 NOVIEMBRE 10 - 22 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	LUZ ANGELA PARDO GÓMEZ	OCTUBRE 21 - 24 - 27 NOVIEMBRE 10 - 22 DE 2016
ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRACTICA	MEDICINA ALTERNATIVA	CLAUDIA SÁNCHEZ CORTÉS	OCTUBRE 28 DE 2016
ASOCIACION COLOMBIANA DE TERAPIA NEURAL	MEDICINA ALTERNATIVA	LAURA PINILLA	OCTUBRE 28 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MUSICOTERAPIA	MEDICINA ALTERNATIVA	LEONARDO MORALES	OCTUBRE 28 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MUSICOTERAPIA	MEDICINA ALTERNATIVA	ANDREA CAROLINA VARGAS	OCTUBRE 28 DE 2016
ASOCIACIÓN DE MÉDICOS INVESTIGADORES EN TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS	MEDICINA ALTERNATIVA	LUISA FERNANDA BENITEZ	OCTUBRE 28 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA INTEGRATIVA, HOMEOPATÍA Y HOMOTOXICOLOGÍA	MEDICINA ALTERNATIVA	PEDRO JOSÉ CASTRO RENGIFO	OCTUBRE 28 DE 2016
ASOCIACIÓN DE MEDICINA ALTERNATIVA DEL VALLE	MEDICINA ALTERNATIVA	SANDRA ELIZABETH CORTÉS ROCHA	OCTUBRE 28 DE 2016

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN
FUNDACIÓN INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATÍA LUIS G PAEZ	MEDICINA ALTERNATIVA	IVÁN TORRES	OCTUBRE 28 DE 2016
ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRACTICA	MEDICINA ALTERNATIVA	CATALINA ROJAS	OCTUBRE 28 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA	REUMATOLOGÍA	MARÍA CONSTANZA LATORRE	NOVIEMBRE 03 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	MARIA FERNANDA JIMÉNEZ	NOVIEMBRE 18 - 21 - 23 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	HERNANDO ABAÚNZA	NOVIEMBRE 18 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	JESÚS VÁSQUEZ	NOVIEMBRE 18 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO	GABRIEL SÁNCHEZ DE GUZMÁN	NOVIEMBRE 18 - 22 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	NEIL VALENTÍN VEGA PEÑA	NOVIEMBRE 18 - 21 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	MANUEL MOSQUERA	NOVIEMBRE 18 - 23 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	PAULO CABRERA	NOVIEMBRE 18 - 21 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	GERMÁN ROSERO	NOVIEMBRE 18 - 23 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - NEOPLASIAS PEROTINEALES	CAMILO CÉTARES	NOVIEMBRE 18 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - ONCOLOGÍA	MAURICIO GORDO	NOVIEMBRE 18 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA	FONOAUDIOLOGÍA	LUISA FERNANDA ÁNGEL GORDILLO	NOVIEMBRE 22 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	STEVE AMADO GALEANO	NOVIEMBRE 22 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - ONCOLOGÍA	MAIKEL ADOLFO PACHECO	NOVIEMBRE 23 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - HEPATOBILIAR	OSCAR GUEVARA	NOVIEMBRE 23 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - HEPATOBILIAR	JUAN CARLOS SABOGAL	NOVIEMBRE 23 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MASTOLOGÍA	CIRUGÍA DE MAMA - MASTOLOGÍA Y TEJIDOS BLANDOS	JAVIER ÁNGEL	NOVIEMBRE 23 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	JUAN DAVID HERNÁNDEZ	NOVIEMBRE 23 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	LILIAN TORREGROSA	OCTUBRE 04 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	ALEJANDRO MÚNERA DUQUE	OCTUBRE 04 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA	HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA	CARMEN ROSALES OLIVEROS	AGOSTO 10 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA	HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA	LUCERO OLARTE SANTOYO	AGOSTO 10 DE 2016

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN
SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	ROBERT BAQUERO	SEPTIEMBRE 2 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	FAIZULLY ROJAS B	SEPTIEMBRE 2 DE 2016
SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	DIANA CAROLINA RODRÍGUEZ	SEPTIEMBRE 2 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR	MEDICINA DEL DOLOR	NELCY MIRANDA	SEPTIEMBRE 22 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA	ENDOCRINOLOGÍA	SEBASTIÁN MARÍN	OCTUBRE 4 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEFROLOGÍA	NEFROLOGÍA	ADRIANA ROBAYO	OCTUBRE 4 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEFROLOGÍA	NEFROLOGÍA	JAIME TORRES	OCTUBRE 4 DE 2016
FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	IVONNE JEANNETTE DÍAZ	OCTUBRE 19 DE 2016
FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	JIMMY CASTAÑEDA	OCTUBRE 19 DE 2016
LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA	MANEJO DE EPILEPSIA	ORLANDO CARREÑO	OCTUBRE 28 DE 2016
LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA	MANEJO DE EPILEPSIA	HANS CARMONA	OCTUBRE 28 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA	AUDIOLOGÍA	MARCELA MALDONADO	SEPTIEMBRE 07 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA	AUDIOLOGÍA	LILIANA AKLI SERPA	SEPTIEMBRE 07 DE 2016
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA	AUDIOLOGÍA	DIANA TREJOS	SEPTIEMBRE 07 DE 2016
COLEGIO COLOMBIANO DE FONOAUDIÓLOGOS	AUDIOLOGÍA	CATALINA PARRA	SEPTIEMBRE 07 DE 2016
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	MÍNIMAMENTE INVASIVO	MARTHA COTES	ENERO 25 DE 2017
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	MÍNIMAMENTE INVASIVO	JUAN CARLOS GALVIS	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	JOSÉ JIMÉNEZ QUIJANO	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	MAURICIO LOZANO	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGIA	NEUROLOGÍA	JESÚS HERNÁN RODRÍGUEZ	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	MARIA CAROLINA PÉREZ	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	LUZ ANGELA PARDO GÓMEZ	ENERO 25 DE 2017

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA PLÁSTICA	PAOLA KAFURY	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	GERMÁN ROSERO	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA	COLOPROCTOLOGÍA	JAVIER ALEJANDRO CARRERA SIACHOQUE	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA	COLOPROCTOLOGÍA	ANDRÉS MONROY	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	MARTHA EDITH OYUELA MANCERA	ENERO 25 DE 2017
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	VICTOR GIL ALDANA	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA	OTOLOGÍA	ANGELA MARÍA CAMPOS MAHECHA	ENERO 25 DE 2017
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA	JORGE ENRIQUE VELÁSQUEZ	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	CLAUDIA MESA	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RAMÓN AMAYA	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	IVÁN BOBADILLA	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	JESÚS VÁSQUEZ	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO	GABRIEL SÁNCHEZ DE GUZMÁN	ENERO 25 DE 2017
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	NEIL VALENTÍN VEGA PEÑA	ENERO 25 DE 2017
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	PABLO DARIO CHARRY AMAYA	ENERO 25 DE 2017
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	ORTOPEDIA	GUSTAVO PINEDA	ENERO 25 DE 2017
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	JUAN PABLO ROZO	ENERO 25 DE 2017

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	LILIAN TORREGROSA	ENERO 25 DE 2017
SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA	UROLOGÌA	HERNÁN APONTE	ENERO 25 DE 2017
FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIO	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO	DIANA GARCÍA SERNA	ENERO 25 DE 2017
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	MARIA MERCEDES ERAZO	ENERO 25 DE 2017
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA PLÁSTICA Y OTOLOGÍA	JUAN CARLOS ZAMBRANO BURGL	ENERO 25 DE 2017
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	JORGE VILLEGAS	ENERO 25 DE 2017
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	FERNÁN MENDOZA	ENERO 25 DE 2017

Fuente: Elaboración propia a partir de las listas de asistencia a consensos

.

8.1 CONSENSO MESA DE TRABAJO

Durante el primer trimestre del año 2016 y previa evaluación de las propuestas de actualización de la CUPS; la subdirectora de Beneficios de Aseguramiento cita al consenso con los delegados para la mesa de trabajo siendo participes cinco profesionales especializados de la Subdirección y dos profesionales especializados delegados de la Dirección de Talento Humano en Salud.

Se procedió a analizar y discutir cada una de las propuestas presentadas relacionadas con la modificación en su descripción e inclusión de nuevos procedimientos, que afectarían la estructura de la CUPS.

Se informa que en la solicitud existen procedimientos que ya se encuentran descritos y se definen las subcategorías que deben quedar como parte del Anexo Técnico 2 "Lista Tabular", atendiendo a la información proporcionada por Ministerio de Educación y que fue consolidada y presentada por la Dirección de Talento en Salud de este Ministerio.

Una vez realizado el consenso se decide el renombre de algunas tecnologías o modificar su descripción conservando el mismo código CUPS, se crean nuevos códigos y subcategorías que se presentan en el Anexo 2 Resultado consenso especialidades médicas y odontológicas.

De las 99 especialidades propuestas y analizadas se aceptaron un total de 81, que se desagregaron conforme al tipo de consulta si era de primera vez, de control o de seguimiento o interconsulta según correspondiera.

8.2 TRAZABILIDAD

A continuación se muestra un fragmento de la trazabilidad correspondiente a la actualización de la Resolución 4678 de 2015 mediante la Resolución 1352 de 2016, que muestra ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, acorde al resultado de la sesión de consenso y los ajustes concertados e incorporados en el acto administrativo:

Tabla 15 Trazabilidad Res_1352 de 2016

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	3	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA
		2	Excluye:	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.2.17 A 89.0.2.24 Y 89.0.2.36
890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	6	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL
890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	6	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	3	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
		2	Excluye:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES MEDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.3.25 - 89.0.3.94
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	6	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	6	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	3	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
		2	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
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	6	890475	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	6	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

Fuente: Elaboración propia a partir de Trazabilidad CUPS RES 4678_2015 a RES_1352_2016

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 1352 de 2016.

8.3 RESULTADOS RESOLUCIÓN 1352 DE 2016

A continuación se muestran los pasos para llegar a la publicación oficial del acto administrativo.

8.3.1 PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO

Terminado el tiempo programado para los consensos se procede a elaborar el proyecto de acto administrativo, el cual incluye: considerandos, articulado y los ajustes al Anexo Técnico 2 "Lista Tabular". Se modifica la Lista Tabular con el propósito de corregir errores de transcripción, inclusión de notas, reubicación, eliminación, cambio de nombre e inserción de subcategorías en la clasificación adoptada mediante la Resolución 4678 de 2015.

El ámbito de aplicación para la clasificación de procedimientos actualizada corresponde a las EAPB, Prestadores de Servicios de Salud, organismos de inspección, vigilancia y control del SGSSS y todos aquellos agentes a quienes aplique las normas del Sistema de Seguridad Social Integral, para la identificación y denominación de los procedimientos y servicios en salud.

La lista tabular es el resultado de la aplicación de las reglas de clasificación anteriormente descritas sobre los procedimientos de aquellos relacionados con las consultas médicas de primera vez, consultas de control o de seguimiento e interconsultas de las diferentes especialidades médicas y odontológicas, los cuales corresponden a los temas abordados en las mesas de trabajo para los consensos, desarrollados en el proceso de actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

A la par, se realizaron otras modificaciones a la estructura de la lista tabular en relación con lo correspondiente a la Resolución 4678 de 2015 y sus resoluciones de modificación o adición. Estas modificaciones fueron:

- Corrección de errores ortográficos en las descripciones.
- Corrección de errores de transcripción
- Inclusión de notas de instrucción (Incluye, Excluye y Simultáneo)
- Se reubicaron procedimientos de acuerdo a criterios y análisis tanto en consenso como criterio del grupo de trabajo frente a la pertinencia en los grupos, subgrupos, categorías o subcategorías, según correspondieran.
- Modificación en la descripción de procedimientos acorde a la terminología específica.
- Eliminación de siglas, acrónimos y abreviaturas cuando fue posible.

8.3.2 VALIDACIÓN

El proyecto de Resolución "…por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS", se publicó en la página oficial www.minsalud.gov.co del 01 al 15 de marzo de 2016 inclusive, de conformidad con lo ordenado en la Constitución y en la Ley 1437 de 2011, artículo 8, numeral 8, "existe el deber de dar información al público", para recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas.

Es así que Minsalud en marzo de 2016 informó a los participantes de la publicación del proyecto de resolución, para la recolección de comentarios al listado tentativo de los procedimientos, así como del cuerpo de la resolución propuesta.

Se recibieron comentarios sobre la lista tabular a nivel interno por parte de la Dirección de desarrollo del Talento Humano en Salud de incluir en el acto administrativo la tabla de correspondencias lo cual era improcedente dado el alcance del acto administrativo. La tabla de correspondencias se puede consultar en el Anexo 3 TABLA DE CORRESPONDENCIAS.

8.3.3 TRAZABILIDAD GENERAL RESOLUCIÓN 1352 de 2016

Se llevó a cabo el ajuste final a la lista tabular. Las modificaciones realizadas al contenido de la CUPS de la Resolución 4678 de 2015 se resumen en la siguiente tabla, en la que se relaciona el tipo y número de modificaciones realizadas:

Tabla 16 Trazabilidad general actualización de la CUPS RES. 1352_2016

No. Modificación	Tipo de Modificación	Total Códigos Modificados	%
1	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, se **MANTIENE**	10727	97,6%
2	Es un procedimiento o subcategoría **NUEVO** para la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones	NO APLICA	NO APLICA
3	Es un procedimiento o subcategoría **de** la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere **MODIFICAR LA DESCRIPCIÓN**	15	0,1%
4	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere **MODIFICAR LA UBICACIÓN.**	4	0,0%
5	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere ser **ELIMINADO** de l**a norma por estar CONTENIDO en otro procedimiento.**	1	0%
6	Es un procedimiento o subcategoría **de** la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que **PUEDE O NO SER ELIMINADO DE LA NORMA PORQUE SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS O EN UNO SOLO**	243	2,2%
7	Son varios procedimientos o subcategorías de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, **QUE REQUIEREN SER ELIMINADOS DE LA NORMA PORQUE SE AGRUPAN EN UN SOLO PROCEDIMIENTO.**	NO APLICA	NO APLICA
8	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, **QUE REQUIERE SER MONITOREADO POR SER CONSIDERADO POR LOS EXPERTOS COMO POSIBLE OBSOLETO.**	NO APLICA	NO APLICA
TOTAL DE CÓDIGOS		**10990**	**100%**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Trazabilidad CUPS abril de 2016

Conforme los datos de la tabla anterior se observa que el mayor número de ajustes corresponden al 2% que se configuran en las desagregaciones de los procedimientos ya descritos atendiendo a la necesidad de incluir las especificaciones de acuerdo con la práctica clínica actual, como es el caso

puntual de las consultas médicas de primera vez, de control o seguimiento e interconsulta conforme a las diferentes especialidades médicas, pediátricas y odontológicas.

8.3.4 ACTO ADMINISTRATIVO

El acto administrativo definitivo corresponde a la Resolución 1352 del 15 de abril de 2016, "…p*or la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS"*

8.3.5 SEGUIMIENTO AL IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA CUPS

El punto de partida para el seguimiento al impacto de esta actualización de la CUPS parte de la socialización de la Resolución 1352 de 2016 que se dio a los grupos interesados y agentes del sistema a partir del año 2017, como también el seguimiento a las consultas que se susciten con la nueva norma, los nuevos ajustes que surjan como producto de los consensos en las mesas de trabajo ya instauradas y las venideras.

Sobre el particular, es necesario mencionar que desde mediados del año 2016 se han realizado acercamientos para el trabajo en nuevas especialidades médicas y grupos dentro de la CUPS entre otros:

- Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (ACRO)
- 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 (ASCOLCIRUGIA)
- 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)

8.3.6 CONCLUSIONES

El trabajo realizado ha permitido la actualización de la CUPS desde varios puntos de vista:

1) Actualización de la codificación y denominación de las consultas de primera vez, control o de seguimiento e interconsulta de acuerdo con las especialidades médicas y odontológicas incluidas, respondiendo a necesidades específicas de salud; ii) que frente a la misma se requiriera conocer prioritariamente la oferta y demanda del recurso humano; iii) que el prestador interesado en incluirla incorporará para su proceso de habilitación un perfil definido para dicha especialidad; iv) que se asociará directamente con el Modelo Integral de Atención en Salud –

MIAS, como quedó estipulado en la Resolución 429 de 2016 "…por la cual se adopta la Política Integral en Salud"

2) Establecimiento de mesas de trabajo para la actualización continua de la CUPS, la resolución de consultas y expedición de conceptos a que haya lugar.

8.3.7 RECOMENDACIONES

Establecer el procedimiento de actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS- de forma permanente, continua, transparente y participativa con todas las sociedades científicas, agremiaciones, así como los prestadores de servicios de salud, la academia y agentes del Sistema de Seguridad Social Integral en razón a las variaciones tecnológicas y sus correspondientes innovaciones en el ámbito de salud, riesgos laborales, accidentes de tránsito y demás que de una forma u otra tienen que aplicar para la realización de procedimientos en salud o la utilización de los servicios correspondientes.

Realizar consensos con diferentes actores del Sistema de Salud Colombiano con miras a establecer criterios y reglas claras en las determinaciones de ajustes semánticos y que correspondan con un lenguaje para los sistemas de información en lo posible con pocas variaciones y desagregaciones que correspondan con la realidad.

Tener en cuenta los posibles cambios de estructura en las codificaciones y los lineamientos por organismos multilaterales así como la complementariedad con otros objetivos como son por ejemplo los manuales tarifarios, o las coberturas de los planes de beneficios entre otros.

Estar al tanto, de las observaciones y actualizaciones realizadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en consonancia con lineamientos de la OMS, frente a este tema en particular como es la clasificación de procedimientos en salud.

Gestionar e impulsar jornadas de capacitación y sensibilización en las universidades y centros de educación media y continuada en temas de salud para la correcta aplicación y uso de la descripción adecuada de procedimientos y cumplimiento de la normatividad colombiana como requisitos indispensables para evitar negación de servicios o barreras de acceso al goce efectivo del derecho fundamental a la salud en el marco de la Constitución y la Ley Estatutaria en Salud.

Establecer parámetros de integración del lenguaje semántico e informático de conformidad con el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 y demás normas sobre la obligatoriedad de los sistemas de información en salud.

Reforzar el concepto de integralidad en la prestación de los procedimientos en salud en lo correspondiente al uso de dispositivos médicos necesarios e insustituibles para la realización de los mismos, entendiendo que el procedimiento incluye todas las tecnologías de esta clase que se requieran para tal fin.

9 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD

9.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

La Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica -ACOCIB hizo entrega a través de correo electrónico de la Ficha Técnica de Actualización a la Dirección de Beneficios. (Ver

Anexo 4 Ficha Técnica de Actualización).

Previo a la reunión con los delegados expertos de ACOCIB, se evaluaron en total 22 propuestas, según el tipo de ajuste definido en la Ficha Técnica de Actualización, se registraron 20 propuestas para Inclusión y dos propuestas correspondientes a modificación en la descripción o renombre.

9.2 CONSENSO MESA DE TRABAJO

El 4 de marzo de 2016, previo análisis interno y evaluación de la Ficha Técnica de Actualización de la CUPS de ACOCIB; la subdirectora de Beneficios de Aseguramiento citó al consenso con expertos delegados por ACOCIB, siendo partícipes la subdirectora de Beneficios; ocho profesionales especializados de la Dirección de Beneficios y tres representantes delegados de ACOCIB.

Se procedió a analizar y discutir cada una de las propuestas presentadas por ACOCIB relacionadas con la modificación en su descripción e inclusión de nuevos procedimientos, que afectarían la estructura de la CUPS.

Una vez realizado el consenso con los expertos se decide el renombre de algunas tecnologías o modificación de la descripción conservando el mismo código CUPS; se crean nuevos códigos en categorías y subcategorías que se evidencian en el Anexo Técnico 2 "Lista Tabular" de la Resolución 5975 de 2016.

De las propuestas de inclusión[16], se tomaron las siguientes decisiones a partir de los análisis realizados durante las sesiones de consenso; i) se acepta: son aquellas propuestas que se aceptaron sin más ajustes a la inicial, ii) se acepta parcialmente: son aquellas propuestas que requirieron un ajuste a lo solicitado originalmente, esto en cuanto a ubicación, codificación o descripción un ajuste a la propuesta inicial en cuanto ubicación, codificación o descripción; iii) no se acepta: son aquellas propuestas improcedentes para la CUPS, tales como paquetes, paneles o descripciones con indicaciones clínicas, finalidades, duplicidad, entre otras. Las decisiones se resumen en el siguiente cuadro:

[16] Procedimientos propuestos para incluir dentro de la Clasificación Única de procedimientos en Salud.

Tabla 17 Cuadro resumen de propuestas de inclusión consenso ACOCIB

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Propuesta inicial de la sociedad	Aceptados	Aceptados parcialmente	No aceptados	
Inclusión	20	8	6	6	18
Modificación	2	2	0	0	6
TOTAL	**22**	**10**	**6**	**6**	**24**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso ACOCIB

Como se puede observar en los datos relacionados en la tabla anterior, se concluye que el 72% de las tecnologías en salud propuestas para ajustes se acogieron dentro de la CUPS, como procedimientos nuevos respondiendo a la necesidad de actualizar esta especialidad.

A partir de los análisis realizados dentro de la sesión de consenso se evidencia la necesidad de hacer otras modificaciones que no estaban planteadas desde el inicio en la propuesta presentada por ACOCIB; estos ajustes obedecen a renombres, desagregación de algunos procedimientos que requerían especificidad, así como la inclusión de nuevas categorías y subcategorías como se mostrará en el siguiente punto correspondiente a la trazabilidad.

Es de resaltar que los ajustes adicionales derivados del consenso superan en número a las modificaciones inicialmente planteadas por ACOCIB y corresponden al 60% de las modificaciones totales.

9.3 TRAZABILIDAD

A continuación se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, conforme a las modificaciones consensuadas con los expertos de ACOCIB.

Tabla 18 Trazabilidad CUPS ACOCIB

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
		2	**4384**	**GASTRECTOMIA VERTICAL**
		2	438401	GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] VIA ABIERTA
		2	438402	GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] POR LAPAROSCOPIA
		2	**4385**	**REINTERVENCION GASTRECTOMIA VERTICAL**
		2	438501	REINTERVENCION O REVISION DE GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] VIA ABIERTA
		2	438502	REINTERVENCION O REVISION DE GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] POR LAPAROSCOPIA
		2	438503	CONVERSION DE GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] A OTRA CIRUGIA VIA ABIERTA
4493	**INSERCION DE BURBUJA GASTRICA (BALON)**	3	**4493**	**INSERCION O REVISION DE DISPOSITIVO GASTRICO**
449300	INSERCION DE BURBUJA GASTRICA (BALON) SOD	6	449301	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA

449300	INSERCION DE BURBUJA GASTRICA (BALON) SOD	6	449302	INSERCION DE DISPOSITIVO PERIGASTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VIA ABIERTA
449300	INSERCION DE BURBUJA GASTRICA (BALON) SOD	6	449303	INSERCION DE DISPOSITIVO PERIGASTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a esta especialidad y que se concertaron con ACOCIB:

Tabla 19 Resumen trazabilidad ACOCIB

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje de ajuste
2	**Nuevos**	32	80%
3	**Modificados descripción**	2	5%
6	**Desagregados**	6	15%
Total general		**40**	**100%**

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

Como se observa en la tabla anterior, el 80% de los ajustes concertados correspondieron a procedimientos que requerían ser incluidos dado el avance técnico científico en lo concerniente a la especialidad de cirugía bariátrica. No se identificó ningún procedimiento como posible obsoleto.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

10 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA

10.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

La Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica -ACRO, hizo entrega a través de correo electrónico de la Ficha Técnica de Actualización a la Dirección de Beneficios y hace referencia al Anexo 5 Ficha Técnica de Actualización .

Previo a la reunión con los delegados expertos de ACRO, se realizó el análisis interno por parte del grupo técnico de la Dirección, evaluando en total 127 propuestas.

El tipo de ajustes definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, registra once propuestas para Inclusión y 30 propuestas correspondientes a modificación en la descripción o renombre y 86 subcategorías para eliminación.

10.2 CONSENSO MESA DE TRABAJO

El 27 de mayo de 2016, la subdirectora de Beneficios de Aseguramiento cita al consenso con expertos delegados por ACRO, siendo participes la subdirectora de Beneficios; ocho profesionales especializados de la Dirección y tres representantes delegados de ACRO.

Los expertos de ACRO inician realizando una presentación en la que se daba un contexto acerca de los cambios en las tecnologías y los procedimientos utilizados en la práctica clínica actual de radioterapia oncológica; haciendo énfasis que los procedimientos descritos en la CUPS se encontraban desactualizados con base en el avance tecnológico y el desarrollo de nuevas técnicas de radioterapia y que era necesario reordenar los subgrupos que contienen los procedimientos de esta especialidad.

Se procedió a analizar y discutir cada una de las propuestas presentadas por ACRO relacionadas con la modificación en su descripción, inclusión de nuevos procedimientos, ajuste a subgrupos de acuerdo con la estructura de la CUPS.

Una vez realizado el consenso con los expertos se decide el renombre de algunas tecnologías o modificación de la descripción conservando el mismo código CUPS; se ajustan subgrupos y se crean nuevos códigos en categorías y subcategorías. Adicionalmente se propone la subcategoría 92.2.6.04 BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL CON BAJA TASA DE DOSIS como posible obsoleto, quedando para monitoreo interno.

De las propuestas de iniciales se observan las decisiones que se resumen en el siguiente cuadro:

Tabla 20 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso ACRO

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	11	6	2	3	0
Modificación	30	27	0	3	8
Eliminación	86	63	0	23	67
Total	**127**	**96**	**2**	**29**	**75**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso ACRO

Del total de propuestas de modificación de ACRO, se aceptaron el 77%; en razón a las discusiones, se presentaron ajustes adicionales que obedecen a un reordenamiento general de los subgrupos 92.2 RADIOTERAPIA y 92.3 RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA; también fue necesario ajustar la terminología y descripción de los procedimientos acorde a los términos utilizados en la práctica clínica actual; se desagregaron algunos procedimientos que requerían mayor especificidad, así como la inclusión de nuevas categorías y subcategorías como se mostrará en el siguiente punto correspondiente a la trazabilidad.

En desarrollo de los consensos frente a la instrucción inicial y los antecedentes las sociedades científicas se limitaron a realizar propuestas de inclusión, modificación o eliminación, posteriormente a la reunión inicial se revisaron los procedimientos que hacían parte del capítulo y la especialidad respectiva y se ejecutaron las acciones correspondientes a estructurar y actualizar el conjunto global de dichos códigos y descripciones abarcando la totalidad de los procedimientos en salud con los diferentes hallazgos y recomendaciones que se evidenciaron en la calificación de la trazabilidad de esta especialidad.

Es importante mencionar que el 42% de las modificaciones totales se encuentra representado en los ajustes adicionales aplicados durante la sesión de consenso.

10.3 TRAZABILIDAD

A continuación se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante el consenso.

Tabla 21 Trazabilidad CUPS ACRO

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
922	**RADIOTERAPIA**	1	**922**	**RADIOTERAPIA**
9221	**RADIOTERAPIA SUPERFICIAL**	5	**9222**	**TELETERAPIA ORTOVOLTAJE**
922100	TELETERAPIA ORTOVOLTAJE MENOR DE 120 KV SOD	5	922201	TELETERAPIA CON ORTOVOLTAJE
9222	**RADIOTERAPIA ORTOVOLTAJE**	3	**9222**	**TELETERAPIA ORTOVOLTAJE**
922200	TELETERAPIA ORTOVOLTAJE MAYOR DE 120 KV SOD	6	922201	TELETERAPIA CON ORTOVOLTAJE
9223	**TELETERAPIA CON RADIOISOTOPOS**	1	**9223**	**TELETERAPIA CON RADIOISOTOPOS**
9227	**RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL**	5	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIFICACIÓN	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
				SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT]
922704	RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL EN ABDOMEN	3 y 4	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT]
		2	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]
		2	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES [IGRT]
		2	922446	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA - ARCOTERAPIA DE MODULACION VOLUMETRICA [VMAT]
922437	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 MV EN CARA, ENCEFALO, CUELLO, MEDIASTINO, GANGLIONAR SUPRA E INFRADIAFRAGMATICA, MAMA, BAÑO TORACICO, ABDOMINAL TOTAL, RAQUIS, CORPORAL TOTAL (GRUPO 5) CON SIMULADOR Y CON PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO I)	6	922447	IRRADIACION CORPORAL TOTAL
		2	922448	IRRADIACION CUTANEA TOTAL
9225	**TELETERAPIA CON ELECTRONES**	1	**9225**	**TELETERAPIA CON ELECTRONES**
922501	TELETERAPIA CON ELECTRONES CAMPO UNICO	6	922504	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL)
9231	**RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA CON ACELERADOR LINEAL**	3	**9231**	**RADIOCIRUGIA DE FUENTE UNICA DE FOTONES**
923101	RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA CON ACELERADOR LINEAL, DOSIS UNICA	6	923103	RADIOCIRUGIA INTRACRANEAL O EXTRACRANEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)
923102	RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA CON ACELERADOR LINEAL, DOSIS FRACCIONADA (RADIOTERAPIA FRACCIONADA EN CONDICIONES ESTEREOTAXICAS)	6	923103	RADIOCIRUGIA INTRACRANEAL O EXTRACRANEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)
923101	RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA CON ACELERADOR LINEAL, DOSIS UNICA	6	**9232**	**RADIOCIRUGIA DE MULTIPLES FUENTES DE FOTONES**

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a esta especialidad y que se decidieron con ACRO:

Tabla 22 Resumen trazabilidad ACRO

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje de ajuste
1	**Sin ajuste**	4	2%
2	**Nuevos**	8	4%
3	**Modificados descripción**	8	4%
3 y 4	**Modificado descripción y Reubicado**	1	1%
5	**Eliminados por estar inmersos en otro**	130	73%
6	**Desagregados**	26	15%
8	**Posible obsoleto**	1	1%
Total general		**178**	**100%**

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

Conviene subrayar que los datos de la tabla anterior muestran mayores ajustes a los planteados inicialmente por ACRO, esto obedece a los análisis integrales dentro de las sesiones de consenso. El 73% de las modificaciones corresponden a la eliminación de procedimientos que se encontraban inmersos o hacían parte de otros también descritos convirtiéndose en duplicidades, evidenciando la necesidad de retirarlos y reordenar los subgrupos 92.2 RADIOTERAPIA y 92.3 RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA.

De otra parte, es necesario mencionar que la especialidad de medicina nuclear se encuentra relacionada con los subgrupos mencionados en el párrafo precedente y que aún no ha iniciado el proceso de actualización de la CUPS.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

11 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR Y CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

11.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realiza una reunión inicial con las representantes delegados del Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular, donde se socializa la metodología a desarrollar para la actualización de la CUPS; se hace entrega de las reglas a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos. El Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular hace entrega de las FICHAS TÉCNICAS ACTUALIZACIÓN_CUPS de Hemodinamia y de Cardiología Pediátrica (Ver Anexo 6 Ficha Técnica de Actualización Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular y Anexo 7 Ficha Técnica de Cardiología Pediátrica), que corresponden a la consolidación de las propuestas realizadas por su especialidad de los años 2011-2013 y actualizadas durante el año 2016.

Previo al consenso con los expertos se analizaron las propuestas realizadas por el Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular por parte del grupo técnico de la Dirección, evaluando en total 34 propuestas de hemodinamia y para el caso de cardiología pediátrica 24 propuestas.

El tipo de ajustes definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, registra 29 propuestas para Inclusión y cinco propuestas correspondientes a modificación en la descripción o renombre en hemodinamia; para cardiología pediátrica las 24 propuestas corresponden a inclusiones.

11.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

El 21 de junio de 2016, la subdirectora de Beneficios de Aseguramiento cita a primera sesión de consenso con expertos delegados, siendo participes la subdirectora de Beneficios; ocho profesionales especializados de la Dirección y tres representantes delegados del Colegio de Hemodinamia. Se realizaron cuatro (4) consensos con los delegados expertos del Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular y Cardiología Pediátrica referente a los procedimientos de estas especialidades.

Las modificaciones a la CUPS en lo relacionado con las propuestas iniciales, una vez finalizados los consensos con los expertos se consolidaron los resultados así:

Tabla 23 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso Hemodinamia

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	29	0	20	9	6
Modificación	5	3	0	2	0
Eliminación	0	0	0	0	7
TOTAL	**34**	**3**	**20**	**11**	**13**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con Hemodinamia.

En el caso particular de cardiología pediátrica, se resumen los resultados en la siguiente Tabla:

Tabla 24 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso Cardiología pediátrica

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	24	0	20	4	3
TOTAL	**24**	**0**	**20**	**4**	**3**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con Cardiología pediátrica.

Durante las discusiones presentadas con esta agremiación se hicieron varias aclaraciones y el resultado del consenso terminó ajustando el capítulo con la palabra Intervencionista, ya que la estructura de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud establece procedimientos quirúrgicos, no quirúrgicos y en algunos momentos se prestaba para limitar las competencias, en el campo de lo clínico y las autorizaciones determinadas por las normas de talento humano, ya que si bien, los títulos de idoneidad y la formación limitan en ciertos momentos el proceder quirúrgico o la intervención cuando se realizan estudios de subespecialidad como el caso de Hemodinamia o Electrofisiología, la connotación de Intervencionista o Intervencionismo faculta a los profesionales de salud para incidir las barreras fisiológicas de la piel y configurarse una especie especial de intervención quirúrgica, por lo que generó como resultado la modificación y ajuste correspondiente, para no limitar las competencias de los procedimientos de salud que se realizan en Colombia.

También se desarrollaron las sesiones con dicha agremiación, junto con otras sociedades o colegios que afectaban directamente el interés, objeto del capítulo y sistema que hicieron unas discusiones enriquecedoras y que entre otras aplicando las reglas y los atributos establecidos por la Metodología y avaladas por los integrantes es realizaron las argumentaciones, se expusieron los conceptos principalmente en la descripción adecuada del procedimiento abarcando tanto los atributos como los principios, caso particular, del uso de los dispositivos médicos (Por ejemplo: MitraClick, TAVI, entre otros).

Entre los profesionales especializados de la Dirección de Regulación de Beneficios y los delegados de las diferentes agremiaciones en el tema particular se realizó con bastante ilustración los conceptos de los anglicismos incorporados a la práctica clínica, que en cumplimiento del sistema jurídico colombiano y la Constitución, desarrollando el alcance de la semántica y la interoperabilidad para los sistemas de información en particular el del sistema de salud, se modula la semántica técnica y el lenguaje científico, frente al lenguaje semántico acorde a los sistemas de información, válgase la aclaración como para el caso del "TAVI" (siglas del inglés *"transcatheter aortic valve implantation"* que abarcan el uso de un dispositivo y la inserción de dicho dispositivo médico, como parte del tratamiento terapéutico de un reemplazo valvular, y que al castellano se traduce como Implantación Transcateter de válvula aórtica), discusión que tuvo gran problemática y diferente argumentación. Sin embargo, se llegó a la conclusión y consenso que establecía con base en las tendencias actuales de la práctica clínica que dicho dispositivo lo estaban usando para realizar modificaciones a la terapéutica de otras patologías de otras válvulas cardiacas que en el comienzo se realizaron como intervenciones experimentales (a nivel internacional y no avaladas en Colombia para garantizarse con recursos de salud), en vista que no existían en su momento dispositivos médicos que cumplieran las funciones de los reemplazos valvulares diferentes a la válvula aórtica.

De ahí que, las discusiones terminaron ajustando el procedimiento en salud con código y descripción conforme al procedimiento que se realiza en Colombia, autorizado por la autoridad competente, y ajustando en el capítulo correspondiente bajo el principio de integralidad el incluye del dispositivo médico, independientemente de la marca, las características y el costo o precio del mismo, ya que todas esas especificaciones y características no hacen parte del objetivo principal de la Actualización de la CUPS.

Del total de las solicitudes de ajuste del Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular en sus dos especialidades, se aceptó el 74%; y en razón a las discusiones se realizó un reordenamiento general del Capítulo 07 SISTEMA CIRCULATORIO, también fue necesario ajustar la terminología y descripción de los procedimientos acorde a los procesos de la práctica clínica actual; se desagregaron algunos procedimientos que requerían mayor especificidad, como se mostrará en el siguiente punto correspondiente a la trazabilidad.

Las modificaciones adicionales realizadas dentro de las sesiones de consenso representan el 56% del total de los ajustes concertados.

11.3 TRAZABILIDAD

A continuación se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante el consenso.

Tabla 25 Trazabilidad CUPS Hemodinamia y Cardiología Pediátrica

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
3521	**REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA)**	3	**3521**	**REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA**
3526	**REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA Y AORTA ASCENDENTE**	5	**3521**	**REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA**
352100	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA) SOD	6	352101	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA ABIERTA
352600	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA Y AORTA ASCENDENTE SOD	5	352101	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA ABIERTA
352100	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA) SOD	6	352102	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA MINIMAMENTE INVASIVA
352100	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA) SOD	6	352103	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
3522	**REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL CON PROTESIS O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA)**	3	**3522**	**REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL**
352200	REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL CON PROTESIS O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA) SOD	6	352201	REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL VIA ABIERTA

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
352200	REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL CON PROTESIS O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA) SOD	6	352202	REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL MINIMAMENTE INVASIVA
352200	REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL CON PROTESIS O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA) SOD	6	352203	REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
3524	**REEMPLAZO O RECONSTRUCCION DE DOS O TRES VALVULAS**	3	**3524**	**OTROS REEMPLAZOS VALVULARES**
Incluye:	*OPERACION DE ROSS (AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICION AORTICA Y HOMOINJERTO EN POSICION PULMONAR)*			SE ELIMINA POR SER IMPROCEDENTE
352400	REEMPLAZO O RECONSTRUCCION DE DOS O TRES VALVULAS SOD	6	352401	AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICION AORTICA Y REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR [ROSS]
3525	**REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES**	3	**3525**	**REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA**
3527	**REINTERVENCION POR DISFUNCION PROTESICA VALVULAR SIN REEMPLAZO**	5	**3525**	**REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA**
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352501	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352502	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA PULMONAR MINIMAMENTE INVASIVA
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352503	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352504	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA AORTICA VIA ABIERTA
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352505	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA AORTICA MINIMAMENTE INVASIVA
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352506	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA AORTICA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352507	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA MITRAL VIA ABIERTA
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352508	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA MITRAL MINIMAMENTE INVASIVA
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352509	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA MITRAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352510	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352511	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA TRICUSPIDEA MINIMAMENTE INVASIVA
352500	REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULARES SOD	6	352512	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA TRICUSPIDEA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
3581	**REPARACION DE LA TETRALOGIA DE FALLOT**	1	**3581**	**REPARACION DE LA TETRALOGIA DE FALLOT**
358107	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT	6	358108	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON AGENESIA DE VALVULA PULMONAR
8761	**ARTERIOGRAFIAS EN VASOS DEL TORAX**	1	**8761**	**ARTERIOGRAFIAS EN VASOS DEL TORAX**
876110	AORTOGRAMA TORACICO	1	876110	AORTOGRAMA TORACICO
Incluye:	*AORTOGRAFIA DE AORTA Y CAYADO AORTICO*	1	**Incluye:**	*AORTOGRAFIA DE AORTA Y CAYADO AORTICO*
876110	AORTOGRAMA TORACICO	6	876111	MAPEO DEL ARBOL PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
876121	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	1	876121	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO
Incluye:	*TECNICA DE [JUDKINS, RICKETTS Y ABRAMS]*	1	**Incluye:**	*TECNICA DE [JUDKINS, RICKETTS Y ABRAMS]*
876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	1	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO
876120	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	6	876123	VALORACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS
876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	6	876123	VALORACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular y Cardiología pediátrica; teniendo en cuenta que existen procedimientos que convergen con otras especialidades como cirugía cardiovascular, rehabilitación cardíaca y electrofisiología, es posible que los datos a continuación puedan no corresponder exclusivamente a Hemodinamia, sino al trabajo articulado entre estas especialidades logrando así la coherencia técnica necesaria para definir las modificaciones:

Tabla 26 Trazabilidad Hemodinamia e intervencionismo

Calificación trazabilidad	Procedimientos	Total	Porcentaje de ajuste
1	**Sin ajuste**	58	50%
3	**Modificados descripción**	20	17%
4 y 6	**Reubicado y Desagregados**	3	3%
5	**Eliminados por estar inmersos o incluidos en otro**	7	6%
6	**Desagregados**	29	25%
Total general		**117**	**100%**

Fuente: Consenso con Hemodinamia e intervencionismo y Cardiología pediátrica

Como se ha mencionado, dentro de las sesiones de consenso las discusiones técnicas no se limitan únicamente a las propuestas de actualización consignadas en las Fichas Técnicas; y como se evidencia en la Tabla anterior se revisaron los procedimientos de estas especialidades y se concluyó que el 50% no requería ajuste alguno.

Ahora bien, a pesar de que existían propuestas de inclusión de tecnologías, durante los análisis técnicos se evidenció que algunos ya existían dentro de la CUPS pero bajo otra nomenclatura; así mismo con los procedimientos que requerían ser desagregados para dar la especificidad necesaria, sin que esto correspondiera a subcategorías nuevas.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

12 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y REHABILITACIÓN CARDÍACA

12.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular -SCC, en donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

Se planteó con la SCC, revisar y analizar el trabajo adelantado por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de este Ministerio durante los años de 2011 al 2013, realizando el envío mediante correo electrónico de las FICHAS TÉCNICAS DE ACTUALIZACIÓN_CUPS de las temáticas de Cirugía Cardiovascular y de Rehabilitación cardíaca. (Ver Anexo 7 Ficha Técnica de Cardiología Pediátrica y Anexo 8 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Cardiovascular), que corresponden a la consolidación de las propuestas realizadas por su especialidad de los años 2011-2013 y actualizadas durante el año 2016.

Previo al consenso con los expertos se analizaron las propuestas realizadas por la Sociedad Colombiana de Cirugía Cardiovascular por parte del grupo técnico de la Dirección, evaluando en total 154 propuestas de cirugía cardiovascular.

El tipo de ajustes definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización de cirugía cardiovascular, se reconocen 118 propuestas para Inclusión y 26 propuestas correspondientes a modificación en la descripción o renombre y 10 tecnologías propuestas para eliminación. En la temática de rehabilitación cardiovascular registra 24 tecnologías para incluir.

12.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

El 30 de junio de 2016, la subdirectora de Beneficios de Aseguramiento cita a primera sesión de consenso con expertos delegados, siendo partícipes la subdirectora de Beneficios; ocho profesionales especializados de la Dirección y cuatro representantes delegados de la sociedad.

Una vez realizada la evaluación de la propuesta por el grupo técnico, y teniendo en cuenta que no se presentó por parte de Cirugía Cardiovascular ninguna observación a la metodología, se realizaron tres (3) consensos durante el año 2016.

Una vez finalizados los consensos con los expertos se consolidaron los resultados así:

Tabla 27 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso Cirugía cardiovascular

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	118	0	104	14	0
Modificación	26	22	3	1	712
Eliminación	10	10	0	0	18
TOTAL	**154**	**32**	**107**	**15**	**730**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con Cirugía cardiovascular

En el caso particular de rehabilitación cardíaca se presentan los siguientes datos en la Tabla:

Tabla 28 Cuadro resumen de propuestas de ajuste Rehabilitación Cardíaca

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total de propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	7	4	0	3	0
Modificación	2	2	0	0	1
Total	**9**	**6**	**0**	**3**	**1**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con Rehabilitación Cardíaca

Durante la sesión de consenso uno de los expertos miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía Cardiovascular expuso con suficiente claridad el concepto de cirugía mínimamente invasiva en donde trajo varios artículos indexados y términos Medical Subject Headings (MeSH) de aceptación internacional y a su vez los profesionales especializados de la Dirección de Beneficios, establecieron en sus consideraciones y conclusiones que afectaban la interpretación semántica y que a su vez no cumplía con los atributos, principios y reglas de la metodología de la Actualización de la CUPS; sin embargo, posterior a múltiples discusiones se concertó la aceptación en lo referente al capítulo respectivo y se ajustó el término a varios procedimientos en lo que se describió dentro del procedimiento como mínimamente invasivo; a su vez, como resultado de lo mismo se estableció la modificación del articulado que se vio reflejado en la Resolución 5975 de 2016 la cual modificada la definición de la cirugía o intervención mínimamente invasiva.

El 89% de las solicitudes de cambio hechas por la SCC en sus dos capítulos fueron aceptadas; sin embargo, es importante aclarar que dada la correlación con otras especialidades varias de las modificaciones obedecen al trabajo conjunto con las demás sociedades científicas.

Como se evidencia en la tabla anterior durante las sesiones de consenso surgieron ajustes complementarios a los propuestos inicialmente en un número muy superior al allegado por SCC. Estos cambios posteriores representan el 84% de la actualización para la especialidad de cirugía cardiovascular y rehabilitación cardíaca.

12.3 TRAZABILIDAD

A continuación se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo convenido durante los consensos:

Tabla 29 Trazabilidad CUPS Cirugía cardiovascular y Rehabilitación cardíaca

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
35	**PROCEDIMIENTOS EN VALVULAS DEL CORAZON**	1	**35**	**PROCEDIMIENTOS EN VALVULAS DEL CORAZON**
35	**PROCEDIMIENTOS EN VALVULAS DEL CORAZON**	6	**Incluye:**	*DISPOSITIVO MEDICO*
Simultaneo:	*CUANDO SE REALICE DERIVACION CARDIOPULMONAR [CIRCULACION EXTRACORPOREA] (39.6.1.)*	1	**Simultaneo:**	*CUANDO SE REALICE DERIVACION CARDIOPULMONAR [CIRCULACION EXTRACORPOREA] (39.6.1.)*

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
350	**VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS POR CATETERISMO**	5	**351**	**VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS CARDIACAS**
351	**VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS CARDIACAS QUIRURGICAS**	3	**351**	**VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS CARDIACAS**
Incluye:	*RESECCIONES SEGMENTARIAS DE VALVAS, RECONSTRUCCION CON ANILLOS, ACORTAMIENTO O ALARGAMIENTO DE CUERDAS*	1	**Incluye:**	*RESECCIONES SEGMENTARIAS DE VALVAS, RECONSTRUCCION CON ANILLOS, ACORTAMIENTO O ALARGAMIENTO DE CUERDAS*
3501	**COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA AORTICA CON BALON**	5	**3511**	**VALVULOPLASTIA AORTICA**
3511	**COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA AORTICA QUIRURGICA**	3	**3511**	**VALVULOPLASTIA AORTICA**
351100	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA AORTICA VIA ABIERTA SOD	6	351101	VALVULOPLASTIA AORTICA VIA ABIERTA
351100	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA AORTICA VIA ABIERTA SOD	6	351102	VALVULOPLASTIA AORTICA MINIMAMENTE INVASIVA
350100	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA AORTICA CON BALON (VIA ENDOVASCULAR) SOD	6	351103	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
3502	**COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA MITRAL CON BALON**	5	**3512**	**VALVULOPLASTIA MITRAL**
3512	**COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA MITRAL QUIRURGICA**	3	**3512**	**VALVULOPLASTIA MITRAL**
351200	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ABIERTA SOD	6	351201	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ABIERTA
351200	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ABIERTA SOD	6	351202	VALVULOPLASTIA MITRAL MINIMAMENTE INVASIVA
350200	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA MITRAL CON BALON (VIA ENDOVASCULAR) SOD	6	351203	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
3503	**COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA PULMONAR CON BALON**	5	**3513**	**VALVULOPLASTIA PULMONAR**
3513	**COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA PULMONAR QUIRURGICA**	3	**3513**	**VALVULOPLASTIA PULMONAR**
351300	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA ABIERTA SOD	6	351301	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA ABIERTA
351300	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA ABIERTA SOD	6	351302	VALVULOPLASTIA PULMONAR MINIMAMENTE INVASIVA
350300	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA PULMONAR CON BALON (VIA ENDOVASCULAR) SOD	6	351303	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
3504	**COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA TRICUSPIDEA CON BALON**	5	**3514**	**VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA**
3514	**COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA QUIRURGICA**	3	**3514**	**VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA**
351400	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA SOD	6	351401	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA
351400	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA SOD	6	351402	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA MINIMAMENTE INVASIVA
350400	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA TRICUSPIDEA CON BALON (VIA ENDOVASCULAR) SOD	6	351403	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
350301	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA PULMONAR CON BALON (VIA ENDOVASCULAR) SOD	6	**3515**	**PERFORACION DE VALVULA PULMONAR**
350301	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA PULMONAR CON BALON (VIA ENDOVASCULAR) SOD	6	351501	PERFORACION DE VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
3531	**PROCEDIMIENTOS EN MUSCULO PAPILAR**	4	**3516**	**PROCEDIMIENTOS EN MUSCULO PAPILAR**
353101	REPARACION DE MUSCULO PAPILAR	4Y6	351601	REPARACION DE MUSCULO PAPILAR VIA ABIERTA
353101	REPARACION DE MUSCULO PAPILAR	4Y6	351602	REPARACION DE MUSCULO PAPILAR MINIMAMENTE INVASIVA
353102	REIMPLANTACION DE MUSCULO PAPILAR	4Y6	351603	REIMPLANTACION DE MUSCULO PAPILAR VIA ABIERTA
353102	REIMPLANTACION DE MUSCULO PAPILAR	4Y6	351604	REIMPLANTACION DE MUSCULO PAPILAR MINIMAMENTE INVASIVA
Incluye:	*AQUEL POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ENTRE OTRAS CAUSAS*	4	**Incluye:**	*AQUEL POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ENTRE OTRAS CAUSAS*
3532	**PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS**	4	**3517**	**PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS**
353201	REPARACION DE CUERDAS TENDINOSAS	4Y6	351701	REPARACION DE CUERDAS TENDINOSAS VIA ABIERTA
353201	REPARACION DE CUERDAS TENDINOSAS	4Y6	351702	REPARACION DE CUERDAS TENDINOSAS MINIMAMENTE INVASIVA
3533	**ANULOPLASTIA**	4	**3518**	**ANULOPLASTIA**
353301	AMPLIACION DE ANILLO	4Y6	351801	AMPLIACION DE ANILLO VIA ABIERTA
353301	AMPLIACION DE ANILLO	4Y6	351802	AMPLIACION DE ANILLO MINIMAMENTE INVASIVA
353301	AMPLIACION DE ANILLO	4Y6	351803	REPARACION DE ANILLO VIA ABIERTA

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
353301	AMPLIACION DE ANILLO	4Y6	351804	REPARACION DE ANILLO MINIMAMENTE INVASIVA
353301	AMPLIACION DE ANILLO	4Y6	351805	REPARACION DE ANILLO VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
352	**REEMPLAZOS VALVULARES CARDIACOS**	3	**352**	**REEMPLAZOS DE VALVULAS CARDIACAS**
352	**REEMPLAZOS VALVULARES CARDIACOS**	6	**Incluye:**	*DISPOSITIVO MEDICO*
3615	**ANASTOMOSIS SIMPLE O SECUENCIAL DE ARTERIA MAMARIA INTERNA-ARTERIA CORONARIA**	4Y6	**3616**	**ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR**
3617	**ANASTOMOSIS CORONARIA CON VENA SAFENA PARA REVASCULARIZACION CARDIACA DE UNO O MAS VASOS**	4Y6	**3616**	**ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR**
	REUBICADA Y DESAGREGADA DE LAS CATEGORÍAS 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615 Y 3617	4Y6	**Incluye:**	*RAMAS SECUNDARIAS*
8941	**PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON EMPLEO DE CINTA RODANTE**	3	**8941**	**PRUEBA ERGOMETRICA (DE ESFUERZO) CARDIOVASCULAR**
894101	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR INTEGRADA	3	894101	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR INTEGRADA (ERGOESPIROMETRIA)
894102	PRUEBA ERGOMETRICA (TEST DE EJERCICIO)	3	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR
8942	**PRUEBA DE ESFUERZO EN DOS FASES DE MASTERS**	5	894104	PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS
894200	PRUEBA DE ESFUERZO EN DOS FASES DE MASTERS SOD	3Y4	894104	PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS
8944	**OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR**	3	**8944**	**OTRAS PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR**
Incluye:	*PRUEBA DE ESFUERZO CON TALIO CON O SIN MARCAPASOS TRANSESOFAGICO*	3	**Incluye:**	*PRUEBA DE ESFUERZO FARMACOLOGICA*
894400	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR SOD	6	894401	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR
894400	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR SOD	6	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS
894400	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR SOD	6	894403	PRUEBA DE 12 MINUTOS [COOPER]
9304	**EVALUACION DE FUNCION OSTEOMUSCULAR**	1	**9304**	**EVALUACION DE FUNCION OSTEOMUSCULAR**
Incluye:	*PRUEBA DE ESFUERZO CON TALIO CON O SIN MARCAPASOS TRANSESOFAGICO*	3	**Incluye:**	*PRUEBA DE ESFUERZO FARMACOLOGICA*

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
894400	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR SOD	6	894401	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los acuerdos hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a cirugía cardiovascular y rehabilitación cardíaca:

Tabla 30 Tabla 29 Trazabilidad Cirugía cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca

Calificación trazabilidad	Procedimientos	Total	Porcentaje de ajuste
1	**Sin ajuste**	166	16%
2	**Nuevos**	4	0%
3	**Modificados descripción**	46	4%
4	**Reubicado**	8	1%
5	**Eliminados por estar inmersos en otro**	24	2%
6	**Desagregados**	790	76%
7	**Agrupados**	4	0%
8	**Posible obsoleto**	1	0%
Total general		**1043**	**100%**

Fuente: Elaboración propia a partir de consensos con Cirugía cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca

Como se ha mencionado, dentro de las sesiones de consenso las discusiones técnicas no se limitan únicamente a las propuestas de actualización consignadas en las Fichas Técnicas; y como se evidencia en la tabla anterior a pesar de que existían propuestas de inclusión de tecnologías, durante los análisis técnicos se evidenció que algunos ya existían dentro de la CUPS pero bajo otra nomenclatura o realmente correspondían a desagregaciones para dar la especificidad necesaria, sin que esto correspondiera a subcategorías nuevas representando el 76% de las modificaciones.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

13 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA

13.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

El Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular asiste a reunión inicial junto con la especialidad de hemodinamia, donde se socializa la metodología a desarrollar para la actualización de la CUPS; se hace entrega de las reglas a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

El Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular hace entrega de la Ficha Técnica de Actualización_CUPS de su especialidad (Ver Anexo 10 Ficha Técnica de Actualización Electrofisiología), que corresponden a la consolidación de las propuestas realizadas por su especialidad de los años 2011-2013 y actualizadas durante el año 2016.

Previo al consenso con los expertos se analizaron las propuestas allegadas por el Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular por parte del grupo técnico de la Dirección, evaluando en total 126 propuestas de actualización.

El tipo de ajustes definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, registra 64 propuestas para Inclusión y 47 propuestas correspondientes a modificación en la descripción o renombre 15 propuestas corresponden a eliminaciones de la CUPS.

13.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

El 5 de julio de 2016, la subdirectora de Beneficios de Aseguramiento cita a primera sesión de consenso con los expertos delegados, siendo partícipes la subdirectora de Beneficios; seis (6) profesionales especializados de la Dirección y dos (2) representantes delegados del Colegio de Electrofisiología Cardiovascular. Para la concertación de los procedimientos fue necesario llevar a cabo cuatro (4) sesiones de consenso.

Las modificaciones a la CUPS en lo relacionado con las propuestas iniciales, una vez finalizados los consensos con los expertos se consolidaron así:

Tabla 31 Cuadro resumen de propuestas de ajuste consenso Electrofisiología

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total de propuestas iniciales	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	64	4	27	33	0
Modificación	47	18	12	17	112
Eliminación	15	12	0	3	10
TOTAL	**126**	**34**	**39**	**53**	**122**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con Electrofisiología.

Igualmente, junto con esta agremiación la cual formó parte de las discusiones que se describen tanto en el desarrollo de la metodología con el Colegio Colombiano de Hemodinamia Intervencionista, como con la Sociedad de Cirugía Cardiovascular, se realizó la discusión y se realizaron las diferentes formas de establecer la clasificación y calificación que se detallan en la trazabilidad.

Del total de las solicitudes de ajuste del Colegio Colombiano de Electrofisiología cardiovascular, se aceptó el 58%; y en justificación de los análisis se realizó un reordenamiento general del Capítulo 07

SISTEMA CIRCULATORIO, también fue necesario ajustar la terminología y descripción de los procedimientos acorde a los procesos de la práctica clínica actual; se desagregaron algunos procedimientos que requerían mayor especificidad, como se mostrará en el siguiente punto correspondiente a la trazabilidad.

El ajuste adicional dado en las sesiones de consenso es equivalente al número de propuestas iniciales y representa el 18% del total de modificaciones.

13.3 TRAZABILIDAD

A continuación se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante el consenso con electrofisiología:

Tabla 32 Trazabilidad CUPS Electrofisiología

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
3721	**CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON**	3	**3721**	**CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON**
Incluye:	**EVALUACION DE LA FUNCION SINUSAL, CONDUCCION AURICULO-VENTRICULAR Y LA ESTIMULACION ATRIALO VENTRICULAR**			SE ELIMINA POR SER IMPROCEDENTE
372101	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO INTRACARDIACO (ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO CONVENCIONAL)	3	372101	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO CONVENCIONAL DEL LADO DERECHO DEL CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
372101	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO INTRACARDIACO (ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO CONVENCIONAL)	6	372102	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA
992990	INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	6	372102	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA
3722	**CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON**	3	**3722**	**CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON**
372200	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON SOD	6	372201	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
372201	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON SOD	6	372202	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON
3723	**CATETERISMO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON**	3	**3723**	**CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON**
372301	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON CON ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO	3	372301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
372302	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON	1	372302	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON
3724	**CATETERISMO TRANSEPTAL EN CORAZON**	3	**3724**	**CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON**
372401	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON CON ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO	3	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON	1	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON
3725	**ESTIMULACION ELECTROFISIOLOGICA CARDIACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO**	1	**3725**	**ESTIMULACION ELECTROFISIOLOGICA CARDIACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO**
372501	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO TRANS ESOFAGICO	8	372501	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO TRANS ESOFAGICO
372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO PERCUTANEO (EPICARDICO)	3	372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA PERCUTANEA
372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO PERCUTANEO (EPICARDICO)	6	372503	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA ABIERTA
377	**IMPLANTACION, REVISION, SUSTITUCION Y ELIMINACION DE ELECTRODOS DE MARCAPASO; IMPLANTACION DE SISTEMA DE MARCAPASO TEMPORAL; O REVISION DE BOLSA**	6	**378**	**INSERCION [IMPLANTACION], REVISION, SUSTITUCION O ELIMINACION DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACION CARDIACA O REVISION DE BOLSILLO**
378	**INSERCION, SUSTITUCION, REVISION Y ELIMINACION DE APARATOS MARCAPASOS**	3	**378**	**INSERCION [IMPLANTACION], REVISION, SUSTITUCION O ELIMINACION DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACION CARDIACA O REVISION DE BOLSILLO**
Simultaneo:	CUALQUIER IMPLANTE DE MARCAPASOS (37.8.)	5	**Incluye:**	*DISPOSITIVO MEDICO.*
3778	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS	4Y6	**3780**	**INSERCION [IMPLANTACION] DE MONITORES DE EVENTOS**
377800	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS SOD	4Y6	378001	INSERCION [IMPLANTACION] DE MONITOR DE EVENTOS
3778	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS	4Y6	**3781**	**INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO)**
377800	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS SOD	4Y6	378101	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA ABIERTA
377800	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS SOD	4Y6	378102	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
3771	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN VENTRICULO	5	**3782**	**INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS UNICAMERALES**
3782	IMPLANTACION DE MARCAPASO UNICAMERAL	3	**3782**	**INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS UNICAMERALES**
377100	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN VENTRICULO SOD	5	378201	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS UNICAMERAL
378200	IMPLANTACION DE MARCAPASO UNICAMERAL SOD	3Y6	378201	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS UNICAMERAL
3772	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA Y VENTRICULO	5	**3783**	**INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERALES**
3773	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA	5	**3783**	**INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERALES**
3783	INSERCION DE MARCAPASOS BICAMERAL	3	**3783**	**INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERALES**
Incluye:	ZONAS NO CONVENCIONALES COMO AURICULA DERECHA SEPTAL, INFERIOR, OS DEL SENO CORONARIO O VENAS CORONARIAS			SE ELIMINA POR SER IMPROCEDENTE
377200	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA Y VENTRICULO SOD	5	378301	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERAL
377300	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA SOD	5	378301	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERAL
378300	INSERCION DE MARCAPASOS BICAMERAL SOD	6	378301	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERAL
		2	**3784**	**INSERCION [IMPLANTACION] DE RESINCRONIZADORES CARDIACOS**

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a Electrofisiología:

Tabla 33 Trazabilidad Electrofisiología Cardiovascular

Calificación trazabilidad	Procedimientos	Total	Porcentaje de ajuste
1	**Sin ajuste**	467	70%
2	**Nuevos**	4	1%
3	**Modificados descripción**	26	4%
4	**Reubicado**	4	1%
5	**Eliminados por estar inmersos o incluidos en otro**	22	3%
6	**Desagregados**	139	21%
8	**Posible obsoleto**	1	0%
Total general		**663**	**100%**

Fuente: Consenso con Electrofisiología Cardiovascular

Como se evidencia en la tabla anterior a pesar de que existían propuestas de inclusión de tecnologías, durante los análisis técnicos se evidenció que algunos ya existían dentro de la CUPS pero bajo otra nomenclatura; así mismo con los procedimientos que requerían ser desagregados para dar la especificidad necesaria, sin que esto correspondiera a subcategorías nuevas representando el 21% de los ajustes

Adicionalmente, se muestra el dato de procedimientos sin ajuste que constituye una evaluación de los mismos, pero que no requirieron modificaciones. Se nominó como posible obsoleto la subcategoría 37.2.5.01 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO TRANS ESOFÁGICO; dicho procedimiento será monitoreado retrospectivamente para corroborar el desuso de la tecnología en salud.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

14 ARTICULACIÓN SISTEMA CARDIOVASCULAR

Para complementar, después de lo descrito tanto en los consensos del Sistema Cardiovascular a través de las diferentes agremiaciones como Colegio Colombiano de Hemodinamia Intervencionista, así como el Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular, y la Sociedad Colombiana de Cirugía Cardiovascular, en el domicilio de dicha agremiación se realizó una sesión conjunta para establecer los puntos de divergencia y convergencia, para determinar una conclusión y un resultado del Consenso, con miras a dar cumplimiento a los objetivos producto de esta trabajo como fue la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS.

De esta forma se resalta el consenso con todos los expertos del país (especialistas) que de manera agremiada y conjunta con miras a sus objetivos particulares se evidencia la coherencia técnica dada por todos los profesionales expertos que intervinieron para el desarrollo adecuado de la descripción, denominación y codificación de los procedimientos en salud, que se realizan en Colombia que hacen parte de este capítulo y del Sistema Cardiovascular.

15 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

15.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Previo al primer consenso con los expertos se realiza una reunión con el representante delegado de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva -SCCP, en adelante SCCP, donde se socializa la metodología a desarrollar para la actualización y reordenamiento de la CUPS, se hace entrega de las reglas a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos; SCCP hace entrega de la FICHA TÉCNICA ACTUALIZACIÓN_CUPS, (Ver Anexo 11 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Plástica), que corresponde a la consolidación de las propuestas realizadas por las Sociedades o Asociaciones científicas de Colombia en los años 2011-2013 y actualizadas durante el año 2016.

Seguidamente se analizaron los cambios sugeridos por SCCP en reuniones de análisis interno con el grupo técnico evaluando en total 69 propuestas de actualización.

El tipo de ajustes definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, contiene 61 propuestas para Inclusión y siete correspondientes a modificación en la descripción o renombre y una subcategoría por eliminar.

15.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

El 8 de junio de 2016, la subdirectora de Beneficios de Aseguramiento cita a primera sesión de consenso con expertos delegados, siendo participes la subdirectora de Beneficios; siete profesionales especializados de la Dirección y dos representantes delegados de SCCP. Para los análisis técnicos fueron necesarias cuatro (4) sesiones de consenso con los delegados expertos.

Las modificaciones a la CUPS en lo relacionado con las propuestas iniciales, una vez finalizados los consensos con los expertos se consolidaron los resultados así:

Tabla 34 Cuadro resumen de propuestas de ajuste Consenso Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	61	28	14	19	0
Modificación	7	6	0	1	104
Eliminación	1	0	1	0	11
Total	**69**	**34**	**15**	**20**	**115**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos SCCP

El 71% de las propuestas allegadas a la Dirección de Beneficios por parte de SCCP fueron aceptadas. Sin que esto implique que no se surtieron más modificaciones que las planteadas en un inicio, dados los análisis integrales.

El ajuste adicional dado en las sesiones de consenso supera en gran proporción al número de propuestas iniciales allegadas por parte de SCCP y representa el 21% del total de modificaciones. Existen procedimientos que fueron concertados de manera conjunta como es el caso de cirugía plástica con otología, neurotología o mastología.

15.3 TRAZABILIDAD

Para cirugía plástica, se evidenció en la trazabilidad cambios como se muestran en los ejemplos a continuación:

Tabla 35 Trazabilidad CUPS Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
012	**CRANEOTOMIA Y CRANIECTOMIA**	1	**012**	**CRANEOTOMIA Y CRANIECTOMIA**
Excluye:	*AQUELLA EMPLEADA COMO ACCESO QUIRURGICO (OMITIR CODIGO), DESCOMPRESION DE FRACTURA DE CRANEO (02.0.2.), EXPLORACION DE ORBITA (16.1. - 16.9.)*	1	**Excluye:**	*AQUELLA EMPLEADA COMO ACCESO QUIRURGICO (OMITIR CODIGO), DESCOMPRESION DE FRACTURA DE CRANEO (02.0.2.), EXPLORACION DE ORBITA (16.1. - 16.9.)*
0121	**INCISIONES Y DRENAJES DE SENO FRONTAL**	3	**0121**	**INCISION O DRENAJE O DESFUNCIONALIZACION DE SENO FRONTAL**
012101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	1	012101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL
012102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL	1	012102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL
012102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL	6	012103	DESFUNCIONALIZACION DE SENO FRONTAL
0471	**ANASTOMOSIS EN FACIAL CON HIPOGLOSO**	3	**0471**	**REPARACION DE NERVIO FACIAL**
047101	REPARACION DE NERVIO FACIAL, POR INTERPOSICION DE NERVIO HIPOGLOSO	1	047101	REPARACION DE NERVIO FACIAL, POR INTERPOSICION DE NERVIO HIPOGLOSO
047102	REPARACION DE NERVIO FACIAL, POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL	1	047102	REPARACION DE NERVIO FACIAL, POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL
047103	ANASTOMOSIS HIPOGLOSO FACIAL	1	047103	ANASTOMOSIS HIPOGLOSO FACIAL
		2	047104	REANIMACION FACIAL CON COLGAJO MUSCULAR PEDICULADO
		2	047105	REANIMACION FACIAL CON COLGAJO MUSCULAR CON TECNICA MICROVASCULAR
		2	047106	REANIMACION FACIAL CON TECNICA DE SUSPENSION VIA ABIERTA
		2	047107	REANIMACION FACIAL CON TECNICA DE SUSPENSION VIA ENDOSCOPICA
0826	**TARSECTOMIA**	3	**0826**	**PLASTIAS EN TARSO**
082600	TARSECTOMIA SOD	6	082601	TARSECTOMIA
082600	TARSECTOMIA SOD	6	082602	TARSORRAFIA
086103	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL	6	082602	TARSORRAFIA
088100	REPARACION LINEAL DE LACERACION DE PARPADO O CEJA SOD	6	082602	TARSORRAFIA
1684	**DESCOMPRESIONES DE ORBITAS**	1	**1684**	**DESCOMPRESIONES DE ORBITAS**

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
168406	DESCOMPRESION DE ORBITA	5	**1684**	**DESCOMPRESIONES DE ORBITAS**
168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA [TECNICA TRANSCRANEANA DE NAFZINGHER]	1	168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA [TECNICA TRANSCRANEANA DE NAFZINGHER]
168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL [TECNICA DE KROMLIEN]	1	168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL [TECNICA DE KROMLIEN]
168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL [TECNICA DE WALSH-OUGURA] VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA	1	168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL [TECNICA DE WALSH-OUGURA] VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA
168404	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL [TECNICA DE WALSH-OUGURA] VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	1	168404	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL [TECNICA DE WALSH-OUGURA] VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA
168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	1	168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR
168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA [TECNICA TRANSCRANEANA DE NAFZINGHER]	6	168407	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA MEDIAL
168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL [TECNICA DE KROMLIEN]	6	168407	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA MEDIAL
168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL [TECNICA DE WALSH-OUGURA] VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA	6	168407	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA MEDIAL
168404	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL [TECNICA DE WALSH-OUGURA] VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	6	168407	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA MEDIAL
168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	6	168407	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA MEDIAL
168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA [TECNICA TRANSCRANEANA DE NAFZINGHER]	6	168408	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TRANSCONJUNTIVAL
168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL [TECNICA DE KROMLIEN]	6	168408	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TRANSCONJUNTIVAL
168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL [TECNICA DE WALSH-OUGURA] VIA TRANSMAXILAR ENDOSCOPICA	6	168408	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TRANSCONJUNTIVAL
168404	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL [TECNICA DE WALSH-OUGURA] VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	6	168408	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TRANSCONJUNTIVAL
168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	6	168408	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TRANSCONJUNTIVAL
1851	**OTOPLASTIAS**	3	**1851**	**PLASTIA EN OREJA [OTOPLASTIA]**
185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCION DE TAMAÑO	1	185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCION DE TAMAÑO
185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO	1	185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
185103	OTOPLASTIA	6	185104	PLASTIA EN LOBULO DE OREJA
767	**REDUCCION DE FRACTURA FACIAL**	1	**767**	**REDUCCION DE FRACTURA FACIAL**
7670	**REDUCCION DE FRACTURA FACIAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO**	5	**767**	**REDUCCION DE FRACTURA FACIAL**
767000	REDUCCION DE FRACTURA FACIAL SOD	5	**767**	**REDUCCION DE FRACTURA FACIAL**
7672	**REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMATICA**	1	**7672**	**REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMATICA**
767201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	3	767201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los acuerdos hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a cirugía plástica, estética y reconstructiva:

Tabla 36 Trazabilidad de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

Calificación trazabilidad	Procedimientos	Total	Porcentaje de ajuste
1	**Sin ajuste**	395	71%
2	**Nuevos**	28	5%
3	**Modificados descripción**	36	6%
4	**Reubicado**	9	2%
5	**Eliminados por estar inmersos o incluidos en otro**	12	2%
6	**Desagregados**	79	14%
Total general		**559**	**100%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Consensos con Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

El 14% de las modificaciones corresponden a los procedimientos desagregados con el fin de dar mayor precisión a las descripciones descritas.

Conviene subrayar que algunos procedimientos fueron analizados de manera conjunta con la Asociación Colombiana de Otología y Neurotología –ACON y la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, con el fin de obtener la coherencia técnica y el lenguaje homogéneo.

Los datos de la tabla anterior muestran mayores ajustes a los planteados inicialmente por SCCP, obedeciendo al análisis y actualización integral a la CUPS.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

16 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA GENERAL E INTERVENCIONISTA

16.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

La Asociación Colombiana de Radiología –ACR, ha venido desarrollando el proceso de actualización en conjunto con la Dirección de Beneficios desde el año 2015. Teniendo en cuenta el impacto demostrado por los ajustes realizados durante el periodo anterior y aquellas nominaciones que no fueron discutidas, fue necesario retomar el proceso, siendo parte del seguimiento integral a la actualización de la CUPS.

ACR hace entrega de la Ficha Técnica Actualización_CUPS (Ver Anexo 12 Ficha Técnica de Actualización Radiología) que corresponde a la consolidación de las propuestas que quedaron pendientes por discutir en el año 2015.

Seguidamente se analizaron las propuestas en varias reuniones de concertación con el grupo de la Dirección de Beneficios con el propósito de aplicar las reglas de CUPS, identificando las tecnologías a incluir, modificar descripción, ser eliminado de la norma por estar incluido en otros procedimientos e identificación de los procedimientos considerados por los expertos como posibles obsoletos.

Con base en la información allegada por parte de ACR, se encuentran 43 propuestas para Inclusión y 2 para modificación en la descripción o renombre.

16.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Una vez realizada la evaluación interna de la propuesta, se realizaron tres (3) consensos con los delegados expertos de ACR referente a los procedimientos de radiología y radiología intervencionista.

El 11 de julio de 2016, se convoca a primera sesión de consenso a la que asisten cuatro (4) representantes delegados de ACR y seis profesionales especializados integrantes del equipo técnico de la Dirección de Beneficios.

Como parte del seguimiento integral y en consecuencia de las múltiples consultas de la ciudadanía acerca del "Angiotac" y el "Angiorm", que manifestaban que dichos procedimientos no se encontraban descritos o habían sido eliminados de la CUPS; teniendo en cuenta que se encontraban descritos de manera tácita, fue requerido el renombre de los procedimientos: 87.9.9.01 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS, siendo necesario incluir una nota aclaratoria, en este caso Incluye: ANGIOTC, haciendo evidente que corresponde a una tomografía de vasos. De la misma forma ocurrió con la 88.3.4.36 RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO [ENTERORM] que se incluyó dentro de la nota aclaratoria Incluye: Angiorm.

Una vez finalizados los consensos con expertos y conforme a las propuestas iniciales se consolidaron los resultados así:

Tabla 37 Cuadro resumen propuestas de ajuste Consenso Radiología

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	41	2	15	24	1
Modificación	2	1	0	1	66

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Eliminación	0	0	0	0	8
Total general	**43**	**3**	**15**	**25**	**75**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con ACR.

El 42% de las tecnologías presentadas por ACR para actualización fueron aceptadas, no obstante se derivaron nuevas reformas a la CUPS, con base en la transversalidad que tiene las ayudas imagenológicas con las demás especialidades.

Los ajustes adicionales derivados de las sesiones de consenso superó el número de propuestas iniciales evidenciando la necesidad de actualizar de manera integral la especialidad de radiología; estas modificaciones representan el 70% del total de modificaciones.

16.3 TRAZABILIDAD

A continuación se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, conforme a lo decidido dentro de los consensos con ACR:

Tabla 38 Trazabilidad CUPS Radiología

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)	6	468022	DESCOMPRESION HIDROSTATICA DE INVAGINACION DE INTESTINO
468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)	6	**Incluye:**	GUIA IMAGENOLOGICA
87	**IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA**	1	**87**	**IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA**
870	**RADIOLOGIA GENERAL DE CABEZA, CARA Y CUELLO**	1	**870**	**RADIOLOGIA GENERAL DE CABEZA, CARA Y CUELLO**
870305	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR SUPERIOR	8	870305	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR SUPERIOR
870306	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR INFERIOR	8	870306	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR INFERIOR
870307	POLITOMOGRAFIA DE RINOFARINGE	8	870307	POLITOMOGRAFIA DE RINOFARINGE
870308	POLITOMOGRAFIA SEMIAXIAL DE NARIZ	8	870308	POLITOMOGRAFIA SEMIAXIAL DE NARIZ
870310	TOMOGRAFIA FUNCIONAL DE LARINGE	8	870310	TOMOGRAFIA FUNCIONAL DE LARINGE
873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	6	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	6	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	6	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	6	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
8737	**TOMOGRAFIA LINEAL Y POLITOMOGRAFIA EN EXTREMIDADES**	8	**8737**	**TOMOGRAFIA LINEAL Y POLITOMOGRAFIA EN EXTREMIDADES**
873710	TOMOGRAFIA OSTEOARTICULAR EN MIEMBRO SUPERIOR	8	873710	TOMOGRAFIA OSTEOARTICULAR EN MIEMBRO SUPERIOR
876110	AORTOGRAMA TORACICO	6	876111	MAPEO DEL ARBOL PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
876120	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	6	876123	VALORACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS
876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	6	876123	VALORACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS
876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA	6	876803	TOMOSINTESIS
876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	6	876803	TOMOSINTESIS
878912	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO	4	878901	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO
878922	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA	4	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA
878933	VENOGRAFIA SELECTIVA	4	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA
878941	LINFANGIOGRAFIA	4	878904	LINFANGIOGRAFIA
3228	**ESCISION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO PULMONAR**	6	878905	ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA
3441	**ESCISION O ABLACION DE LESION DE PARED TORACICA NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO**	6	878905	ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA
3734	**ABLACION CON CATETER DE LESION O TEJIDO EN CORAZON**	6	878905	ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA
879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	6	**Incluye:**	*PUNTAJE DE CALCIO CORONARIO*
879901	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS	6	879302	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORAZON Y GRANDES VASOS
879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	6	879411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]
468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)	6	468022	DESCOMPRESION HIDROSTATICA DE INVAGINACION DE INTESTINO
468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)	6	**Incluye:**	GUIA IMAGENOLOGICA

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_5975_1

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico:

https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

En el siguiente cuadro se presenta el resumen del total de los ajustes hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a radiología en correlación con otras especialidades:

Tabla 39 Cuadro resumen trazabilidad de procedimientos Radiología general e intervencionista

Calificación trazabilidad	Procedimientos	Total	Porcentaje de ajuste
1	**Sin ajuste**	2	2%
2	**Nuevos**	3	3%
3	**Modificados descripción**	23	21%
4	**Reubicado**	7	7%
5	**Eliminados por estar inmersos o incluidos en otro**	8	7%
6	**Desagregados**	52	49%
8	**Posible obsoleto**	12	11%
Total general		**107**	**100%**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con ACR

El mayor porcentaje de modificaciones se surtió a expensas de los procedimientos desagregados con el 49%, seguido del 21% que correspondieron a la precisión en cuanto a los términos técnicos adecuados para dichos procedimientos.

Considerando que la especialidad de radiología se enlaza con otras áreas de la medicina en su ejercicio profesional, fue necesario consensuar los procedimientos donde se observaba dicho engranaje, elevando el número de cambios respecto a las propuestas iniciales.

17 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA

17.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

La Asociación Colombiana de Neurología, en adelante ACN, fue convocada por la Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento a primera sesión de consenso en el mes de julio de 2016. Previo al desarrollo del consenso con los expertos se socializa la metodología a desarrollar para la actualización de la CUPS y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante la evaluación de los cambios sugeridos y se hace énfasis en las reglas de participación del desarrollo de las sesiones de consenso.

ACN hace entrega de la Ficha Técnica Actualización_CUPS, (Ver Anexo 11 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Plástica), mediante correo electrónico, que corresponde a la consolidación de las propuestas realizadas por las sociedades o asociaciones científicas de Colombia en los años 2011-2013 y actualizadas durante el año 2016.

Seguidamente, en reuniones de análisis interno con el grupo técnico, se evaluaron un total 20 propuestas de actualización de ACN. El tipo de ajustes definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, contiene 14 propuestas para Inclusión y seis correspondientes a modificación en la descripción o renombre.

17.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Una vez realizada la evaluación de la propuesta por el grupo técnico, y teniendo en cuenta que no se presentó por parte de ACN ninguna observación a la metodología, se realizó una sesión de consenso con los delegados expertos de ACN referente a los procedimientos de neurología.

ACN fue convocada por la subdirectora de Beneficios en Aseguramiento a consenso el día 14 de julio de 2016 al que asistieron tres representantes delegados de ACN y siete profesionales especializados que integran el grupo técnico de la Dirección de Beneficios.

Una vez finalizado el consenso con los expertos y conforme a las propuestas iniciales se muestran los resultados a continuación:

Tabla 40 Cuadro resumen de propuestas de ajuste Consenso Neurología

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	14	0	12	2	0
Modificación	6	4	1	1	8
Total general	**20**	**4**	**13**	**3**	**8**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con Neurología.

El 85% de las solicitudes de actualización de ACN fueron aceptadas; y el número de ajustes agregados durante los consensos son menores al número de propuestas iniciales y representan el 17% del total de modificaciones.

Con la especialidad de neurología es necesario articular el análisis técnico con otras especialidades como neurocirugía, entre otras.

17.3 TRAZABILIDAD

Para neurología, se obtuvieron las siguientes modificaciones tal como se muestra en el siguiente fragmento de la trazabilidad general:

Tabla 41 Trazabilidad Neurología

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
378500	REVISION (REPROGRAMACION) DE APARATO MARCAPASO SOD	6	**0396**	**REPROGRAMACION DE ESTIMULADORES ELECTRICOS NO CARDIACOS**
378500	REVISION (REPROGRAMACION) DE APARATO MARCAPASO SOD	6	039601	REPROGRAMACION DE ESTIMULADOR ELECTRICO NO CARDIACO
861805	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE	6	**8619**	**REVISION O REPROGRAMACION DE DISPOSITIVOS DE INFUSION**
861805	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE	6	861901	REVISION O REPROGRAMACION DE DISPOSITIVO DE INFUSION
8915	**OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLOGICO NO QUIRURGICAS**	1	**8915**	**OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLOGICO NO QUIRURGICAS**
891501	ELECTROCORTICOGRAFIA	1	891501	ELECTROCORTICOGRAFIA
891502	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)	1	891502	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)
891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL	1	891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL
891504	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]	1	891504	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]
891502	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)	6	891505	ESTIMULACION ELECTRICA CORTICAL
891507	REFLEJOS NEUROLOGICOS BULBO CAVERNOSO	1	891507	REFLEJOS NEUROLOGICOS BULBO CAVERNOSO
891508	NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS)	1	891508	NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS)
891510	PRUEBA COMPLETA CON TENSILON	1	891510	PRUEBA COMPLETA CON TENSILON
891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO [LAMBERT]	1	891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO [LAMBERT]
891512	TRIPLES CAROTIDEOS	1	891512	TRIPLES CAROTIDEOS
891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	6	891513	PRUEBA FUNCIONAL DE RESPUESTA A MEDICAMENTOS
891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	1	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES
891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	6	891531	POTENCIALES EVOCADOS DE LATENCIA MEDIA Y LARGA
891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	6	891532	POTENCIALES EVOCADOS MOTORES CON ESTIMULACION MAGNETICA
8917	**POLISOMNOGRAMA**	1	**8917**	**POLISOMNOGRAMA**

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
891701	ESTUDIO FISIOLOGICO DEL SUEÑO (ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO SIN OXIMETRIA)	1	891701	ESTUDIO FISIOLOGICO DEL SUEÑO (ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO SIN OXIMETRIA)
891702	ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA)	1	891702	ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA)
891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACION DE CPAP NASAL	1	891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACION DE CPAP NASAL
8918	**OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO**	1	**8918**	**OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO**
891801	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO	1	891801	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO
891802	PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO	1	891802	PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO
891802	PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO	6	891803	PRUEBA DE MANTENIMIENTO DE LA VIGILIA
8919	**MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICAS POR VIDEO Y RADIO**	1	**8919**	**MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICAS POR VIDEO Y RADIO**
891900	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD	6	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO
891900	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD	6	891902	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DEL SISTEMA NERVIOSO
8936	**ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL**	3	**8936**	**ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL O PLEJO LUMBOSACRO**
893600	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL SOD	6	893601	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL

Fuente: Consenso con Neurología

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

En el siguiente cuadro se presenta el resumen del total de los ajustes hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a neurología:

Tabla 42 Cuadro resumen trazabilidad de procedimientos Neurología

Calificación trazabilidad	Procedimientos	Total	Porcentaje de ajuste
1	**Sin ajuste**	22	47%
3	**Modificados descripción**	5	11%
6	**Desagregados**	20	43%
Total general		**47**	**100%**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con Neurología

Como se observa en la tabla el 47% de los procedimientos revisados no requirió ajuste, mostrando la coherencia con la realidad de práctica clínica actual en la especialidad de neurología.

Es necesario recalcar que neurología será convocada a sesiones de consenso con otras especialidades dada su integración con otras disciplinas de la medicina y la cohesión en los criterios técnicos de todas las especialidades de profesionales de la salud, en la definición de un lenguaje homogéneo.

18 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE RETINOLOGÍA

18.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

La Asociación Colombiana de Retina y Vítreo, en adelante ACOREV, hizo entrega a través de correo electrónico de la Ficha Técnica de Actualización a la Dirección de Beneficios y hace referencia al Anexo 14 Ficha Técnica de Actualización Retinología.

Seguidamente, en reuniones de análisis interno con el grupo técnico, se evaluaron un total 46 propuestas de actualización de ACOREV. El tipo de ajustes definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, contiene 20 propuestas para Inclusión y 21 correspondientes a modificación en la descripción o renombre y cinco subcategorías para eliminación.

18.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Una vez realizada la evaluación interna de la propuesta, se desarrolló una sesión de consenso con el presidente de ACOREV, el día 01 de agosto de 2016, previa convocatoria de la subdirectora de Beneficios en Aseguramiento. Al consenso participaron tres profesionales especializados integrantes del equipo técnico de la Dirección de Beneficios.

Una vez finalizado el consenso y teniendo en cuenta las propuestas iniciales se consolidaron los resultados así:

Tabla 43 Cuadro resumen del Consenso Retinología

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	20	1	10	9	0
Modificación	21	8	3	10	17
Eliminación	5	5	0	0	30
Total general	**46**	**14**	**13**	**19**	**47**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con ACOREV

El 78% de las propuestas allegadas por ACOREV, fueron aceptadas atendiendo a la necesidad de actualizar la CUPS conforme a la práctica médica del momento.

Conviene subrayar que los datos de la tabla anterior muestran mayores ajustes a los planteados inicialmente por ACOREV, obedeciendo al análisis y actualización integral a la CUPS.

Es así, que el número de modificaciones extras que se realizaron son en número equivalentes a la cantidad de propuestas iniciales y representan el 52% del total de tecnologías actualizadas referentes a esta especialidad.

18.3 TRAZABILIDAD

Para Retinología, se obtuvieron las siguientes modificaciones tal como se muestra en el siguiente fragmento de la trazabilidad general:

Tabla 44 Trazabilidad Retinología

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
137	**INSERCION DE CRISTALINO PROTESICO (PSEUDOCRISTALINO)**	3	**137**	**INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR (CRISTALINO PROTESICO)**
1371	**INSERCION DE CRISTALINO INTRAOCULAR PROTESICO AL TIEMPO DE EXTRACCION DE CATARATA, UNA SOLA FASE**	1	**1371**	**INSERCION DE CRISTALINO INTRAOCULAR PROTESICO AL TIEMPO DE EXTRACCION DE CATARATA, UNA SOLA FASE**
137100	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD	1	137100	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD
1372	**INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS DE CRISTALINO INTRAOCULAR**	3	**1372**	**INSERCION SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR**
137200	IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO SOD	6	137201	INSERCION SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR EN RESTOS CAPSULARES
137200	IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO SOD	6	137202	INSERCION SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR FIJADO A ESCLERA
137200	IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO SOD	6	137203	INSERCION SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR FIJADO AL IRIS
138	**EXTRACCION DE CRISTALINO IMPLANTADO**	1	**138**	**EXTRACCION DE CRISTALINO IMPLANTADO**
1381	**EXTRACCION DE CRISTALINO PROTESICO (PSEUDOCRISTALINO)**	1	**1381**	**EXTRACCION DE CRISTALINO PROTESICO (PSEUDOCRISTALINO)**
138100	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD	1	138100	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD
14	**PROCEDIMIENTOS EN RETINA, COROIDES, VITREO Y CAMARA POSTERIOR**	1	**14**	**PROCEDIMIENTOS EN RETINA, COROIDES, VITREO Y CAMARA POSTERIOR**
142	**ABLACION DE LESION EN RETINA Y COROIDES**	1	**142**	**ABLACION DE LESION EN RETINA Y COROIDES**
Incluye:	*AQUELLA POR CORIORETINOPATIA O LESION CORIORETINAL AISLADA*	1	**Incluye:**	*AQUELLA POR CORIORETINOPATIA O LESION CORIORETINAL AISLADA*
Excluye:	*AQUELLA PARA REPARACION DE RETINA (14.3., 14.5.)*	1	**Excluye:**	*AQUELLA PARA REPARACION DE RETINA (14.3., 14.5.)*
1421	**ABLACION DE LESIONES CORIORETINALES**	4	**1420**	**ABLACION DE LESIONES CORIORETINALES**
142101	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	3 Y 4	142001	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA
142102	ABLACION DE LESION CORIORETINAL	5	142001	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA
1423	**ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR FOTOCOAGULACION**	5	142002	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER)
142300	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	6	142002	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER)
1426	**ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR RADIACION**	5	142003	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR RADIACION

CÓDIGO R. 4678	DESCRIPCIÓN R. 4678	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
Incluye:	*AQUELLA POR RADIACION EXTERNA O PLACA RADIOACTIVA*	5	142003	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR RADIACION
142600	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR RADIACION SOD	6	142003	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR RADIACION
143	**REPARACION DE RETINA**	1	**143**	**REPARACION DE RETINA**
Incluye:	*REPARACION DE DEFECTO RETINAL*	3	**Incluye:**	*REPARACION DE DEFECTO, DESGARRO O DESPRENDIMIENTO DE RETINA*
Excluye:	*REPARACION DE DESPRENDIMIENTO RETINAL (14.5.)*	5	**Incluye:**	*REPARACION DE DEFECTO, DESGARRO O DESPRENDIMIENTO DE RETINA*
1431	**REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA)**	6	**1434**	**REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA**
145	**OTROS PROCEDIMIENTOS DE REPARACION (DESPRENDIMIENTO DE RETINA)**	5	**1434**	**REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA**
1451	**OTRAS REPARACIONES EN RETINA (DESPRENDIMIENTO)**	5	**1434**	**REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA**
143101	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	6	143401	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA
143102	REPARACION DE DESGARRO RETINAL	6	143401	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA
145101	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CON DIATERMIA O CRIOTERAPIA	5	143401	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA
1433	**REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION**	5	143402	REPARACION DE LESION RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) VIA INTERNA

Fuente: Consenso con Retinología

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx, en la opción Actualización CUPS/ Año 2016/ Resolución 5975 y sus anexos.

En el siguiente cuadro se presenta el resumen del total de los ajustes hechos a la CUPS en los procedimientos atinentes a Retinología:

Tabla 45 Cuadro resumen trazabilidad de procedimientos Retinología

Calificación trazabilidad	Procedimientos	Total	Porcentaje de ajuste
1	**Sin ajuste**	16	18%
2	**Nuevos**	1	1%
3	**Modificados descripción**	9	10%
4	**Reubicado**	5	6%
5	**Eliminados por estar inmersos o incluidos en otro**	35	39%
6	**Desagregados**	24	27%
Total general		**90**	**100%**

Fuente: elaboración propia a partir de consensos con ACOREV

De otra parte, por ser retinología una segunda especialidad de oftalmología se deberá retomar el proceso al momento de iniciar la etapa de análisis técnico con las demás subespecialidades referentes a oftalmología.

19 RESULTADOS RESOLUCIÓN 5975 DE 2016 *"POR LA CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN 4678 DE 2015, QUE ADOPTA LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD —CUPS- EN SU ANEXO TÉCNICO N. 1 Y SE SUSTITUYE EL ANEXO TÉCNICO N. 2"*

19.1 PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO

Terminado el tiempo programado para los consensos se procede a elaborar el proyecto de acto administrativo, el cual incluye: considerandos, articulado y el Anexo Técnico 2 "Lista Tabular" actualizado, compilando en un solo acto administrativo los ajustes realizados a la lista tabular mediante la Resolución 1352 de 2016, siendo esta derogada.

El ajuste al Anexo Técnico 2 "Lista Tabular" es el resultado del trabajo conjunto, en virtud del proceso de análisis de la CUPS, que se adelantó con los expertos de diversas sociedades científicas en los temas abordados, aplicando de las reglas de clasificación anteriormente descritas sobre los procedimientos en salud convenidos en las mesas de trabajo durante los consensos; contribuyendo a la implementación de un lenguaje homogéneo entre los diferentes actores del sistema de salud.

A la par, se realizaron otras modificaciones a la estructura de la lista tabular en relación con lo correspondiente a la Resolución 4678 de 2015 y sus resoluciones de modificación o adición. Estas modificaciones fueron:

- Corrección de errores ortográficos en las descripciones.
- Eliminación de siglas, acrónimos y abreviaturas cuando fue posible.
- Ajuste de las terminologías y siglas como el caso de SOD en las categorías y subcategorías en donde no era procedente por la desagregación de más procedimientos.
- Verificación de procedimientos o servicios que se encontraran repetidos o se duplicaran con descripción similar o que correspondieran al mismo procedimiento, asimismo se revisaron los grupos, subgrupos, categorías y subcategorías para evitar descripciones iguales.
- Se identificaron algunos procedimientos que contienen el nombre de la enfermedad o diagnóstico y se procedió al ajuste de conformidad con las reglas establecidas, en las categorías y grupos que se pudo realizar, quedando pendiente para los procesos posteriores los consensos con las demás sociedades científicas que no participaron en el proceso actual.
- Se reubicaron procedimientos de acuerdo con los criterios y análisis tanto en consenso como criterio del grupo de trabajo frente a la pertinencia en los grupos, subgrupos, categorías o subcategorías según correspondieran.
- Se hizo un reordenamiento y una reorganización de los capítulos 07 SISTEMA CIRCULATORIO y 19 MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA, debido a la desactualización de la CUPS y la necesidad de dar coherencia en cuanto a la estructura de la CUPS.

19.2 VALIDACIÓN

El proyecto de Resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-", se publicó en la página oficial www.minsalud.gov.co entre el 2 y el 9 de septiembre de 2016 inclusive, de conformidad con lo ordenado en la Constitución y en la Ley 1437 de 2011, artículo 8, numeral 8, "existe el deber de dar información al público", para recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas.

Es así que Minsalud en agosto de 2015 informó a las asociaciones y grupos participantes de la publicación del Proyecto de resolución, para la recolección de comentarios al listado tentativo de los procedimientos, así como del cuerpo de la resolución propuesta.

Vencido el término de publicación se presentaron veintinueve observaciones o propuestas de modificación del sobre el articulado y la lista tabular, tanto a nivel interno como externo de Minsalud, los cuales fueron analizados por el grupo técnico y se procedió al ajuste suscitado conforme a la pertinencia de la observación y se dio respuesta a todas las observaciones allegadas por los diferentes actores, como son:

- Asociación Colombiana de Neurología.
- Asociación Colombiana de Otología y Neurotología (ACON)
- Clínica SHAIO
- Pablo Tobón Uribe Cesar Rendón
- Asociación Colombiana de Neurocirugía
- Asociación Colombiana de Retinología y Vítreo (ACOREV)
- Sociedad de Cardiología
- Cirugía Plástica
- Pablo Tobón Uribe Alejandro Ocampo
- Asociación Colombiana de Cirujanos de Cabeza y Cuello
- Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos
- Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE)
- Asociación Colombiana de Intervencionismo Analgésico y Neuromodulación (ACIAN)
- Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética (ACORL)
- Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
- Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax (ASONEUMOCITO)
- Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular
- Maria Constanza Latorre Muñoz
- Nueva EPS
- Álvaro León Torres
- Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (ACRO)
- Asociación Colombiana de Radiología (ACR)
- Sergio Zúniga
- Terapia neural

- Walberto Rojas
- Asociación Colombiana de Cirugía
- Colegio Asociación Colombiana de Endocrinología Pediátrica
- E.P.S. Sura

19.3 TRAZABILIDAD GENERAL RESOLUCIÓN 5975 DE 2016

Se llevó a cabo el ajuste final al texto normativo y la lista tabular. Las modificaciones realizadas al contenido de la CUPS de la Resolución 4678 de 2015 se resumen en la siguiente tabla, en la que se relaciona el tipo y número de modificaciones realizadas, con base en el trabajo adelantado con las agremiaciones participantes.

Tabla 46 Trazabilidad general actualización y reordenamiento de la CUPS

No. Modificación	Tipo de modificación	Total Códigos Modificados	% Modificación
1	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, se **MANTIENE**	12247	88%
2	Es un procedimiento o subcategoría **NUEVO** para la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones	143	1%
3	Es un procedimiento o subcategoría **de** la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere **MODIFICAR LA DESCRIPCIÓN**	176	1%
4	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere **MODIFICAR LA UBICACIÓN**	20	0,5%
5	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere ser **ELIMINADO** de la norma por estar **CONTENIDO** en otro procedimiento	231	2%
6	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que PUEDE O NO SER ELIMINADO DE LA NORMA PORQUE **SE DESAGREGA** EN VARIOS PROCEDIMIENTOS O EN UNO SOLO	458	3%
7	Son varios procedimientos o subcategorías de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, QUE REQUIEREN SER ELIMINADOS DE LA NORMA PORQUE **SE AGRUPAN** EN UN SOLO PROCEDIMIENTO	12	0.1%
8	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, QUE REQUIERE SER MONITOREADO, POR SER CONSIDERADO POR LOS EXPERTOS COMO **POSIBLE OBSOLETO**	11	0,1%
3 Y 4	**MODIFICA LA DESCRIPCIÓN Y REUBICA**	11	0,1%
3 Y 6	**MODIFICA LA DESCRIPCIÓN Y DESAGREGA**	2	0
4 Y 6	**REUBICA Y DESAGREGA**	650	5%
TOTAL DE CÓDIGOS		**13961**	**100%**

Fuente: Trazabilidad CUPS Res_5975_1

Conforme a los datos relacionados en la tabla anterior se concluye que el mayor número de ajustes corresponden un reordenamiento y una reorganización de los capítulos 07 SISTEMA CIRCULATORIO y 19 MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA, debido a la desactualización de la CUPS y la necesidad de dar coherencia técnica en cuanto a la estructura de la CUPS. Es así que el 5% de los ajustes corresponden a la reubicación y desagregación de procedimientos ya incluido en la Lista Tabular.

Esto evidencia que a pesar de las propuestas de inclusión de las diferentes agremiaciones participantes, realmente estas pertenecen a especificidades de las tecnologías ya existentes en la CUPS y no a procedimientos nuevos como tal.

19.4 ACTO ADMINISTRATIVO

El acto administrativo definitivo corresponde a la Resolución 5975 del 02 de diciembre de 2016, "*…por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2"*. Esta norma deroga la Resolución 1352 de 2016.

19.5 SEGUIMIENTO AL IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA CUPS

El punto de partida para el seguimiento al impacto de esta actualización de la CUPS parte de la socialización de la Resolución 5975 de 2016 que se dará a los grupos interesados y agentes del sistema a partir del año 2017, como también el seguimiento a las consultas que se susciten con la nueva norma, los nuevos ajustes que surjan como producto de los consensos en las mesas de trabajo ya instauradas y las venideras.

19.6 CONCLUSIONES

El trabajo realizado ha permitido la actualización de la CUPS desde varios puntos de vista:

3) Integración en un solo cuerpo normativo el contenido de los actos administrativos previos, con el fin de facilitar su consulta y aplicación.

4) Actualización continua y permanente, de acuerdo con los avances del sistema de salud y los desarrollos tecnológicos.

5) Aplicación de la metodología diseñada con la participación activa de sociedades científicas, agremiaciones, prestadores de servicios de salud y otros agentes del sistema que permitió llevar a cabo el reordenamiento y actualización de procedimientos relacionados con: alergia, asma, inmunología, radiología, radiología intervencionista, banco de sangre, laboratorio clínico y medicina transfusional.

6) Actualización de la codificación y denominación de acuerdo con la práctica clínica de hoy.

7) Establecimiento de mesas de trabajo para la actualización permanente de la CUPS, la contestación a consultas de la ciudadanía y emisión de conceptos a que haya lugar.

8) Se realizará el análisis de la nueva CUPS relacionada con la cobertura del PBSUPC, realizado por los profesionales de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, el cual se encuentra publicado en la página web de Ministerio de Salud y Protección Social.

19.7 RECOMENDACIONES

- Continuar con el proceso de actualización de la CUPS, de manera permanente y participativa con todos los agentes del Sistema de Seguridad Social Integral a través de las sociedades científicas, agremiaciones, en razón a las variaciones tecnológicas y sus correspondientes innovaciones en el ámbito de salud, riesgos laborales, accidentes de tránsito y demás que de una forma u otra

tienen que proceder a realizar procedimientos en salud o la utilización de los servicios correspondientes.

- Realizar los respectivos análisis técnicos dentro de las sesiones de consenso con diferentes actores del Sistema de Salud Colombiano con miras a establecer criterios y reglas claras en las determinaciones semánticas y que correspondan con un lenguaje uniforme para los sistemas de información y que correspondan con la realidad clínica.

- Tener en cuenta los posibles cambios de estructura en las codificaciones y los lineamientos por organismos multilaterales así como la complementariedad con otros objetivos como son por ejemplo los manuales tarifarios, o las coberturas de los planes de beneficios entre otros.

- Estar al tanto, de las observaciones y actualizaciones realizadas por la OCDE en consonancia con lineamientos de la OMS, frente a este tema en particular como es la clasificación de procedimientos en salud.

- Gestionar e impulsar jornadas de capacitación y sensibilización en las universidades y centros de educación media y continuada en temas de salud para la correcta aplicación y uso de la descripción adecuada de procedimientos y cumplimiento de la normatividad colombiana como requisitos indispensables para evitar negación de servicios o barreras de acceso al goce efectivo del derecho fundamental a la salud en el marco de la Constitución y la Ley Estatutaria en Salud.

- Establecer parámetros de integración del lenguaje semántico e informático de conformidad con el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 y demás normas sobre la obligatoriedad de los sistemas de información en salud.

- Enfatizar que todo procedimiento en salud conlleva inherentemente el uso de dispositivos médicos que se requieran por prescripción del médico o profesional de la salud tratante para la finalidad y la necesidad en salud conforme a la normatividad actual.

- Enfatizar que la CUPS es transversal a otros procesos con los que interacciona sirviendo como descriptor de planes de beneficios como es el caso del PBSUPC, análisis estadísticos,

20 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

20.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la Sociedad Colombiana de Urología - SCU, en adelante, SCU, donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

Se planteó con la SCU, revisar y analizar el trabajo adelantado por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de este Ministerio durante los años de 2011 al 2013, realizando el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Ver Anexo 15 Ficha Técnica de Actualización Urología), que corresponde a la consolidación de las propuestas realizadas por su especialidad de los años 2011-2013 y actualizadas durante el año 2016.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la Ficha Técnica de Actualización. De acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, se reconocen 137 propuestas para Inclusión de procedimientos en la CUPS y nueve propuestas para modificación en la descripción.

20.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

En el segundo semestre de 2016, se cita a primera sesión de consenso a los expertos delegados de la SCU, siendo partícipes la subdirectora de Beneficios; seis profesionales especializados de la Dirección y dos representantes delegados de la sociedad, de igual manera, en el primer trimestre del año 2017 se realizó un segundo consenso. En el desarrollo de los dos consensos, se evaluaron un total de 30 propuestas, quedando pendientes por evaluar 116; los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 47. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con la especialidad de Urología

Tipo de ajuste	Propuesta inicial de la Sociedad				Ajustes adicionales dentro del consenso
	Total propuesta inicial de la Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	23	0	2	21	0
Modificación	7	6	1	0	33
Total general	**30**	**6**	**3**	**21**	**33**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso SCU

Como se observa en la tabla anterior, en las dos sesiones de consenso realizadas con la SCU, se evaluaron el 20% (n=30) de las propuestas enviadas (n=146).

De las solicitudes de inclusión de procedimientos nuevos, se aceptaron parcialmente el 9% (n=2) ya que los ajustes se incluyeron como una desagregación de un procedimiento existente en la CUPS para dar la especificidad requerida en la práctica clínica, mientras que el 91% restante de las propuestas (n=21), no fueron aceptadas porque incumplieron con una o más reglas o atributos de la CUPS. De las propuestas de modificación, se aceptaron el 100% de los ajustes propuestos.

Dentro de las sesiones de consenso a lo largo de las discusiones técnicas con la SCU, se realizaron 33 ajustes adicionales a los propuestos, que correspondieron a modificaciones en la CUPS que incluyen, entre otros, reubicación, desagregación o ajustes en la descripción de los procedimientos.

Es necesario recalcar que las modificaciones adicionales dadas durante el consenso en esta primera etapa con SCU superan las propuestas iniciales y representan el 78% de las concertaciones hasta el momento.

20.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 48 Trazabilidad CUPS UROLOGÍA

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
5635	**ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACION URINARIA**	**1**	**5635**	**ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACION URINARIA**
563510	ENDOSCOPIA (CISTOSCOPIA) DEL CONDUCTO ILEAL	3	563510	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO ILEAL
563520	ENDOSCOPIA (CISTOSCOPIA) DEL CONDUCTO COLONICO	3	563520	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO COLONICO
5994	**REEMPLAZO DE TUBO DE CISTOSTOMIA**	**3**	**5994**	**REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA**
599400	REEMPLAZO DE TUBO DE CISTOSTOMIA SOD	6	599401	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMÍA
6412	**ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA**	**3**	**6412**	**ENDOSCOPIAS DE URETRA PENEANA**
641200	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA SOD	6	641201	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA
9616	**INSERCION DE CATETER (SONDA) EN TRACTO URINARIO**	**3**	**9616**	**INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN URETRA**
961601	INSERCION DE CATETER (SONDA) EN URETRA	3	961601	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA
9761	**EXTRACCION DE TUBO DE PIELOSTOMIA Y NEFROSTOMIA**	**3**	**9761**	**EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMIA O NEFROSTOMIA**
976100	EXTRACCION DE TUBO DE PIELOSTOMIA Y NEFROSTOMIA SOD	6	976101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMIA
976100	EXTRACCION DE TUBO DE PIELOSTOMIA Y NEFROSTOMIA SOD	6	976102	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE NEFROSTOMIA

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

A medida que se avanza en la revisión de la CUPS, se van registrando en la traza todos los cambios concertados, en el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a la especialidad de urología:

Tabla 49 Trazabilidad Urología

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje de ajuste
3	**Modificados descripción**	17	40%
6	**Desagregados**	25	60%
Total general		**42**	**100%**

Fuente: Elaboración propia a partir de consensos con SCU

Como se observa en la tabla anterior, la mayoría de ajustes concertados correspondieron a procedimientos que requerían ser desagregados para dar la especificidad necesaria, sin que esto correspondiera a subcategorías nuevas, mientras las demás, fueron modificaciones a la descripción. No se identificó ningún procedimiento como posible obsoleto.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

21 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX

21.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX, donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

La ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX, realizó el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 16 Ficha Técnica de Actualización Neumología y Cirugía de Tórax), que corresponde a las propuestas realizadas por su especialidad.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la Ficha Técnica de Actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, se reconocen 85 propuestas, todas para Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS.

21.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

En el segundo semestre de 2016, se realizaron 3 (tres) sesiones de consenso en las que participaron dos expertos delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX, la subdirectora de Beneficios y seis profesionales especializados de la Dirección. En el desarrollo de los consensos, se evaluaron el total de las propuestas (n=85), los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 54. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con la especialidad de neumología y cirugía de tórax

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad				Ajustes adicionales durante el consenso
	Total propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	85	8	46	31	11
Modificación	0	0	0	0	298
Eliminación	0	0	0	0	52
Total general	**85**	**8**	**46**	**31**	**361**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso con ASONEUMOCITO

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales enviadas por la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX, se aceptaron el 63% (n=54), correspondiendo el 9% (n=8) a inclusiones de procedimientos nuevos en la CUPS y el 54% (n=46) a la desagregación de procedimientos ya existentes para dar la especificidad que requiere la práctica clínica; mientras que el 36% (n=31) de las propuestas no fueron aceptadas porque no cumplían con las reglas o atributos de la CUPS.

Como se ha mencionado, dentro de las sesiones de consenso, las discusiones técnicas no se limitan únicamente a las propuestas de actualización consignadas en las fichas técnicas, también se evalúan

los demás procedimientos correspondientes a la especialidad, razón por la que en el transcurso de los consensos con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX, se concertaron un total de 361 ajustes adicionales a los propuestos inicialmente, correspondiendo el 3% (n=11) a inclusiones de procedimientos nuevos, el 83% (n=298), a modificaciones de la CUPS, mientras que el 14% (n=52) de los ajustes correspondió a eliminación de subgrupos, categorías o subcategorías.

Dado los análisis integrales durante los consensos se evidencia que el número de modificaciones extras que se realizaron son en cantidad muy superior respecto al número de propuestas iniciales y representan el 80% del total de tecnologías actualizadas.

21.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 55 Trazabilidad CUPS Neumología y cirugía de tórax

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
301200	EPIGLOTIDECTOMIA SOD	6	301201	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ABIERTA
301200	EPIGLOTIDECTOMIA SOD	6	301202	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA
3163	**REVISION DE LARINGOSTOMIA**	**4 y 8**	**3022**	**REVISION DE LARINGOSTOMIA**
316300	REVISION DE LARINGOSTOMIA SOD	6 y 8	302201	REVISION LARINGOSTOMIA
316700	REINERVACION DE LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR SOD	4 y 6	302501	REINERVACION EN LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR
303	**LARINGECTOMIA TOTAL**	**3**	**303**	**LARINGECTOMIAS TOTALES**
303101	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO	6	303103	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA
303102	LARINGOFARINGECTOMIA	5	303103	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA
303101	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO	6	303104	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO MICROVASCULAR
3131	**EXTRACCION QUIRURGICA DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA O LARINGE**	**7**	**3051**	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LARINGE**
3132	**EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA O LARINGE**	**7**	**3051**	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LARINGE**
314205	VIDEO ESTROBOSCOPIA LARINGEA	5	306003	ESTROBOSCOPIA LARINGEA
		2	306005	EVALUACION FUNCIONAL FARINGOLARINGEA VIA ENDOSCOPICA
314	**PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LARINGE Y TRAQUEA**	**4**	**306**	**OTROS PROCEDIMIENTOS EN LARINGE**

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
3194	EXTRACCION DE MOLDE (PROTESIS O STENT) LARINGEO	3 y 4	3064	EXTRACCION DE DISPOSITIVO LARINGEO

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

A medida que se avanza en la revisión de la CUPS, se van registrando en la traza todos los cambios concertados. En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a neumología y cirugía de tórax:

Tabla 56 Trazabilidad Neumología y cirugía de tórax

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
2	NUEVO	19	4%
3	MODIFICA DESCRIPCION	49	11%
4	SE MODIFICA SU UBICACIÓN	53	12%
5	SE ELIMINA	40	9%
6	SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS	177	39%
7	SE AGRUPA EN UN SOLO PROCEDIMIENTO	12	3%
3 y 4	SE MODIFICA SU UBICACIÓN Y SU DESCRIPCIÓN	18	4%
4 y 6	SE MODIFICA SU UBICACIÓN Y SE DESAGREGA	42	9%
4 y 8	SE MODIFICA SU UBICACIÓN Y QUEDA EN MONITOREO POR POSIBLE OBSOLESCENCIA	4	1%
6 y 8	SE DESAGREGA EN OTRO PROCEDIMIENTO Y QUEDA EN MONITOREO POR POSIBLE OBSOLESCENCIA	1	0%
TOTAL		450	100%

Fuente: Consenso con ASONEUMOCITO

Como se observa en la tabla anterior, en algunos casos, los procedimientos sufrieron más de un cambio y es la razón por la que se tiene dos tipos de modificación en la traza, por ejemplo, 31.9.3 INSERCION DE MOLDE (PROTESIS, STENT) LARINGEO, tiene una traza 3 y 4 porque se ajustó la descripción y se reubicó, quedando así: 30.6.3 INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO LARINGE.

La mayoría de ajustes concertados (n=39%) correspondieron a desagregaciones de algunos procedimientos para dar la especificidad necesaria, sin que esto corresponda a subcategorías nuevas, las modificaciones de eliminación (9%), se presentaron porque los procedimientos ya estaban contenidos o hacían parte de otro procedimiento ya descrito.

Se identificaron los siguientes procedimientos como posibles obsoletos, los cuales quedarán en monitoreo y seguimiento:

30.2.2 REVISION DE LARINGOSTOMIA

30.2.2.01 REVISION LARINGOSTOMIA

34.1.5 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO

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

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos

22 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA

22.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA, donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

La ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA, realizó el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 17 Ficha Técnica de Actualización de Otología y Neurotología), que corresponde a las propuestas realizadas por su especialidad.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la ficha técnica de actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, se reconocen 62 propuestas, 49 corresponden a Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS, 12 a modificaciones y 1 a eliminación.

22.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Se realizaron cinco (5) sesiones de consenso, cuatro (4) en el segundo semestre de 2016 y una en el primer trimestre de 2017, en las mismas, participaron tres expertos delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA, la subdirectora de Beneficios y seis profesionales especializados de la Dirección. En el desarrollo de los consensos, se evaluaron el total de las propuestas (n=62), los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 57. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con la especialidad de otología y neurotología

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad				Ajustes adicionales durante el consenso
	TOTAL Propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	49	4	23	22	11
Modificación	12	0	11	1	142
Eliminación	1	0	0	1	35
Total general	**62**	**4**	**34**	**24**	**188**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales enviadas por la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA, se aceptaron el 61% (n=38); de las propuestas de inclusión, se aceptaron el 8% (n=4) como procedimientos nuevos y el 47% (n=4) se aceptaron como desagregaciones de otros procedimientos ya descritos en la CUPS; de las propuestas de modificación de procedimientos, se aceptaron parcialmente el 92% (n=11), correspondiendo a la desagregación o modificación de procedimientos ya existentes para dar la especificidad que requiere la práctica clínica; mientras el 9% (n=1) no fueron aceptadas porque no cumplían con las reglas o atributos de la CUPS. La propuesta de eliminación no fue aceptada.

En las sesiones de consenso realizados con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA, a lo largo de las discusiones técnicas se concertaron otros ajustes adicionales a los

propuestos, en total 188 ajustes, correspondiendo el 6% (n=11) a inclusiones de procedimientos nuevos, el 76% (n=142) a modificaciones y el 19% (n=35) a la eliminación de subgrupos, categorías o subcategorías.

Durante los consensos se surtieron ajustes complementarios que triplicaron el número de solicitudes de modificación inicial, representando el 84% del total de procedimientos actualizados.

22.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 58 Trazabilidad CUPS otología y neurotología

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
0204	**INJERTOS OSEOS EN CRANEO**	**1**	**0204**	**INJERTOS OSEOS EN CRANEO**
0401	**ESCISIONES DE NEUROMAS ACUSTICOS**	**5**	**0400**	**ESCISIONES DE LESION DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO**
040105	ESCISION DE NEUROMA ACUSTICO	5	0400	ESCISIONES DE LESION DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO
040101	ESCISION DE NEUROMA ACUSTICO, VIA SUBOCCIPITAL	7	040003	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA SUBOCCIPITAL O RETROSIGMOIDEA
040102	ESCISION DE NEUROMA ACUSTICO, VIA RETROSIGMOIDEA	7	040003	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA SUBOCCIPITAL O RETROSIGMOIDEA
044203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS IX Y X	3	044203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)
		2	**2097**	**REVISION DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES**
		2	209701	REVISION DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE
269301	CATETERIZACION Y SIALOMETRIA	4	260203	CATETERIZACION Y SIALOMETRIA
1901	**ESTAPEDIOLISIS**	**3 y 4**	**1930**	**MOVILIZACION DEL ESTRIBO [ESTAPEDIOLISIS]**
190100	ESTAPEDIOLISIS SOD	6	193001	ESTAPEDIOLISIS
190100	ESTAPEDIOLISIS SOD	6	193002	ESTAPEDIOLISIS VIA ENDOSCOPICA
264202	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL	4 Y 6	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA
264202	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL	4 Y 6	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los cambios realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a otología y neurotología:

Tabla 59 Trazabilidad otología y neurotología

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje de ajuste
2	**NUEVO**	15	7%
3	**MODIFICA DESCRIPCION**	8	4%
4	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN**	6	3%
5	**SE ELIMINA**	18	8%
6	**SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS**	129	57%
7	**SE AGRUPA EN UN SOLO PROCEDIMIENTO**	17	8%
8	**POSIBLE OBSOLETO**	0	0%
3 y 4	**MODIFICA SU DESCRIPCION Y SU UBICACIÓN**	4	2%
4 y 6	**SE DESAGREGA Y MODIFICA SU UBICACIÓN**	29	13%
TOTAL		**226**	**100%**

Fuente: Consenso con ACON

Como se observa en la tabla anterior, con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA se concertaron un total de ajustes de 226 ajustes, la mayoría de ajustes concertados (57%) correspondieron a desagregaciones de algunos procedimientos para dar la especificidad necesaria, sin que esto corresponda a subcategorías nuevas, las modificaciones de eliminación (8%), se presentaron porque los procedimientos ya estaban contenidos o hacían parte de otro procedimiento ya descrito. No se identificó ningún procedimiento como posible obsoleto.

También se observa que los procedimientos sufrieron más de un cambio y es la razón por la que se tiene dos tipos de modificación en la traza, por ejemplo, 19.0.1 ESTAPEDIOLISIS, tiene una traza 3 y 4 porque se ajustó la descripción y se reubicó, quedando así: 19.3.0 MOVILIZACION DEL ESTRIBO [ESTAPEDIOLISIS].

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

23 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

23.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTETICA FACIAL, donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

La ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTETICA FACIAL, realizó el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 18 Ficha Técnica de Actualización Otorrinolaringología), que corresponde a las propuestas realizadas por su especialidad.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la Ficha Técnica de Actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, se reconocen 71 propuestas, 66 corresponden a Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS y 5 a modificaciones de la CUPS.

23.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Se realizaron seis (6) sesiones de consenso, cinco (5) en el segundo semestre de 2016 y una en el primer trimestre de 2017, en las mismas, participaron dos expertos delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTETICA FACIAL, la subdirectora de Beneficios y seis profesionales especializados de la Dirección. En el desarrollo de los consensos, se evaluaron el total de las propuestas (n=71), los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 57. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con la especialidad de otorrinolaringología

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad				Ajustes adicionales durante el consenso
	Propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	66	3	30	33	16
Modificación	5	2	0	3	214
Eliminación	0	0	0	0	81
Total general	**71**	**5**	**30**	**36**	**311**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTÉTICA FACIAL

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales enviadas por la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTÉTICA FACIAL, se aceptaron el 49% (n=35) de las propuestas y no se aceptaron el 51% (n=36) porque no cumplían con las reglas o atributos de la CUPS. De las propuestas de inclusión, se aceptaron el 5% (n=3) como procedimientos nuevos y el 45% (n=30) se aceptaron como desagregaciones de otros procedimientos ya descritos en la CUPS; de las propuestas de modificación de procedimientos, se aceptaron el 40% (n=2), para dar la especificidad que requiere la práctica clínica.

En el transcurso de las sesiones de consenso realizados con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTÉTICA FACIAL, se presentaron discusiones técnicas en las que se concertaron otros ajustes adicionales a los propuestos, en total 311 ajustes, correspondiendo el 5% (n=16) a inclusiones de procedimientos nuevos, el 69% (n=214) a modificaciones en la CUPS y el 26% (n=81) a la eliminación de subgrupos, categorías o subcategorías.

Durante los consensos se surtieron ajustes complementarios que superaron de manera sustancial el número de solicitudes de iniciales; representando el 89% del total de procedimientos actualizados.

23.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 58 Trazabilidad CUPS otorrinolaringología

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
098101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA EXTERNA	3	098101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA
225300	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES SOD	6	225301	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL
225300	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES SOD	6	225302	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA
		2	2280	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN TROMPA DE EUSTAQUIO
		2	228001	EVALUACION FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO VIA ENDOSCOPICA
250202	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA	3 y 4	250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)
250204	BIOPSIA ABIERTA DE LENGUA	5	250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)
2530	GLOSECTOMIA TOTAL SIN RESECCION MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO	7	2534	GLOSECTOMIA TOTAL
2531	GLOSECTOMIA TOTAL SIN RESECCION MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO LIBRE	7	2534	GLOSECTOMIA TOTAL
2532	GLOSECTOMIA TOTAL CON RESECCION MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO LIBRE O PEDICULADO Y PLACA	7	2534	GLOSECTOMIA TOTAL
2533	GLOSECTOMIA TOTAL CON LARINGOFARINGECTOMIA Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO LIBRE O PEDICULADO	7	2534	GLOSECTOMIA TOTAL
255901	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO	4	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
255902	GLOSOPEXIA	4 y 6	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR
255902	GLOSOPEXIA	4 y 6	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA
255902	GLOSOPEXIA	4 y 6	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA
3163	REVISION DE LARINGOSTOMIA	4 y 8	3022	REVISION DE LARINGOSTOMIA
226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA [OPERACION DE LYNCH]	8	226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los cambios realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a otología y neurotología:

Tabla 59 Trazabilidad otorrinolaringología

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
2	**NUEVO**	19	5%
3	**MODIFICA DESCRIPCION**	38	11%
4	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN**	24	7%
5	**SE ELIMINA**	50	14%
6	**SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS**	149	43%
7	**SE AGRUPA EN UN SOLO PROCEDIMIENTO**	31	9%
8	**POSIBLE OBSOLETO**	1	0%
3 y 4	**SE MODIFICA SU DESCRIPCION Y UBICACIÓN**	8	2%
3 y 6	**SE MODIFICA SU DESCRIPCION Y SE DESAGREGA**	1	0%
4 y 6	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN Y SE DESAGREGA**	24	7%
4 y 8	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN Y QUEDA EN MONITOREO POR POSIBLE OBSOLESCENCIA**	1	0%
6 y 8	**SE DESAGREGA Y QUEDA EN MONITOREO POR POSIBLE OBSOLESCENCIA**	1	0%
TOTAL		**347**	**100%**

Fuente: Consenso con ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTÉTICA FACIAL

Como se observa en la tabla anterior, con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTÉTICA FACIAL, se concertaron un total de ajustes de 347 ajustes, la mayoría de ajustes concertados (57%) correspondieron a desagregaciones de algunos procedimientos para dar la especificidad necesaria, sin que esto corresponda a subcategorías nuevas, las modificaciones de eliminación (14%), se presentaron porque los procedimientos ya estaban contenidos o hacían parte de otro procedimiento ya descrito.

También se observa que los procedimientos sufrieron más de un cambio y es la razón por la que se tiene dos tipos de modificación en la traza, por ejemplo, la subcategoría 25.5.9.02 GLOSOPEXIA, tiene una traza 4 y 6 porque se reubicó en la categoría 2550 y se desagregó en las siguientes subcategorías:

25.5.0.02 GLOSOPEXIA ANTERIOR

25.5.0.03 GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA

25.5.0.04 GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCÓPICA

Las siguientes categorías y subcategorías se identificaron como posiblemente obsoletos, por lo tanto, quedarán en monitoreo y seguimiento:

22.6.3.01 FRONTO ETMOIDECTOMÍA EXTERNA

30.2.2 REVISIÓN DE LARINGOSTOMÍA

30.2.2.01 REVISIÓN LARINGOSTOMÍA.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

24 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE AUDIOLOGÍA Y FONOAUDIOLOGÍA

24.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA y COLEGIO COLOMBIANO DE FONOAUDIÓLOGOS, en la que se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

Las sociedades realizaron el envío de las propuestas de ajustes a la CUPS concernientes a su especialidad, las cuales fueron consolidadas en la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Ver Anexo 19).

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la ficha técnica de actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, se reconocen 52 propuestas, 31 corresponden a Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS, 20 a modificaciones y 1 a eliminación.

24.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Para definir los procedimientos concernientes al área de fonoaudiología, en el segundo semestre del año 2016, se realizó un consenso con la participación de un (1) delegado de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA, la subdirectora de Beneficios y tres (3) profesionales de la Dirección.

En lo concerniente al área de audiología, en el primer trimestre del año 2017, se realizó un consenso para definir algunos procedimientos de audiología en donde participaron: un (1) delegado de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA, un delegado de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL, la subdirectora de Beneficios y tres profesionales especializados de la Dirección.

En el desarrollo de los consensos, se evaluaron el total de las propuestas (n=52), los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 63 Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con las especialidades de audiología y fonoaudiología

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad				Ajustes adicionales
	Total propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	31	2	21	8	**0**
Modificación	20	12	6	2	**27**
Eliminación	1	1	0	0	**2**
Total general	**52**	**15**	**27**	**10**	**29**

Fuente: Elaboración propia a partir de los consensos con la Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Asociación Colombiana de Audiología

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales (n=52) enviadas por la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA y ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA, se aceptaron el 81% (n=42), distribuidas así:

De las propuestas de inclusión de procedimientos (n=31), se aceptó el ingreso del 6% (n=2) de procedimientos nuevos, mientras que el 68% (n=21) de inclusiones se aceptaron como desagregación de procedimientos ya existentes para dar la especificidad que requiere la práctica clínica; de las propuestas de modificación de procedimientos, se aceptaron el 92% (n=11), correspondiendo, entre otros, a reubicación, desagregación o ajustes en la descripción de los procedimientos. De las propuestas de eliminación (n=1), se aceptaron el 100%.

Las demás propuestas no fueron aceptadas porque no cumplían con las reglas o atributos de la CUPS.

Sin embargo, dentro de las sesiones de consenso, las discusiones técnicas no se limitan únicamente a las propuestas de actualización consignadas en las Fichas Técnicas, también se evalúan los demás procedimientos correspondientes a la especialidad y a medida que se avanza en la revisión de la CUPS surgen otros ajustes; es así que se concertaron 29 ajustes adicionales, correspondiendo el 93% (n=27) a modificaciones en la CUPS y el 7% (n=2) a eliminación de subgrupos, categorías o subcategorías.

Los ajustes adicionales fueron 29 en todo lo relacionado con audiología y fonoaudiología, representado el 40% del total de tecnologías modificadas.

24.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 64 Trazabilidad CUPS audiología y fonoaudiología

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ	3	930106	EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE DESÓRDENES DE LENGUAJE
930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACION FUNCIONAL (HABLA)	3	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLÓGICAS DEL HABLA
954604	ELECTRONEURONOGRAFIA [ENOG]	4	930821	ELECTRONEURONOGRAFÍA [ENOG]
9524	**ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG]**	**5**	**9544**	**PRUEBAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR**
		2	954404	POSTUROGRAFÍA ESTÁTICA
954902	AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE PROTESIS COCLEAR	6	954903	REVISIÓN Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE
954902	AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE PROTESIS COCLEAR	6	954904	REVISIÓN Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO NO IMPLANTABLE
952400	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFIA SOD	3 y 4	954402	ELECTRONISTAGMOGRAFÍA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFÍA

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a las especialidades de audiología y fonoaudiología:

Tabla 65 Trazabilidad audiología y fonoaudiología

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
2	**NUEVO**	2	3%
3	**MODIFICA DESCRIPCION**	9	13%
4	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN**	1	1%
5	**SE ELIMINA**	2	3%
6	**SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS**	56	79%
3 y 4	**SE MODIFICA SU DESCRIPCIÓN Y SU UBICACIÓN**	1	1%
TOTAL		**71**	**100%**

Fuente: Consenso con ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA y ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA

Como se observa en la tabla anterior, la mayoría de ajustes concertados (79%) correspondieron a desagregaciones de algunos procedimientos para dar la especificidad necesaria, sin que esto corresponda a subcategorías nuevas. No se identificó ningún procedimiento como posible obsoleto.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

25 ARTICULACIÓN ENTRE OTORRINOLARINGOLOGÍA, OTOLOGÍA, NEUROTOLOGÍA, CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, AUDIOLOGÍA Y FONOAUDIOLOGÍA

Para definir los ajustes de manera conjunta con el área de audiología, otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, otología y Neurotología, se realizó un consenso en el segundo semestre de 2016, en el que participaron: un (1) delegado de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA, tres expertos delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA, un (1) delegado de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA, un (1) delegado del COLEGIO COLOMBIANO DE FONOAUDIÓLOGOS, un (1) delegado de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA, tres (3) expertos delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL, la subdirectora de Beneficios y tres (3) profesionales especializados de la Dirección.

Para tener coherencia técnica entre las diferentes especialidades, se decide ajustar las descripciones de los procedimientos que siempre requieren realizarse con ayudas visuales microscópicas o endoscópicas siendo necesaria la especificidad, razón por la cual a las siguientes descripciones se agregó el texto bajo visión microscópica y endoscópica:

18.0.3.02 EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O 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

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

Acorde a la pertinencia técnica, se acuerda desagregar las vías de abordaje de los procedimientos en: vía abierta, vía endoscópica y vía mínimamente invasiva.

Teniendo en cuenta que para realizar la descompresión de los pares craneales XI y XII no hay una descripción en la CUPS, se acuerda renombrar la categoría 04.4.2.03 DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII).

26 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA ACTUALIZACIÓN CUPS – ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

26.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

La SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, realizó el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 19 Ficha Técnica de Actualización de Ortopedia y traumatología), que corresponde a las propuestas realizadas por su especialidad.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la Ficha Técnica de Actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha técnica de Actualización, se reconocen 236 propuestas, 179 corresponden a Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS, 25 a modificaciones y 32 a eliminación.

26.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Se realizaron tres (3) sesiones de consenso, dos (2) en el segundo semestre de 2016 y una en el primer trimestre de 2017, en las mismas, participaron dos expertos delegados de la SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, la subdirectora de Beneficios y seis profesionales especializados de la Dirección. En el desarrollo de los consensos, se evaluaron el total de las propuestas (n=236); los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 66. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con la especialidad de ortopedia y traumatología

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad				Ajustes adicionales
	Total propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	179	1	54	124	0
Modificación	25	6	9	10	29
Eliminación	32	4	0	28	6
Total general	**236**	**11**	**63**	**162**	**35**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso con la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales enviadas por la SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, del total de las propuestas de inclusión de procedimientos nuevos, se aceptó el ingreso del 1% (n=1) de procedimientos nuevos, se aceptó parcialmente el ingreso del 30% (n=54), correspondiendo a la desagregación de procedimientos ya existentes para dar la especificidad que requiere la práctica clínica y no se aceptó el 69% (n=124) de las solicitudes de inclusión porque no cumplían con las reglas o atributos de la CUPS. De las propuestas de modificación de procedimientos, se aceptaron el 24 % (n=6), se aceptaron parcialmente el 36% (n=9) y no se aceptaron el 40% (n=10); de las propuestas de eliminación, se aceptaron el 12% (n=4) y no se aceptaron el 88% (n=28).

Ahora bien, en el desarrollo del consenso, acorde a las discusiones técnicas con la SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, se concertaron algunos ajustes

adicionales a los inicialmente propuestos, es así como se realizaron 29 (83%) modificaciones y se eliminaron 6 (17%) subcategorías.

Los ajustes adicionales que hubo representan los 32% del total de modificaciones hasta el momento desarrolladas.

26.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 67 Trazabilidad CUPS ortopedia y traumatología

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
8120	**ARTRODESIS DE ARTICULACION**	**3**	**8120**	**ARTRODESIS DE ARTICULACIONES**
81	**PROCEDIMIENTOS DE REPARACION Y PLASTIAS EN ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACION**	**6**	**8190**	**OTROS REEMPLAZOS ARTICULARES**
780940	REEMPLAZO DE CUERPO VERTEBRAL	4	819001	REEMPLAZO DE CUERPO VERTEBRAL
		2	819002	VERTEBROPLASTIA, ESTENTOPLASTIA, XIFOPLASTIA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
8120	**ARTRODESIS DE ARTICULACION**	**3**	**8120**	**ARTRODESIS DE ARTICULACIONES**
032301	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ], POR RADIOFRECUENCIA	7	032304	LESIÓN DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ]
032302	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ] CON LASER	7	032304	LESIÓN DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ]
034104	RESECCION DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO	5	034101	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO, POR CRANEOTOMIA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISIÓN DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VIA POSTERIOR
832100	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) SOD	6	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA
832100	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) SOD	6	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA
832100	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) SOD	6	832103	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA
791	**REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA**	**3 y 4**	**791**	**REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA**

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a ortopedia y traumatología:

Tabla 68 Trazabilidad ortopedia y traumatología

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
2	**NUEVO**	1	1%
3	**MODIFICA DESCRIPCION**	30	28%
4	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN**	1	1%
5	**SE ELIMINA**	8	7%
6	**SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS**	66	61%
7	**SE AGRUPA EN UN SOLO PROCEDIMIENTO**	2	2%
3 y 4	**SE MODIFICA SU DESCRIPCIÓN Y SU UBICACIÓN**	1	1%
TOTAL		**109**	**100%**

Fuente: Consenso con SCCOT

Como se observa en la tabla anterior, se realizaron un total de 109 ajustes, la mayoría (61%) correspondieron a desagregaciones de algunos procedimientos para dar la especificidad necesaria, sin que esto corresponda a subcategorías nuevas; y a modificaciones en la descripción (28%). No se identificaron procedimientos obsoletos.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

27 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA ALTERNATIVA

27.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

En trabajo conjunto con la Dirección de Talento Humano de este Ministerio, se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de las siguientes Sociedades: ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRACTICA, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE TERAPIA NEURAL (Medicina Neural terapéutica) - ACOLTEN/MNT, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MUSICOTERAPIA, ASOCIACIÓN DE MÉDICOS INVESTIGADORES EN TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS, SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA INTEGRATIVA, HOMEOPATÍA Y HOMOTOXICOLOGÍA, ASOCIACIÓN DE MEDICINA ALTERNATIVA DEL VALLE, SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA CHINA Y ACUPUNTURA – SOCOLMEDA, FUNDACIÓN INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATÍA LUIS G PAEZ Y ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRÁCTICA, en donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

Las ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE TERAPIA NEURAL (MEDICINA NEURALTERAPÉUTICA) - ACOLTEN/MNT y SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA CHINA Y ACUPUNTURA – SOCOLMEDA, realizaron el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 20 Ficha Técnica de Actualización de Medicinas Alternativas), que corresponde a las propuestas conjuntas de las sociedades.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la Ficha Técnica de Actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, se reconocen 6 propuestas, 3 corresponden a Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS y 3 a modificaciones.

27.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Se realizó una sesión de consenso en el segundo semestre de 2016 en la que participaron expertos delegados de las sociedades de: ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRACTICA, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE TERAPIA NEURAL (Medicina Neural terapéutica) - ACOLTEN/MNT, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MUSICOTERAPIA, ASOCIACIÓN DE MÉDICOS INVESTIGADORES EN TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS, SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA INTEGRATIVA, HOMEOPATÍA Y HOMOTOXICOLOGÍA, ASOCIACIÓN DE MEDICINA ALTERNATIVA DEL VALLE, SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA CHINA Y ACUPUNTURA – SOCOLMEDA, FUNDACIÓN INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATÍA LUIS G PAEZ Y ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRÁCTICA y dos (2) profesionales especializados de la Dirección.

En el desarrollo de los consensos, se evaluaron las propuestas; los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 69. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con las especialidades de Medicinas Alternativas

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	Ajustes adicionales durante el consenso
Inclusión	3	0	3	0	0
Modificación	3	3	0	0	6
Total general	**6**	**3**	**3**	**0**	**6**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso con las Sociedades de Medicinas Alternativas

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales enviadas por las Sociedades de Medicinas Alternativas, se aceptaron el 100%, con la salvedad de que los procedimientos sugeridos para inclusión como nuevos, se aceptaron parcialmente ya que se desagregaron de procedimientos existentes en la CUPS, para dar la especificidad que requiere la práctica clínica.

Como ya se ha mencionado, dentro de las sesiones de consenso, las discusiones técnicas no se limitan únicamente a las propuestas de actualización consignadas en las fichas técnicas, también se evalúan los demás procedimientos correspondientes a la especialidad y a medida que se avanza en la revisión de la CUPS surgen otros ajustes, por esta razón, en el consenso realizado con las sociedades de medicinas alternativas, se concertó realizar seis ajustes adicionales a los propuestos inicialmente.

Es importante mencionar que a pesar de haber presentado pocas propuestas fue necesario hacer el mismo número de ajustes adicionales.

27.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 70 Trazabilidad CUPS Medicinas Alternativas

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
890258	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPATIA)	3	890258	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPATICA)
890258	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPATIA)	6	890296	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NEURALTERAPEUTICA)
999102	TERAPIA NEURAL	4 y 6	999401	NEURALTERAPIA SUPERFICIAL (INFILTRACIÓN)
999102	TERAPIA NEURAL	4 y 6	999402	NEURALTERAPIA PROFUNDA (INFILTRACIÓN)

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a Medicinas Alternativas:

Tabla 71 Trazabilidad Medicinas Alternativas

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
3	**MODIFICA DESCRIPCION**	3	12%
4	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN**	1	4%
6	**SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS**	6	23%
4 y 6	**SE MODIFICA SU DESCRIPCIÓN Y SU UBICACIÓN**	2	8%
TOTAL		**26**	**100%**

Fuente: Consenso con Sociedades de Medicinas alternativas

Como se observa en la tabla anterior, la mayoría de ajustes concertados (n=23%) correspondieron a desagregaciones de algunos procedimientos para dar la especificidad necesaria, sin que esto corresponda a subcategorías nuevas. No se identificó ningún procedimiento como posible obsoleto.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

28 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA

28.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA, donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

La ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA, realizó el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 21 Ficha Técnica de Actualización de Reumatología), que corresponde a las propuestas realizadas por su especialidad.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la Ficha Técnica de Actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha técnica de actualización, se reconocen 19 propuestas, ocho corresponden a Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS, diez a modificaciones y una a eliminación.

28.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Se realizó una sesión de consenso en el segundo semestre de 2016 en la que participó un experto delegado de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA y dos (2) profesionales especializados de la Dirección.

En el desarrollo de los consensos, se evaluaron las propuestas; los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 72. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con las especialidades de Medicinas Alternativas

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad			
	Total propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados
Inclusión	8	0	1	7
Modificación	10	1	0	9
Eliminación	1	0	1	0
Total	**19**	**1**	**2**	**16**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso con las Sociedades de Medicinas Alternativas

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales enviadas por la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA, se aceptaron parcialmente el 13% (n=1) de las propuestas de inclusión, el 10% (n=1) de las propuestas de modificación y la única propuesta de eliminación fue parcialmente aceptada.

28.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 73 Trazabilidad CUPS Reumatología

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL	6	886014	MORFOMETRIA VERTEBRAL
902101	CELULAS L.E.	8	902101	CELULAS L.E.
906848	INTERFERON GAMMA [GAMMAINTERFERON] LIBERACION	3	906848	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]
886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL	6	886014	MORFOMETRIA VERTEBRAL

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a Reumatología:

Tabla 74 Trazabilidad Reumatología

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
3	**MODIFICA DESCRIPCION**	1	33%
6	**SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS**	1	33%
8	**POSIBLE OBSOLETO**	1	33%
TOTAL		**3**	**100%**

Fuente: Consenso con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA

En el consenso con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA se identificó la subcategoría 90.2.1.01.CELULAS L.E, como posible obsoleto, por lo que queda en monitoreo y seguimiento.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

29 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

29.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA, donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

La ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA, realizó el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 22 Ficha Técnica de Actualización de Cirugía), que corresponde a las propuestas realizadas por su especialidad.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la Ficha Técnica de Actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha técnica de Actualización, se reconocen 244 propuestas, 238 corresponden a Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS, 4 a modificaciones y 2 a eliminación.

29.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Se realizaron cinco (5) sesiones de consenso, cuatro (4) en el segundo semestre de 2016 y una en el primer trimestre de 2017, en las mismas, participaron los expertos delegados por tema de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA, la subdirectora de Beneficios y seis profesionales especializados de la Dirección. En el desarrollo de los consensos, se evaluaron el total de las propuestas (n=244); los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 75. Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con las especialidades de cirugía

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	Ajustes adicionales
Inclusión	238	0	181	57	10
Modificación	4	0	3	1	587
Eliminación	2	2	0	0	148
Total general	**244**	**2**	**184**	**58**	**745**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales enviadas por la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA, de las propuestas de inclusión, se aceptaron parcialmente el 76%(n=181) porque correspondían a desagregaciones de procedimientos ya existentes en la CUPS el ingreso, para dar la especificidad que requiere la práctica clínica, de las propuestas de modificación, se aceptó parcialmente el 75% (n=3), mientras que las propuestas de eliminación se aceptaron al 100% (n=2). Las demás propuestas no se aceptaron porque no cumplían con las reglas o atributos de la CUPS.

Ahora bien, en el desarrollo del consenso, acorde a las discusiones técnicas con los expertos de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA, se concertaron 745 ajustes adicionales a los inicialmente propuestos, es así como se realizaron 10 (1%) inclusiones, 587 (79%) modificaciones y 148 (20%) eliminaciones.

Es evidente que con la actualización de los procedimientos de cirugía fue necesario reordenar varios de las estructuras de la CUPS referente a estas especialidades que no estaban planteadas desde el inicio

en las propuestas allegadas. Las reformas adicionales representan el 79% del total de ajustes en esta especialidad.

29.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 76 Trazabilidad CUPS cirugía

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
072	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL O UNILATERAL	3	072	SUPRARRENALECTOMIAS
0721	ESCISIONES DE LESIONES EN GLANDULAS SUPRARRENALES	7	0720	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL
0722	SUPRARRENALECTOMIA [ADRENALECTOMIA] UNILATERAL	7	0720	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL
0723	SUPRARRENALECTOMIA [ADRENALECTOMIA] PARCIAL	7	0720	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL
072301	TOMA DE INJERTO (SUPRARRENALECTOMIA) PARA IMPLANTE	6	072701	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VIA ABIERTA
072301	TOMA DE INJERTO (SUPRARRENALECTOMIA) PARA IMPLANTE	6	072702	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCOPICA
2831	**ADENOAMIGDALECTOMIA**	**5**	**2821**	**AMIGDALECTOMIA**
404301	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO, UNILATERAL	4 y 6	404001	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VIA ABIERTA
416110	ESPLENORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	3 y 4	416103	ESPLENORRAFIA VIA LAPAROSCÓPICA
		2	**4257**	**RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO CON COLGAJO LIBRE**
5364	**REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI]**	**4**	**5374**	**REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI]**

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a cirugía:

Tabla 77 Trazabilidad cirugía

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
2	**NUEVO**	10	1%
3	**MODIFICA DESCRIPCION**	86	9%
4	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN**	2	0%
5	**SE ELIMINA**	85	9%
6	**SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS**	659	70%
7	**SE AGRUPA EN UN SOLO PROCEDIMIENTO**	65	7%
3 y 4	**SE MODIFICA SU DESCRIPCIÓN Y SU UBICACIÓN**	9	1%

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
y 6	SE MODIFICA SU UBICACIÓN Y SE DESAGREGA	25	3%
TOTAL		941	100%

Fuente: Consenso con ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

Como se observa en la tabla anterior, se realizaron un total de 941 ajustes, la mayoría (70%) correspondieron a desagregaciones de algunos procedimientos para dar la especificidad necesaria, sin que esto corresponda a subcategorías nuevas, seguido de las modificaciones en la descripción (9%) y la eliminación de algunos subgrupos, categorías o subcategorías porque se encontraban contenidos o hacían parte de otros ya descritos. No se identificaron procedimientos obsoletos.

De otra parte, algunos procedimientos sufrieron más de un cambio y por esta razón tienen dos calificaciones en la trazabilidad por ejemplo, la subcategoría 40.4.3.01 VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO, UNILATERAL, se desagregó y se reubico en la categoría 40.4.0, quedando así: 40.4.0.01 VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VIA ABIERTA.

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

30 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA

30.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Se realizó la reunión inicial con los representantes delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA, donde se socializa la metodología a seguir y se hace entrega de las reglas de CUPS a tener en cuenta durante el desarrollo de los consensos.

La ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA, realizó el envío mediante correo electrónico de la FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 23 Ficha Técnica de Actualización de Coloproctología), que corresponde a las propuestas realizadas por su especialidad.

Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas contenidas en la Ficha Técnica de Actualización; de acuerdo al tipo de ajuste definido en la columna A de la Ficha Técnica de Actualización, se reconocen 130 propuestas, 101 corresponden a Inclusión de procedimientos nuevos en la CUPS, cinco a modificaciones y 24 a eliminación.

30.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

Se realizó una (1) sesión de consenso en el que participaron dos expertos delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA, la subdirectora de Beneficios y dos profesionales especializados de la Dirección. En el desarrollo de los consensos, se evaluaron el total de las propuestas (n=130); los resultados de los ajustes realizados a la CUPS se consolidaron en la siguiente tabla:

Tabla 78 Cuadro resumen de los ajustes realizados en consenso con las especialidades de Coloproctología

Tipo de ajuste propuesto	Propuesta inicial Sociedad				Ajustes adicionales
	Total propuesta inicial Sociedad	Aceptados	Aceptados Parcialmente	No aceptados	
Inclusión	101	2	76	23	1
Modificación	5	1	2	2	91
Eliminación	24	23	0	1	49
Total general	**130**	**26**	**78**	**26**	**141**

Fuente: Elaboración propia a partir del consenso con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA

Como se observa en la tabla anterior, de las propuestas iniciales enviadas por ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA, se aceptaron parcialmente el 75%(n=76) de las inclusiones como desagregaciones de procedimientos ya existentes en la CUPS mientras que el 2% (n=2) sí se aceptaron como procedimientos nuevos; de las propuestas de modificación, se aceptó parcialmente el 40% (n=2) y finalmente de las propuestas de eliminación se aceptaron al 96% (n=23).

Ahora bien, en el desarrollo del consenso, acorde a las discusiones técnicas con los expertos de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA se concertaron 141 ajustes adicionales a los inicialmente propuestos, correspondiendo a 91 (65%) modificaciones y 49 (35%) eliminaciones.

El total de modificaciones resultantes tras la sesión de análisis técnico con los expertos resultó mayor a las solicitudes de ajuste de la Sociedad. Dichas concertaciones representan el 56% de las tecnologías actualizadas.

30.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestran ejemplos correspondientes a la calificación de la trazabilidad, con base a lo concertado durante los consensos:

Tabla 79 Trazabilidad CUPS Coloproctología

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
4054	**VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO ABDOMINO INGUINAL**	**3**	**4054**	**VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO ABDOMINO PELVICO**
405403	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL	6	405404	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL VÍA ABIERTA
405403	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL	6	405405	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA
4527	**BIOPSIA INTESTINAL**	**5**	**4525**	**BIOPSIAS DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA**
		2	**4543**	**INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO**
		2	454301	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA
4851	**PROTECTOMIA PARCIAL, VIA TRANS-SACRA [KRASKE]**	**7**	**4850**	**PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL O TRANS-SACRO**
4852	**PROTECTOMIA COMPLETA**	**7**	**4850**	**PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL O TRANS-SACRO**
4853	**PROTECTOMIA CON COLOSTOMIA**	**7**	**4850**	**PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL O TRANS-SACRO**
4861	**RESECCION DE RECTO Y SIGMOIDE [RECTOSIGMOIDECTOMIA] TRANS-SACRA O TRANS-COCCIGEA**	**7**	**4850**	**PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL O TRANS-SACRO**
494500	LIGADURA DE HEMORROIDES SOD	3 y 4	494001	LIGADURA DE HEMORROIDES
4943	**CAUTERIZACION DE HEMORROIDES**	**8**	**4943**	**CAUTERIZACION DE HEMORROIDES**

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de los ajustes realizados a la CUPS en los procedimientos atinentes a coloproctología:

Tabla 80 Trazabilidad Coloproctología

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
2	**NUEVO**	3	1%
3	**MODIFICA DESCRIPCION**	26	10%
4	**SE MODIFICA SU UBICACIÓN**	1	0%
5	**SE ELIMINA**	53	21%
6	**SE DESAGREGA EN VARIOS PROCEDIMIENTOS**	145	58%
7	**SE AGRUPA EN UN SOLO PROCEDIMIENTO**	19	8%

Calificación trazabilidad	Tipo de ajuste	Total procedimientos ajustados	Porcentaje
8	**POSIBLE OBSOLETO**	4	2%
3 y 4	**SE MODIFICA SU DESCRIPCIÓN Y UBICACIÓN**	1	0%
TOTAL		**252**	**100%**

Fuente: Consenso con ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA

Como se observa en la tabla anterior, se realizaron un total de 252 ajustes, la mayoría (58%) correspondieron a desagregaciones de algunos procedimientos para dar la especificidad necesaria, sin que esto corresponda a subcategorías nuevas, seguido de las eliminaciones (21%) de algunos subgrupos, categorías o subcategorías porque se encontraban contenidos o hacían parte de otros ya descritos. Adicionalmente, en el desarrollo de los consensos, se identificaron los siguientes procedimientos como posiblemente obsoletos que quedarán en monitoreo y seguimiento:

49.4.3 CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES

49.4.3.00 CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES SOD

49.4.4 ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA

49.4.4.00 ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA SOD

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

31 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS EN LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA

31.1 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS AVANCES DE LAS PROPUESTAS EXISTENTES

Aunque en el año 2016, ya se había realizado consenso con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA, se recibió mediante correo electrónico una nueva FICHA TÉCNICA DE ACTUALIZACIÓN_CUPS (Anexo 24 Ficha Técnica de Actualización de Neurología), con dos propuestas de ajuste, correspondientes a dos inclusiones. Previo al consenso con los expertos se realizó un análisis interno de las propuestas.

31.2 CONSENSO POR MESA DE TRABAJO

En el primer trimestre del año 2017, se realizó una nueva sesión de consenso con los expertos delegados de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA, en el que también participaron la subdirectora de Beneficios y dos profesionales especializados de la Dirección. En el desarrollo del consenso, se evaluaron las dos propuestas de inclusión, de las que se aceptó una parcialmente correspondiendo a la desagregación de un procedimiento para dar la especificidad requerida en la práctica clínica y que adicionalmente correspondía a la codificación[17] que en su momento asignó la Comisión de Regulación en Salud –CRES- hoy extinta y liquidada (*Decreto 2560 de 2012*), al código C00017 TROMBOLISIS ENDOVENOSA DE ATAQUE CEREBRO VASCULAR que durante la actualización del año 2015 mediante la Resolución 4678 de 2015 habría sido agrupado o incluido dentro de la subcategoría 38.0.1.10 TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES, VIA ENDOVASCULAR, omitiendo en cierta forma la especifidad que traía el procedimiento y siendo necesaria para la correcta descripción del procedimiento; mientras la otra propuesta que se trataba de la inclusión de un nuevo servicio, no fue aceptada porque al realizar la verificación en la normatividad vigente ya estaba incluido dentro de otro servicio.

31.3 TRAZABILIDAD

A continuación, se muestra la trazabilidad del ajuste concertado con la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA:

[17] De conformidad con las competencias determinadas a este Ministerio, se incorporó y ajustó a la codificación existente a través de la presente actualización los códigos que en su momento asignó la Comisión de Regulación en Salud –CRES- hoy extinta y liquidada (Decreto 2560 de 2012), que correspondían a la denominación alfa numérica C000001 hasta el C000018 y con la actualización integral del plan obligatorio de salud para el periodo 2013, la Dirección de Regulación de Beneficios asignó los códigos C000019, C000020 y C000021.

Tabla 81 Trazabilidad CUPS Coloproctología

CÓDIGO R. 5975	DESCRIPCIÓN R. 5975	TIPO MODIF	CÓDIGO NUEVO	DESCRIPCIÓN NUEVA
380110	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES, VÍA ENDOVASCULAR	**6**	380111	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VÍA ENDOVENOSA

Fuente: Elaboración propia a partir de la TRAZABILIDAD CUPS 2016 RES_1132_1

La trazabilidad correspondiente a esta actualización se encuentra publicada en la página oficial de Minsalud y puede ser consultada y descargada a través del siguiente enlace electrónico: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx en la opción Actualización CUPS/ Año 2017/ Resolución 1132 y sus anexos.

32 RESULTADOS RESOLUCIÓN 1132 DE 2017

32.1 PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO

Terminado el tiempo programado para los consensos se procede a elaborar el proyecto de acto administrativo, el cual incluye: considerandos, articulado, la modificación de 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 y el Anexo Técnico 2 "Lista Tabular" actualizado, compilando en un solo acto administrativo los ajustes realizados a la lista tabular mediante la Resolución 5975 de 2016, siendo esta derogada.

El ámbito de aplicación para la clasificación de procedimientos reordenada y actualizada corresponde a las EAPB, Prestadores de Servicios de Salud, organismos de inspección, vigilancia y control del SGSSS y todos aquellos agentes a quienes aplique las normas del Sistema de Seguridad Social Integral, para la identificación y denominación de los procedimientos y servicios en salud.

El ajuste al Anexo Técnico 2 "Lista Tabular" es el resultado del trabajo conjunto, en virtud del proceso de análisis de la CUPS, adelantado con los expertos de diversas sociedades científicas en los temas abordados, aplicando de las reglas de clasificación anteriormente descritas sobre los procedimientos en salud convenidos en las mesas de trabajo durante las sesiones de consenso; contribuyendo a la implementación de un lenguaje homogéneo entre los diferentes actores del sistema de salud.

A la par, se realizaron otras modificaciones a la estructura de la lista tabular en relación con lo correspondiente a la Resolución 4678 de 2015 y sus resoluciones de modificación o adición. Estas modificaciones fueron:

- Corrección de errores ortográficos en las descripciones.
- Eliminación de epónimos, siglas, acrónimos y abreviaturas cuando fue posible.
- Ajuste de las terminologías y siglas como el caso de SOD, NCOC en las categorías y subcategorías en donde no era procedente por la desagregación de más procedimientos.
- Eliminación de símbolos o caracteres que generan alteración o variación en los sistemas de información electrónico.
- Verificación de procedimientos o servicios que se encontraran repetidos o se duplicaran con descripción similar o que correspondieran al mismo procedimiento; asimismo se revisaron los grupos, subgrupos, categorías y subcategorías para evitar descripciones iguales reordenando de manera congruente con la estructura de la CUPS.
- Se identificaron algunos procedimientos que contienen el nombre de la enfermedad o diagnóstico y se procedió al ajuste de conformidad con las reglas establecidas, en las categorías y grupos que se pudo realizar, quedando pendiente para los procesos posteriores los consensos con las demás sociedades científicas que no participaron en el proceso actual.

- Se reubicaron procedimientos de acuerdo a criterios y análisis tanto en consenso como criterio del grupo de trabajo frente a la pertinencia en los grupos, subgrupos, categorías o subcategorías según correspondieran.

- Se desagregaron procedimientos conforme a los criterios de especificidad establecidos con cada una de las sociedades científicas participantes, como fueron vías de abordaje para procedimientos quirúrgico o intervencionistas, cumpliendo con las reglas, principios y atributos de la CUPS.

32.2 VALIDACIÓN

El proyecto de Resolución "Por la cual se sustituye el Anexo Técnico 2 "Lista Tabular" de la Resolución 5975 del 2 de Diciembre de 2016", se publicó en la página oficial www.minsalud.gov.co del 28 de diciembre de 2016 al 2 de enero de 2017 inclusive, de conformidad con lo ordenado en la Constitución y en la Ley 1437 de 2011, artículo 8, numeral 8, "existe el deber de dar información al público", para recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas.

Es así que Minsalud en agosto de 2015 informó a las asociaciones y grupos participantes de la publicación del Proyecto de resolución, para la recolección de comentarios al listado tentativo de los procedimientos, así como del cuerpo de la resolución propuesta.

Se recibieron comentarios sobre el articulado y la lista tabular, tanto a nivel interno como externo de Minsalud, los cuales fueron analizados por el grupo base, se procedió al ajuste suscitado y se dio respuesta a todas las observaciones allegadas por los diferentes actores.

Algunos de los actores que enviaron observaciones fueron:

- Gerardo U. Otero Delgado - Jefe Nacional Gestión Solicitudes de Servicios
- Andrés F. Restrepo Builes - Medico analista acceso y beneficios
- Ministerio de Salud y Protección Social (internas)

Varios profesionales de salud relacionados con el tema y otros actores del sistema hicieron observaciones al concepto de *mínimamente invasivo* y la duplicidad que esta desagregación inicialmente aceptada generaba, así como la falta de claridad del concepto y el alcance de dicha implementación de la descripción en el procedimiento en salud; motivo de lo anterior se llevó a discusión con todas las sociedades científicas para realizar un consenso más amplio sobre la decisión de incorporar a la CUPS la definición, alcance y desagregación en los diferentes procedimientos la especificidad de la técnica mínimamente invasivo, como una variedad de la vía de abordaje en varios capítulos, grupos, subgrupos, categorías o subcategorías de otros sistemas dentro de la estructura céfalo caudal de la clasificación.

Para el capítulo y el Sistema Cardiovascular, por ser un punto que afecta a varias sociedades, colegios o agremiaciones se realizó una sesión conjunta para establecer y coordinar el consenso con miras a mitigar las observaciones y las conclusiones ya que se encontraron varios procedimientos en salud que se encontraban duplicados o descritos de forma diferente con códigos diferentes pero que denominaban el mismo procedimiento en salud; por lo que se hizo un ejercicio de completitud y ajuste

de los procedimientos en salud avalados por los expertos del país, y deliberado en el consenso, con gran aceptación por parte de los participantes de dicha reunión y sesión.

Durante la sesión de consenso que se llevó a cabo el día 25 de enero de 2017, se decidió eliminar del proyecto de resolución todas aquellas descripciones que contenían la desagregación de *mínimamente invasiva*, modificando dichas subcategorías conforme la especificidad en cuanto a las vías de abordaje de cada procedimiento quirúrgico o intervencionista cuando fuera necesario, respetando la estructura de la CUPS.

Siendo necesario retomar las sesiones de consenso con cada una de las especialidades con las que ya se habían concertado dichos procedimientos para proceder al cambio evidenciando la decisión de eliminar las subcategorías de mínimamente invasiva y especificar cada una conforme la necesidad. Continuando con el principio de transparencia y compromiso del proceso de la actualización de la CUPS.

32.3 TRAZABILIDAD GENERAL RESOLUCIÓN 1132 DE 2017

Se llevó a cabo el ajuste final al texto normativo, al concepto de mínimamente invasivo y al Anexo Técnico "Lista Tabular". Las modificaciones realizadas al contenido de la CUPS de la Resolución 5975 de 2016 se resumen en la siguiente tabla, en la que se relaciona el tipo y número de modificaciones realizadas, con base en el trabajo adelantado con las agremiaciones participantes.

Tabla 50 Trazabilidad general actualización y reordenamiento de la CUPS

No. Modificación	Tipo de Modificación	Total Códigos Modificados	% Modificación
1	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, se **MANTIENE**	11677	81%
2	Es un procedimiento o subcategoría **NUEVO** para la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones	94	1%
3	Es un procedimiento o subcategoría **de** la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere **MODIFICAR LA DESCRIPCIÓN**	331	2%
4	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere **MODIFICAR LA UBICACIÓN**	90	1%
5	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que requiere ser **ELIMINADO** de la norma por estar **CONTENIDO** en otro procedimiento	334	2%
6	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, que PUEDE O NO SER ELIMINADO DE LA NORMA PORQUE **SE DESAGREGA** EN VARIOS PROCEDIMIENTOS O EN UNO SOLO	1529	11%
7	Son varios procedimientos o subcategorías de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, QUE REQUIEREN SER ELIMINADOS DE LA NORMA PORQUE **SE AGRUPAN** EN UN SOLO PROCEDIMIENTO	168	1%
8	Es un procedimiento o subcategoría de la Resolución 4678 y sus adiciones o modificaciones, QUE REQUIERE SER MONITOREADO, POR SER CONSIDERADO POR LOS EXPERTOS COMO **POSIBLE OBSOLETO**	22	0%
3 Y 4	**MODIFICA LA DESCRIPCIÓN Y REUBICA**	49	0%
3 Y 6	**MODIFICA LA DESCRIPCIÓN Y DESAGREGA**	2	0%
4 Y 6	**REUBICA Y DESAGREGA**	108	1%
4 Y 8	**REUBICA Y POSIBLE OBSOLETO**	4	0%
6 Y 8	**DESAGREGA Y POSIBLE OBSOLETO**	1	0%
TOTAL DE CÓDIGOS		**14409**	**100%**

Fuente: TRAZA RESOLUCIÓN 1132_2017

Como se observa en la tabla anterior, el mayor porcentaje de modificación 11% continua siendo las desagregaciones de aquellos procedimientos inespecíficos y genéricos que era necesario definir en las sesiones de consenso su nivel de detalle.

Para esta actualización se continuó con la actualización de las secciones de procedimientos quirúrgicos e intervencionistas, siendo necesario un reordenamiento y una reorganización de varios capítulos debido a la desactualización de la CUPS y la necesidad de dar coherencia en cuanto a la estructura de la CUPS.

32.4 ACTO ADMINISTRATIVO

El acto administrativo definitivo corresponde a la Resolución 1132 del 11 de abril de 2017, "*Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"*, y deroga la Resolución 5975 de 2017.

32.5 SEGUIMIENTO AL IMPACTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA CUPS

El punto de partida para el seguimiento al impacto de esta actualización y reordenamiento de la CUPS parte de la socialización de la Resolución 5975 de 2016 que se dará a los grupos interesados y agentes del sistema a partir del año 2017, como también el seguimiento a las consultas que se susciten con la nueva norma, los nuevos ajustes que surjan como producto de los consensos en las mesas de trabajo ya instauradas y las venideras.

Sobre el particular, es necesario mencionar que desde mediados del año 2015 se han realizado acercamientos para el trabajo en nuevas especialidades médicas y grupos dentro de la CUPS como son:

- Colegio Colombiano de Fisioterapia
- Asociación Colombiana de Gastroenterología
- Federación Odontológica Colombiana
- Colegio de Psicólogos

32.6 CONCLUSIONES

El trabajo realizado ha permitido la actualización de la CUPS desde varios puntos de vista:

9) Integración en un solo cuerpo normativo el contenido de los actos administrativos previos con el fin de facilitar su consulta y aplicación.

10) Diseño de una metodología de actualización y reordenamiento de la Clasificación de procedimientos en salud, que es de aplicación continua y permanente, de acuerdo con los desarrollos tecnológicos.

11) Aplicación de la metodología diseñada con la participación activa de sociedades científicas, agremiaciones, prestadores de servicios de salud y otros agentes del sistema que permitió llevar a cabo el reordenamiento y actualización de procedimientos relacionados con: alergia, asma,

inmunología, radiología, radiología intervencionista, banco de sangre, laboratorio clínico y medicina transfusional.

12) Actualización de la codificación y denominación de acuerdo con la práctica clínica de hoy.

13) Codificación de todas las tecnologías en salud que forman parte de la cobertura del POS

14) Establecimiento de mesas de trabajo para la actualización continua de la CUPS, la resolución de consultas y expedición de conceptos a que haya lugar.

15) Se realizará el análisis de la nueva CUPS relacionada con la cobertura del Plan de Beneficios en Salud, realizado por los profesionales de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, el cual reposa en el documento "Análisis trazabilidad cobertura POS por actualización de la CUPS", 2015.

32.7 RECOMENDACIONES

- Establecer el proceso de actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS- con periodicidad de dos años o menos, permanente, continua y participativa con todas las sociedades científicas, agremiaciones, así como los prestadores de servicios de salud, la academia y agentes del Sistema de Seguridad Social Integral en razón a las variaciones tecnológicas y sus correspondientes innovaciones en el ámbito de salud, riesgos laborales, accidentes de tránsito y demás que de una forma u otra tienen que proceder a realizar procedimientos en salud o la utilización de los servicios correspondientes.

- Realizar consensos con diferentes actores del Sistema de Salud colombiano con miras a establecer criterios y reglas claras en las determinaciones semánticas y que correspondan con un lenguaje para los sistemas de información en lo posible con pocas variaciones y desagregaciones que correspondan con la realidad.

- Tener en cuenta los posibles cambios de estructura en las codificaciones y los lineamientos por organismos multilaterales así como la complementariedad con otros objetivos como son por ejemplo los manuales tarifarios, o las coberturas de los planes de beneficios entre otros.

- Estar al tanto, de las observaciones y actualizaciones realizadas por la OCDE en consonancia con lineamientos de la OMS, frente a este tema en particular como es la clasificación de procedimientos en salud.

- Gestionar e impulsar jornadas de capacitación y sensibilización en las universidades y centros de educación media y continuada en temas de salud para la correcta aplicación y uso de la descripción adecuada de procedimientos y cumplimiento de la normatividad colombiana como requisitos indispensables para evitar negación de servicios o barreras de acceso al goce efectivo del derecho fundamental a la salud en el marco de la Constitución y la Ley Estatutaria en Salud.

- Establecer parámetros de integración del lenguaje semántico e informático de conformidad con el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 y demás normas sobre la obligatoriedad de los sistemas de información en salud.

Entiéndase que todo procedimiento en salud conlleva inherentemente el uso de dispositivos médicos que se requieran por prescripción del médico o profesional de la salud tratante para la finalidad y la necesidad en salud conforme a la normatividad especial urgente.

33 RESOLUCIÓN 3804 DE 2016 *"POR LA CUAL SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD -CUPS"*

El 23 de agosto de 2016 se expidió la Resolución 3804 de 2016 *"Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS"*, cuya finalidad es justamente normar y empoderar el proceso de actualización de la CUPS, permitiendo así alcanzar el objetivo de estandarizar la codificación y descripción o nomenclatura de los procedimientos en salud que se realizan en el país, y así mismo contribuir al desarrollo del Sistema Integral de Información entre los diferentes actores del Sistema de Salud.

En la precitada resolución se establece el procedimiento para actualizar la CUPS entendiéndose como un proceso continuo, técnico, dinámico, participativo, transparente y validado por los expertos del país, que se desarrollará tres (3) fases que se desarrollarán detalladamente en la metodología que de manera general se enuncian a continuación:

1. Fase de nominación. En esta participarán de forma colectiva los ciudadanos y demás actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad en Salud. La metodología para su desarrollo se describe en el documento METODOLOGÍA PARA EL REGISTRO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD – RUPS, el cual puede ser consultado en la página web de Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Fase de análisis técnico-científico. Será desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, de forma colectiva con los expertos del país de acuerdo con la especialidad correspondiente, analizando cada una de las nominaciones presentadas en el primer trimestre de cada vigencia.

3. Fase de decisión y seguimiento integral. En esta fase se adoptará la respectiva decisión frente a la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS y su trazabilidad.

En virtud de lo mencionado en los párrafos precedentes, en el siguiente enlace podrá consultar y descargar la metodología y formulario RUPS para efectos de la actualización de la CUPS en la página web de Ministerio de Salud y Protección Social.

Cabe aclarar que el proceso de nominación no implica que sea aceptada en la actualización de la CUPS, dado que la nominación deberá surtir las etapas anteriormente mencionadas.

34 TRABAJOS CITADOS

Alexander, G. R. (Enero - Junio de 2015). 1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. (S. N. Salud, Ed.) *Monitor Estrategico*(7).

Averill, R., Mullin, R., Steinbeck, B., Goldfield, N., Grant, T., & Butler, R. (s.f.). *Centers for Medicare & Medicaid Services.* Recuperado el 10 de 02 de 2015, de https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/downloads/pcs_final_report2012.pdf

Brasileña, A. M. (2008). *Classificacao Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos* (5 ed.). Sao Paulo.

Commission on Professional and Hospital Activities, A. A. (2012). *CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9.ª REVISIÓN MODIFICACIÓN CLÍNICA CIE•9•MC* (8.ª Edición. Enero 2012. ed.). (A. G. Solana e Hijos, Ed.) Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad.

Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *Las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.* Recuperado el 10 de 02 de 2015, de www.dnp.gov.co: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Bases%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%202014-2018.pdf

Dirección de Estadisticas e Información en Salud. (s.f.). Recuperado el 5 de febrero de 2016, de Ministerio de Salud de Argentina: http://www.deis.msal.gov.ar/publicaciones/archivos/CACE-Boletin18

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. (2015). DEFINICIONES TERMINOLÓGICAS - PARTE 1. Colombia.

Ecuador, Ministerio de Salud Publica de. (2008). *Codificación de Diagn´soticos y Procedimientos Médicos. Manual de Proveedores. Programa de Aseguramiento en Salud. Distrito Metropolitano de Quito.* Quito.

INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD. (10 de 03 de 2014). Guía metodológica para la realización de evaluaciones económicas en el marco de Guías de Práctica Clínica. Colombia. Recuperado el 8 de Enero de 2016, de http://www.iets.org.co/Manuales/Manuales/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20Realizaci%C3%B3n%20de%20Evaluaciones%20Econ%C3%B3micas%20en%20el%20marco%20de%20Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20-%20Versi%C3%B3n%20final%20completa.pdf

Madden, R., Sykes, C., & Ustun, T. B. (s.f.). *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose.* Australia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Recuperado el 14 de Agosto de 2015, de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/PromociónyPrevención.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Recuperado el 5 de febrero de 2016, de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/normativa-inicio.aspx

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2014). Metodología para identificación de tecnologías en salud de primera línea de tratamietno o de uso cotidiano. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (s.f.). *POSpópuli.* Obtenido de http://pospopuli.minsalud.gov.co/

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (s.f.). RESOLUCIÓN 5592 DE 2015. COLOMBIA.

Minsalud. (15). sdfasdjfk. En magaliu, *rel* (pág. 15). bogo: planeta.

OMS. (2015). *ICD-11 Upadate. Classifications, Terminologies, and Standards.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (s.f.). *World Health Organization*. Recuperado el 3 de Febrero de 2016, de http://www.who.int/classifications/icd/en/

ONU. (2013). *Boletin Informativo sobre Clasificaciones.* Organización de Naciones Unidas , Division de Estadistica ONU. ONU.

OPS/OMS. (2008). *Clasificación Estadistica Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Decima Revisión* (Vol. 2). Washingtong D.C., USA: Organización Panamericanana de la Salud.

OPS/OMS. (2014). *(OPS/OMS)-MEASURE-Evaluation Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSIS).* Mexico.

Real Academia Española. (s.f.). Obtenido de http://lema.rae.es

Secretaria de Salud de México. (s.f.). Recuperado el 4 de febrero de 2016, de Dirección General de Información en Salud: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/diagnostico.html

35 ANEXOS

Anexo 1 Participantes a proceso de actualización CUPS 2016 - primer trimestre 2017

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD – ACOCIB	CIRUGÍA BARIÁTRICA	CÉSAR GUEVARA	MARZO 4 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD – ACOCIB	CIRUGÍA BARIÁTRICA	RAFAEL ARIAS	MARZO 4 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD – ACOCIB	CIRUGÍA BARIÁTRICA	RAMI MIKLER	MARZO 4 DE 2016	CONSENSO
MINISTERIO DE SALUD-DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	ESPECIALIDADES MÉDICAS	MARTHA CIELO GUTIÉRREZ	MARZO 18 DE 2016	CONSENSO
MINISTERIO DE SALUD-DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	ESPECIALIDADES MÉDICAS	FRANCISCO ARIZA MONTOYA	MARZO 18 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RAMÓN AMAYA	MAYO 27 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	IVÁN BOBADILLA	MAYO 27 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	VALERIA RUBIO	MAYO 27 DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA PLÁSTICA Y OTOLOGÍA	JUAN CARLOS ZAMBRANO BURGL	JUNIO 8, JULIO 6 y 12 DE 2016 CONSENSO CON OTOLOGÍA: OCTUBRE 12 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	MARIA MERCEDES ERAZO	JUNIO 21 y 24 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	JORGE VILLEGAS	JUNIO 21 Y 24 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA - CARDIOLOGÍA - NEUROLOGÍA	SANDRA CORREA	JUNIO 21 y 30, JULIO 13 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	PABLO DARIO CHARRY AMAYA	JUNIO 21 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	RAFAEL ECHEVERRI	JUNIO 24 DE 2016	CONSENSO

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	VICTOR GIL ALDANA	JUNIO 24 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	JUAN PABLO ROZO	JUNIO 24 DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA	UROLOGÌA	HERNÁN APONTE	JUNIO 23 Y 01 DE AGOSTO DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	ANTONIO FIGUEREDO	JUNIO 30, JULIO 13 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA	JORGE ENRIQUE VELÁSQUEZ	JUNIO 30 - JULIO 5 Y 13 DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	ADALBERTO QUINTERO	JUNIO 30 Y JULIO 13 DE 2016	CONSENSO
MINISTERIO DE SALUD-VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	SALUD PÚBLICA	MARTHA CECILIA RUIZ	JULIO 1, 21 y 26 DE 2016	CONSENSO
MINISTERIO DE SALUD-VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	SALUD PÚBLICA	MARCELA QUIROGA	JULIO 1 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA	ALEJANDRO OLAYA SÁNCHEZ	JULIO 5 Y 13 DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA PLÁSTICA	TATIANA GARCÍA	JULIO 6 y 12 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	CLAUDIA MESA	JULIO 11 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	MAURICIO LOZANO	JULIO 11 Y 15 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	LUIS ALBERTO CRUZ	JULIO 11 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	ANA PATRICIA CASTRO	JULIO 11 DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	JAVIER MALDONADO	JULIO 13 DE 2016	CONSENSO

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	JUAN MANUEL SARMIENTO	JULIO 13 DE 2016	CONSENSO
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA	MIGUEL VACCA	JULIO 13 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGIA	NEUROLOGÍA	JESÚS HERNÁN RODRÍGUEZ	JULIO 14 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGIA	NEUROLOGÍA	JOE FERNANDO MUÑOZ	JULIO 14 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRAXIS	MEDICINA ALTERNATIVA	GIGLIOLA TARAZONA	JULIO 22 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRAXIS	MEDICINA ALTERNATIVA	CLAUDIA SÁNCHEZ	JULIO 22 DE 2016	CONSENSO
MINISTERIO DE SALUD	MEDICINA ALTERNATIVA	VÍCTOR HUGO ÁLVAREZ	JULIO 22 DE 2016	CONSENSO
MINISTERIO DE SALUD	MEDICINA ALTERNATIVA	FERNANDO PRIETO	JULIO 22 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN MÉDICA HOMEOPÁTICA DE COLOMBIA	MEDICINA ALTERNATIVA	GERMÁN DARIO BENÍTEZ	JULIO 22 DE 2016	CONSENSO
MINISTERIO DE SALUD - TALENTO HUMANO	MEDICINA ALTERNATIVA	YENNY BARAJAS ORTIZ	JULIO 22 DE 2016	CONSENSO
MINISTERIO DE SALUD - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	SALUD PÚBLICA	CLARA DEL PILAR ZAMBRANO	JULIO 26 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RETINA Y VITREO	RETINOLOGÍA	HUGO HERNÁN OCAMPO	AGOSTO 01 DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA	UROLOGÌA	JAIME CAJIGAS	AGOSTO 01 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA	OTOLOGÍA	ANGELA MARÍA CAMPOS MAHECHA	OCTUBRE 10 - 11 - 12, NOVIEMBRE 22 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	JAIME ECHEVERRI FRANCO	SEPTIEMBRE 16, OCTUBRE 5 Y 14 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	JOSÉ JIMÉNEZ QUIJANO	SEPTIEMBRE 16, OCTUBRE 5 Y 14 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA	OTOLOGÍA	JOSÉ AGUSTÍN CARABALLO	OCTUBRE 10 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA	OTOLOGÍA	DIANA PAOLA URQUIJO TEJADA	OCTUBRE 11 DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	ORTOPEDIA	GUSTAVO PINEDA	OCTUBRE 28 Y NOVIEMBRE 24 DE 2016	CONSENSO

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	MARIA CAROLINA PÉREZ	OCTUBRE 21 - 24 - 27 NOVIEMBRE 10 - 22 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	LUZ ANGELA PARDO GÓMEZ	OCTUBRE 21 - 24 - 27 NOVIEMBRE 10 - 22 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRACTICA	MEDICINA ALTERNATIVA	CLAUDIA SÁNCHEZ CORTÉS	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACION COLOMBIANA DE TERAPIA NEURAL	MEDICINA ALTERNATIVA	LAURA PINILLA	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MUSICOTERAPIA	MEDICINA ALTERNATIVA	LEONARDO MORALES	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MUSICOTERAPIA	MEDICINA ALTERNATIVA	ANDREA CAROLINA VARGAS	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN DE MÉDICOS INVESTIGADORES EN TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS	MEDICINA ALTERNATIVA	LUISA FERNANDA BENITEZ	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA INTEGRATIVA, HOMEOPATÍA Y HOMOTOXICOLOGÍA	MEDICINA ALTERNATIVA	PEDRO JOSÉ CASTRO RENGIFO	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN DE MEDICINA ALTERNATIVA DEL VALLE	MEDICINA ALTERNATIVA	SANDRA ELIZABETH CORTÉS ROCHA	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
FUNDACIÓN INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATÍA LUIS G PAEZ	MEDICINA ALTERNATIVA	IVÁN TORRES	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN MÉDICA COLOMBIANA DE OSTEOPATÍA Y QUIROPRACTICA	MEDICINA ALTERNATIVA	CATALINA ROJAS	OCTUBRE 28 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA	REUMATOLOGÍA	MARÍA CONSTANZA LATORRE	NOVIEMBRE 03 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	MARIA FERNANDA JIMÉNEZ	NOVIEMBRE 18 - 21 - 23 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	HERNANDO ABAÚNZA	NOVIEMBRE 18 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	JESÚS VÁSQUEZ	NOVIEMBRE 18 DE 2016	CONSENSO

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO	GABRIEL SÁNCHEZ DE GUZMÁN	NOVIEMBRE 18 - 22 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	NEIL VALENTÍN VEGA PEÑA	NOVIEMBRE 18 - 21 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	MANUEL MOSQUERA	NOVIEMBRE 18 - 23 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	PAULO CABRERA	NOVIEMBRE 18 - 21 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	GERMÁN ROSERO	NOVIEMBRE 18 - 23 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - NEOPLASIAS PEROTINEALES	CAMILO CÉTARES	NOVIEMBRE 18 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - ONCOLOGÍA	MAURICIO GORDO	NOVIEMBRE 18 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA	FONOAUDIOLOGÍA	LUISA FERNANDA ÁNGEL GORDILLO	NOVIEMBRE 22 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	STEVE AMADO GALEANO	NOVIEMBRE 22 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - ONCOLOGÍA	MAIKEL ADOLFO PACHECO	NOVIEMBRE 23 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - HEPATOBILIAR	OSCAR GUEVARA	NOVIEMBRE 23 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL - HEPATOBILIAR	JUAN CARLOS SABOGAL	NOVIEMBRE 23 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MASTOLOGÍA	CIRUGÍA DE MAMA - MASTOLOGÍA Y TEJIDOS BLANDOS	JAVIER ÁNGEL	NOVIEMBRE 23 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	JUAN DAVID HERNÁNDEZ	NOVIEMBRE 23 DE 2016	CONSENSO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	LILIAN TORREGROSA	OCTUBRE 04 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	ALEJANDRO MÚNERA DUQUE	OCTUBRE 04 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
SOCIEDAD COLOMBIANA DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA	HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA	CARMEN ROSALES OLIVEROS	AGOSTO 10 DE 2016	REUNIÓN INICIAL

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
SOCIEDAD COLOMBIANA DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA	HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA	LUCERO OLARTE SANTOYO	AGOSTO 10 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	ROBERT BAQUERO	SEPTIEMBRE 2 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	FAIZULLY ROJAS B	SEPTIEMBRE 2 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	DIANA CAROLINA RODRÍGUEZ	SEPTIEMBRE 2 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR	MEDICINA DEL DOLOR	NELCY MIRANDA	SEPTIEMBRE 22 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA	ENDOCRINOLOGÍA	SEBASTIÁN MARÍN	OCTUBRE 4 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEFROLOGÍA	NEFROLOGÍA	ADRIANA ROBAYO	OCTUBRE 4 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEFROLOGÍA	NEFROLOGÍA	JAIME TORRES	OCTUBRE 4 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	IVONNE JEANNETTE DÍAZ	OCTUBRE 19 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	JIMMY CASTAÑEDA	OCTUBRE 19 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA	MANEJO DE EPILEPSIA	ORLANDO CARREÑO	OCTUBRE 28 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA	MANEJO DE EPILEPSIA	HANS CARMONA	OCTUBRE 28 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA	AUDIOLOGÍA	MARCELA MALDONADO	SEPTIEMBRE 07 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA	AUDIOLOGÍA	LILIANA AKLI SERPA	SEPTIEMBRE 07 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA	AUDIOLOGÍA	DIANA TREJOS	SEPTIEMBRE 07 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
COLEGIO COLOMBIANO DE FONOAUDIÓLOGOS	AUDIOLOGÍA	CATALINA PARRA	SEPTIEMBRE 07 DE 2016	REUNIÓN INICIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	MÍNIMAMENTE INVASIVO	MARTHA COTES	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	MÍNIMAMENTE INVASIVO	JUAN CARLOS GALVIS	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX	JOSÉ JIMÉNEZ QUIJANO	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	MAURICIO LOZANO	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGIA	NEUROLOGÍA	JESÚS HERNÁN RODRÍGUEZ	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	MARIA CAROLINA PÉREZ	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, MAXIOLOFACIAL Y ESTETICA FACIAL	OTORRINOLARINGOLOGÍA	LUZ ANGELA PARDO GÓMEZ	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA PLÁSTICA	PAOLA KAFURY	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	GERMÁN ROSERO	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA	COLOPROCTOLOGÍA	JAVIER ALEJANDRO CARRERA SIACHOQUE	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA	COLOPROCTOLOGÍA	ANDRÉS MONROY	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	MARTHA EDITH OYUELA MANCERA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	VICTOR GIL ALDANA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA	OTOLOGÍA	ANGELA MARÍA CAMPOS MAHECHA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA	JORGE ENRIQUE VELÁSQUEZ	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA	RADIOLOGÍA	CLAUDIA MESA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RAMÓN AMAYA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	IVÁN BOBADILLA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	JESÚS VÁSQUEZ	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO	GABRIEL SÁNCHEZ DE GUZMÁN	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	NEIL VALENTÍN VEGA PEÑA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	PABLO DARIO CHARRY AMAYA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	ORTOPEDIA	GUSTAVO PINEDA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	JUAN PABLO ROZO	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL	LILIAN TORREGROSA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA	UROLOGÌA	HERNÁN APONTE	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO

ENTIDAD	TEMA	NOMBRE COMPLETO	FECHAS DE REUNIÓN	TIPO DE REUNIÓN
FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIO	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO	DIANA GARCÍA SERNA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	MARIA MERCEDES ERAZO	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA PLÁSTICA Y OTOLOGÍA	JUAN CARLOS ZAMBRANO BURGL	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR	HEMODINAMIA	JORGE VILLEGAS	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CARDIOLOGÍA	FERNÁN MENDOZA	ENERO 25 DE 2017	CONSENSO MÍNIMAMENTE INVASIVO

Fuente: Elaboración propia a partir de las listas de asistencia a consensos

Anexo 2 PROPUESTAS DE INCLUSIÓN ESPECIALIDADES MÉDICAS

N°	PROPUESTA DE DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	TIPO DE ESPECIALIDAD	PROPUESTA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	REQUISITO FORMACIÓN THS
1	ALERGOLOGIA E INMUNOLOGIA CLINICA	MEDICA	ALERGOLOGÍA	ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA CLÍNICA
2	ANESTESIOLOGIA	MEDICA	ANESTESIOLOGÍA	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
3	CIRUGIA GENERAL	MEDICA	CIRUGÍA GENERAL	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
4	CIRUGIA MAXILOFACIAL	MEDICA Y ODONTOLOGICA	CIRUGIA MAXILOFACIAL	ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL
5	CIRUGIA PEDIATRICA	MEDICA	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
6	CIRUGIA PLASTICA	MEDICA	CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA cirugía plástica estética maxilofacial y de la mano cirugía plástica facial cirugía plástica reconstructiva y estética cirugía plástica estética y reconstructiva
7	DERMATOLOGIA	MEDICA	DERMATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA Y CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
9	FISIATRIA	MEDICA	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
10	GASTROENTEROLOGIA	MEDICA	GASTROENTEROLOGÍA	ESPECIALISTA ENGASTROENTEROLOGÍA
11	GENETICA MEDICA Y BIOETICA	MEDICA	GENÉTICA MÉDICA	ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA
12	GERONTOLOGIA	MEDICA	GERIATRÍA	ESPECIALISTA EN GERIATRÍA
13	GINECOBSTETRICIA	MEDICA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
14	MEDICINA AEROESPACIAL	MEDICA	MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL
16	MEDICINA DE EMERGENCIAS	MEDICA	MEDICINA DE URGENCIAS	ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS ESPECIALISTA EN MEDICINA DE EMERGENCIAS
17	MEDICINA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE	MEDICA	MEDICINA DEL DEPORTE	ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE
18	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	MEDICA	MEDICINA DEL TRABAJO	ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
19	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	MEDICA	MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
20	MEDICINA FORENSE	MEDICA	MEDICINA FORENSE	ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE
21	MEDICINA INTERNA	MEDICA	MEDICINA INTERNA	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
22	MEDICINA NUCLEAR	MEDICA	MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR
23	NEUROCIRUGIA	MEDICA	NEUROCIRUGÍA	ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA
24	NEUROLOGIA	MEDICA	NEUROLOGÍA	ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
25	OFTALMOLOGIA	MEDICA	OFTALMOLOGÍA	ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
26	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	MEDICA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

N°	PROPUESTA DE DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	TIPO DE ESPECIALIDAD	PROPUESTA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	REQUISITO FORMACIÓN THS
27	OTORRINOLARINGOLOGIA	MEDICA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
28	PATOLOGIA	MEDICA	ANATOMÍA PATOLÓGICA	ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA
29	PEDIATRIA	MEDICA	PEDIATRÍA	ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
30	PSIQUIATRIA	MEDICA	PSIQUIATRÍA	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
31	RADIOLOGIA	MEDICA	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA
32	SEXOLOGÍA CLÍNICA	MEDICA	SEXOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA
33	TOXICOLOGIA	MEDICA	TOXICOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA
34	UROLOGIA	MEDICA	UROLOGÍA	ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
36	CARDIOLOGIA	MEDICA	CARDIOLOGIA	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
37	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	MEDICA	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
38	CIRUGIA CARDIOVASCULAR	MEDICA	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
39	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	MEDICA	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
40	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	MEDICA	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
41	CIRUGÍA DE TÓRAX	MEDICA	CIRUGÍA DE TÓRAX	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX
42	CIRUGIA GASTROINTESTINAL	MEDICA	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
43	CIRUGIA ONCOLOGICA	MEDICA	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA
44	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA Y ANGIOLOGICA	MEDICA	CIRUGÍA VASCULAR	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
45	COLOPROCTOLOGIA	MEDICA	COLOPROCTOLOGÍA	ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA
47	ENDOCRINOLOGIA	MEDICA	ENDOCRINOLOGÍA	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
48	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	MEDICA	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
49	GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	MEDICA	GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
50	HEMATOLOGIA	MEDICA	HEMATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
51	HEMATOLOGIA PEDIATRICA	MEDICA	HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA
52	HEPATOLOGIA	MEDICA	HEPATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA
53	INFECTOLOGIA	MEDICA	INFECTOLOGIA	ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS
54	MASTOLOGIA	MEDICA	MASTOLOGÍA	ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA
56	MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO	MEDICA	No es un servicio de consulta externa	
57	NEFROLOGIA	MEDICA	NEFROLOGÍA	ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
58	NEFROLOGIA PEDIATRICA	MEDICA	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

N°	PROPUESTA DE DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	TIPO DE ESPECIALIDAD	PROPUESTA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	REQUISITO FORMACIÓN THS
59	NEONATOLOGIA	MEDICA	NEONATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA
60	NEUMOLOGIA	MEDICA	NEUMOLOGÍA	ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA
61	NEUMOLOGIA PEDIATRICA	MEDICA	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
62	NEUROLOGIA PEDIATRICA	MEDICA	NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
63	ONCOLOGIA CLINICA	MEDICA	ONCOLOGÍA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA
64	ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	MEDICA	ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
65	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	MEDICA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
67	REUMATOLOGIA	MEDICA	REUMATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
68	ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	MEDICA	ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORÁXICA
69	CIRUGÍA DE TRASPLANTES	MEDICA	CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALISTA EN CRUGIA GENERAL ESPECIALISTA EN TRANSPLANTES
70	REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA	MEDICA	REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA	No hay programas de formación con esa denominación
71	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	MEDICA	NO ES UN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	
72	RADIOTERAPIA	MEDICA	RADIOTERAPIA	ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA
73	REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	MEDICA	REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
74	PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA	MEDICA	PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL
75	CIRUGIA E IMPLANTOLOGIA ORAL	ODONTOLOGICA	CIRUGIA ORAL	ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL
75	ENDODONCIA	ODONTOLOGICA	ENDODONCIA	ESPECIALISTA EN ENDODONCIA
77	ODONTOPEDIATRIA	ODONTOLOGICA	ODONTOPEDIATRIA	ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA
78	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR	ODONTOLOGICA	ORTODONCIA	ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
79	PERIODONCIA	ODONTOLOGICA	PERIODONCIA	ESPECIALISTA EN PERIODONCIA
81	RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	ODONTOLOGICA	RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL
82	REHABILITACION ORAL	ODONTOLOGICA	REHABILITACION ORAL	ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL
83	ESTOMALOGÍA Y PATOLOGÍA ORAL	ODONTOLOGICA	ESTOMALOGÍA Y PATOLOGÍA ORAL	ESPECIALISTA EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL
84	ODONTOLOGIA GENERAL	PROFESIONAL	ODONTOLOGIA GENERAL	ODONTÓLOGO
85	ENFERMERIA	PROFESIONAL	ENFERMERIA	ENFERMERA (O)
86	NUTRICION Y DIETETICA	PROFESIONAL	NUTRICION Y DIETETICA	NUTRICIONISTA Y DIETISTA
87	OPTOMETRIA	PROFESIONAL	OPTOMETRIA	OPTOMETRA
88	PSICOLOGIA	PROFESIONAL	PSICOLOGIA	PSICOLOGO(A)
89	TRABAJO SOCIAL	PROFESIONAL	TRABAJO SOCIAL	TRABAJO SOCIAL
90	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	PROFESIONAL	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	FONOAUDIOLOGA (O)
91	FISIOTERAPIA	PROFESIONAL	FISIOTERAPIA	FISIOTERAPEUTA
92	TERAPIA RESPIRATORIA	PROFESIONAL	TERAPIA RESPIRATORIA	TERAPEUTA RESIRATORIA

N°	PROPUESTA DE DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	TIPO DE ESPECIALIDAD	PROPUESTA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO	REQUISITO FORMACIÓN THS
93	TERAPIA OCUPACIONAL	PROFESIONAL	TERAPIA OCUPACIONAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL
94	MEDICINA GENERAL	PROFESIONAL	MEDICINA GENERAL	MEDICO
95	MEDICINA ALTERNATIVA	ESPECIALIDAD MEDICA	MEDICINA ALTERNATIVA - especificar:	
96	MEDICINA ALTERNATIVA	ESPECIALIDAD MEDICA	MEDICINA TRADICIONAL CHINA	ESPECIALISTA EN MEDICINA TRADICIONAL CHINA
97	MEDICINA ALTERNATIVA	ESPECIALIDAD MEDICA	HOMEOPATÍA	ESPECIALISTA EN HOMEOPATÍA
98	MEDICINA ALTERNATIVA	ESPECIALIDAD MEDICA	NATUROPATÍA	ESPECIALISTA EN NATUROPATÍA
99	MEDICINA ALTERNATIVA	ESPECIALIDAD MEDICA	AYURVEDA	ESPECIALISTA EN AYURVEDA

Fuente: Elaboración propia a partir de las propuestas de especialidades médicas

Anexo 3 TABLA DE CORRESPONDENCIAS

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA	M01	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA CLINICA	ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA CLÍNICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA	M01	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA CLINICA	ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA CLÍNICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA	M01	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA ESPECIALIZACION EN ALERGOLOGIA CLINICA	ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA CLÍNICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	M02	ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA ESPECIALISTA EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	M02	ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA ESPECIALISTA EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	M02	ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA ESPECIALISTA EN ANESTESIA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA ESPECIALISTA EN

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
					ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR	M0201	ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR		ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOTORACICA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORAXICA	ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOTORACICA ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORAXICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR	M0201	ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR		ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOTORACICA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORAXICA	ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOTORACICA ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORAXICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR	M0201	ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR		ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOTORACICA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA ESPECIALIZACION EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORAXICA	ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOTORACICA ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA ESPECIALISTA EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORAXICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	Q01	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL ESPECIALIZACION EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	Q01	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL ESPECIALIZACION EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	Q01	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL ESPECIALIZACION EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Q02	Cirugía Pediátrica	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	ESPECAILIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA INFANTIL

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Q02	Cirugía Pediátrica	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	ESPECAILIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA INFANTIL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Q02	Cirugía Pediátrica	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	ESPECAILIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA INFANTIL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	Q03 Q0704	Cirugía Plástica Cirugía de mano	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA : RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA FACIAL ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA : RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	Q03 Q0704	Cirugía Plástica Cirugía de mano	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA : RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA FACIAL ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA : RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	Q03 Q0704 Q0303 Q0301 Q0302	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA Cirugía de mano Cirugía plástica de mano Cirugía Plástica Facial Cirugía Plástica Oncológica	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA : RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PLASTICA FACIAL ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA : RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO ESPECIALISTA EN CIRUGIA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
					PLASTICA FACIALESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	M03	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DERMATOLOGICA ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DERMATOLOGICA ESPECIALISTA EN DERMATOPATOLOGÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	M03	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DERMATOLOGICA ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DERMATOLOGICA ESPECIALISTA EN DERMATOPATOLOGÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	M03	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DERMATOLOGICA ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DERMATOLOGICA ESPECIALISTA EN DERMATOPATOLOGÍA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	M12	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y RAHABILITACION
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	M12	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y RAHABILITACION
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	M12	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y RAHABILITACION

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	M1305	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA CLINICO QUIRURGICA ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA CLINICO QUIRURGICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	M1305	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA CLINICO QUIRURGICA ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA CLINICO QUIRURGICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	M1305	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA CLINICO QUIRURGICA ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA CLINICO QUIRURGICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	M04	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	M04	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	M04	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALIZACION EN GENETICA MEDICA	ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA	M1306	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	ESPECIALISTA EN GERIATRIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA	M1306	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	ESPECIALISTA EN GERIATRIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA	M1306	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA	ESPECIALIZACION EN GERIATRIA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	ESPECIALISTA EN GERIATRIA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Q04 Q0401 Q0402 Q0403	ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALIZACIÓN EN MEDICNA REPRODUCTIVA	ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ESPECIALIZACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALIZACIÓN EN MEDICNA REPRODUCTIVA	ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALISTA EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALISTA EN MEDICINA REPRODUCTIVA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GINECOLOGICA LAPAROSCOPICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Q04 Q0401 Q0402 Q0404	ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALIZACIÓN EN MEDICNA REPRODUCTIVA	ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ESPECIALIZACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALIZACIÓN EN MEDICNA REPRODUCTIVA	ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALISTA EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALISTA EN MEDICINA REPRODUCTIVA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GINECOLOGICA LAPAROSCOPICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Q04 Q0401 Q0402 Q0405	ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALIZACIÓN EN MEDICNA REPRODUCTIVA	ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ESPECIALIZACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALIZACIÓN EN MEDICNA REPRODUCTIVA	ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALISTA EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALISTA EN MEDICINA REPRODUCTIVA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Q04	ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ESPECIALIZACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATENO FETAL ESPECIALIZACIÓN EN MEDICNA REPRODUCTIVA	ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL	M05	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALIDAD EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL	M05	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALIDAD EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL	M05	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALIDAD EN MEDICINA AEROESPACIAL	ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	M07	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DEPORTE	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DEPORTE	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL DEPORTE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEPORTIVA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE	ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE ESPECIALISTA EN MEDICINA DEPORTIVA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	M07	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DEPORTE	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DEPORTE	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL DEPORTE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEPORTIVA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE	ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE ESPECIALISTA EN MEDICINA DEPORTIVA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	M07	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DEPORTE	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DEPORTE	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL DEPORTE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEPORTIVA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE	ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE ESPECIALISTA EN MEDICINA DEPORTIVA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
					LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	M09	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO ESPECIALIZACION EN MEDICINA LABORAL	ESPECIALISTA EN MEDICNA DEL TRABAJO ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	M10	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO ESPECIALIZACION EN MEDICINA LABORAL	ESPECIALISTA EN MEDICNA DEL TRABAJO ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	M11	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO ESPECIALIZACION EN MEDICINA LABORAL	ESPECIALISTA EN MEDICNA DEL TRABAJO ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	M11	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRALESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	M11	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRALESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	M11	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRALESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	M11	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRALESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE	M18	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALIDAD EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE	M18	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALIDAD EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE	M18	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALIDAD EN MEDICINA FORENSE	ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	M13	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA ESPECIALIDAD EN MEDCINA INTERNA ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA - GERIATRIA	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA - GERIATRIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	M13	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA ESPECIALIDAD EN MEDCINA INTERNA ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA - GERIATRIA	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA - GERIATRIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	M13	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA ESPECIALIDAD EN MEDCINA INTERNA ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA - GERIATRIA	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA - GERIATRIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	D01	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	D01	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	D01	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR	ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	Q05	ESPECIALIZACION EN NEUROCIRUGIA	ESPECIALIZACION EN NEUROCIRUGIA	ESPECIALIZACION EN NEUROCIRUGIA	ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	Q05	ESPECIALIZACION EN NEUROCIRUGIA	ESPECIALIZACION EN NEUROCIRUGIA	ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA	ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	Q05	ESPECIALIZACION EN NEUROCIRUGIA	ESPECIALIZACION EN NEUROCIRUGIA	ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA	ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	M14 M1401	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA ESPECIALIZACION EN NEUROFISIOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZACION EN NEUROFISIOLOGIA CLINICA	ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA ESPECIALISTA EN NEUROFISIOLOGIA CLINICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	M14 M1401	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA ESPECIALIZACION EN NEUROFISIOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA ESPECIALISTA EN NEUROFISIOLOGIA CLINICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	M14 M1401	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA ESPECIALIZACION EN NEUROFISIOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA ESPECIALISTA EN NEUROFISIOLOGIA CLINICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Q06	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA ESPECIALIZACION EN RETINA Y VITREO ESPECIALIZACION EN OCULOPLASTIAESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACION EN GLAUCOMA	ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ESPECIALISTA EN RETINA Y VITREO ESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALISTA EN GLAUCOMA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Q06	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA ESPECIALIZACION EN RETINA Y VITREO ESPECIALIZACION EN OCULOPLASTIAESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACION EN GLAUCOMA	ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ESPECIALISTA EN RETINA Y VITREO ESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALISTA EN GLAUCOMA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Q06	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA	ESPECILIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA ESPECIALIZACION EN RETINA Y VITREO ESPECIALIZACION EN OCULOPLASTIAESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACION EN GLAUCOMA	ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ESPECIALISTA EN RETINA Y VITREO ESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALISTA EN GLAUCOMA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Q07 Q0701 Q0702 Q0703 Q0704 Q0706	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE COLUMNA	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE MANO	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE COLUMNA	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO SUBESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
		ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CADERA Y RODILLA ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE MANO ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA ONCOLOGICA		ESPECIALIZACION EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y DEL REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERA Y RODILLA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE RODILLA ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE MANO ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA ONCOLOGICA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA SUBESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA VERTEBRAL, PELVIS Y ACETABULO ESPECIALISTA EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y DEL REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERA Y RODILLA ESPECIALISTA ARTROCOSPIA Y CIRUGIA DE RODILLA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE RODILLA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MANO ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE LA MANO Y MIEMBRO SUPERIOR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA ONCOLOGICA ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Q07 Q0701 Q0702 Q0703 Q0704 Q0706	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE COLUMNA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CADERA Y RODILLA ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE MANO ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE COLUMNA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y DEL REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERA Y RODILLA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE RODILLA	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO SUBESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA SUBESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA VERTEBRAL, PELVIS Y ACETABULO ESPECIALISTA EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y DEL REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERA Y RODILLA ESPECIALISTA ARTROCOSPIA Y CIRUGIA DE RODILLA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE RODILLA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
					MANO ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE LA MANO Y MIEMBRO SUPERIOR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA ONCOLOGICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Q07 Q0701 Q0702 Q0703 Q0704 Q0706	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE COLUMNA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CADERA Y RODILLA ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE MANO ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE COLUMNA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y DEL REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERA Y RODILLA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE RODILLA	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO SUBESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA SUBESPECIALISTA EN CIRUGIA DE COLUMNA VERTEBRAL, PELVIS Y ACETABULO ESPECIALISTA EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y DEL REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERA Y RODILLA ESPECIALISTA ARTROCOSPIA Y CIRUGIA DE RODILLA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE RODILLA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MANO ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE LA MANO Y MIEMBRO SUPERIOR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA ONCOLOGICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	Q08 Q0801 Q0802	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN LARINGOLOGÍA Y VÍA AÉREA SUPERIOR ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN LARINGOLOGÍA Y VÍA AÉREA SUPERIOR ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA Y OTONEUROLOGIA ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALISTA EN OTOLOGIA ESPECIALISTA EN OTOLOGIA Y OTONEUROLOGIA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Q08 Q0801 Q0802	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN LARINGOLOGÍA Y VÍA AÉREA SUPERIOR ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN LARINGOLOGÍA Y VÍA AÉREA SUPERIOR ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA Y OTONEUROLOGIA ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALISTA EN OTOLOGIA ESPECIALISTA EN OTOLOGIA Y OTONEUROLOGIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	Q08 Q0801 Q0802	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN LARINGOLOGÍA Y VÍA AÉREA SUPERIOR ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	ESPCIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN LARINGOLOGÍA Y VÍA AÉREA SUPERIOR ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA Y OTONEUROLOGIA ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ESPECIALISTA EN OTOLOGIA ESPECIALISTA EN OTOLOGIA Y OTONEUROLOGIA ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	M15	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	M15	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	M15	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	M16 M1601	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE ENLACE	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE ENLACE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA GENERAL	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA DE ENLACE E INTERCONSULTAS ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR	M16 M1601	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE ENLACE	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA				ENLACE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA GENERAL	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA DE ENLACE E INTERCONSULTAS ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	M16 M1601	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE ENLACE	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE ENLACE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA GENERAL ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA DE ENLACE E INTERCONSULTAS ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	D03 D0303 D0304	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALIZACION EN IMAGENOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACION EN IMAGEN CORPORAL	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ESPECIALIZACION EN RADIODIAGNOSTICO ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA DE TRAUMA Y URGENCIAS ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMÁGENES ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA ESPECIALIDAD EN RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALIZACION EN IMAGEN CORPORAL	ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ESPECIALIZACION EN RADIODIAGNOSTICO MEDICO RADIOLOGO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA DE TRAUMA Y URGENCIAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMÁGENES ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALISTA EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALISTA EN NEURORRADIOLOGÍA DIÁGNOSTICA ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALISTA EN IMAGENES DIAGNOSTICAS CLINICAS
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	D03 D0303 D0304	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALIZACION EN IMAGENOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ESPECIALIZACION EN RADIODIAGNOSTICO ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA DE TRAUMA Y URGENCIAS ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMÁGENES	ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ESPECIALIZACION EN RADIODIAGNOSTICO MEDICO RADIOLOGO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA DE TRAUMA Y URGENCIAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
		ESPECIALIZACION EN IMAGEN CORPORAL		ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA	IMÁGENES ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALISTA EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALISTA EN NEURORRADIOLOGÍA DIÁGNOSTICA ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGIA ONCOLOGICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	D03 D0302 D03 D0303 D0304	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALIZACION EN IMAGENOLOGIA ONCOLOGICA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACION EN IMAGEN CORPORAL	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ESPECIALIZACION EN RADIODIAGNOSTICO ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA DE TRAUMA Y URGENCIAS ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA E IMÁGENES ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN NEURORRADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA	ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ESPECIALIZACION EN RADIODIAGNOSTICO MEDICO RADIOLOGO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA DE TRAUMA Y URGENCIAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMÁGENES ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALISTA EN NEURORRADIOLOGÍA ESPECIALISTA EN NEURORRADIOLOGÍA DIÁGNOSTICA ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGIA ONCOLOGICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	M17	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIALISTA EN TOXICOLOGIA CLÍNICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	M17	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIALISTA EN TOXICOLOGIA CLÍNICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	M17	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIZACIÓN EN TOXICOLOGIA CLÍNICA	ESPECIALIALISTA EN TOXICOLOGIA CLÍNICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	Q09 Q0902	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ONCOLOGICA	ESPECIALISTA EN UROLOGIA ESPECIALISTA EN UROLOGIA ONCOLÓGICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	Q09 Q0902	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ONCOLOGICA	ESPECIALISTA EN UROLOGIA ESPECIALISTA EN UROLOGIA ONCOLÓGICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	Q09 Q0902	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA	ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ESPECIALIZACION EN UROLOGIA ONCOLOGICA	ESPECIALISTA EN UROLOGIA ESPECIALISTA EN UROLOGIA ONCOLÓGICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	M1301 M130101	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y HEMODINAMIA	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA CLINICA ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA DE ADULTOS ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACION EN HEMODINAMIA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA CLÍNICA CARDIOLOGIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA DE ADULTOS ESPECIALISTA EN HEMODINAMIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y HEMODINAMIA ESPECIALISTA EN HEMODINAMICA,CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y VASCULAR PERIFERICO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	M1301	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y HEMODINAMIA	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA CLINICA ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA DE ADULTOS ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACION EN HEMODINAMIA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACION EN	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA CLÍNICA CARDIOLOGIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA DE ADULTOS ESPECIALISTA EN HEMODINAMIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y HEMODINAMIA ESPECIALISTA EN

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
				ELECTROFISIOLOGIA CLINICA,ESTIMULACION Y ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIALIZACION EN ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA	HEMODINAMICA,CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y VASCULAR PERIFERICO ESPECIALISTA EN ELECTROFISIOLOGIA CLINICA, ESTIMULACION Y ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIALISTA EN ELECTROFISIOLOGIA CLINICA MARCAPASOS Y ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIALISTA EN ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	M1301	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y HEMODINAMIA	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA CLINICA ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA DE ADULTOS ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA ESPECIALIZACION EN HEMODINAMIA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA CLÍNICA CARDIOLOGIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA DE ADULTOS ESPECIALISTA EN HEMODINAMIA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y HEMODINAMIA ESPECIALISTA EN HEMODINAMICA,CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y VASCULAR PERIFERICO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1501	Cardiología Pediátrica	ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1501	Cardiología Pediátrica	ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1501	ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	Q0101	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	Q0102	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	Q0103	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	Q0102	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO ESPECIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	Q0102	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO ESPECIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	Q0102	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO ESPECIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	Q0103	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	Q0103	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	Q0103	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	Q0104	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	Q0104	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	Q0104	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TÓRAX ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SIN CÓDIGO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SIN CÓDIGO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SIN CÓDIGO	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	Q0106	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	Q0106	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	Q0106	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA	ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	Q0109	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y ANGIOLOGÍA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	Q0109	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y ANGIOLOGÍA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	Q0109	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y ANGIOLOGÍA	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	Q0107	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	Q0107	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	Q0107	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN COLOPROCTOLOGIA	ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	M0202	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	M0202	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	M0202	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALIZACION EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	M1303	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA CLINICA Y METABOLISMO ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO DEL ADULTO	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA CLINICA Y METABOLISMO ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO DEL ADULTO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	M1303	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA CLINICA Y METABOLISMO	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA CLINICA Y METABOLISMO

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
				ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO DEL ADULTO	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO DEL ADULTO
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	M1303	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA	ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA ESPECIALIZACION EN ENDOCRINOLOGIA CLINICA Y METABOLISMO ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO DEL ADULTO	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA CLINICA Y METABOLISMO ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO DEL ADULTO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	M1512	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	M1512	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	M1512	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1510 M1305	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1510	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1510	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	M1307	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA CLINICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	M1307	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA CLINICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	M1307	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN HEMATOLOGIA	ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA CLINICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1502	ESPECIALIZACIÓN EN HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1503	ESPECIALIZACIÓN EN HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1504	ESPECIALIZACIÓN EN HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	M1314	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA CLÍNICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	M1314	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA CLÍNICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	M1314	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGIA	ESPECIALIZACIÓN EN HEPATOLOGÍA CLÍNICA	ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA CLÍNICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	M1304 M1503	ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGÍA	ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
				ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	M1304	ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS	ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	M1304	ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS	ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	SIN CÓDIGO	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	SIN CÓDIGO	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	SIN CÓDIGO	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALIZACION EN MASTOLOGIA	ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	M1310	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	M1310	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	M1310	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA	ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1504	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1504	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1504	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	M1505	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	M1505	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	M1505	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEONATOLOGIA	ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	M1311	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	M1311	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	M1311	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA	ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1506	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1506	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1506	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1507	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA INFANTIL ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA PARA ESPECIALISTAS EN PEDIATRIA	ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA INFANTIL NEUROLOGO PEDIATRA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1507	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA INFANTIL ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA	ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA INFANTIL NEUROLOGO PEDIATRA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
				PEDIATRICA PARA ESPECIALISTAS EN PEDIATRIA	
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	M1507	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA INFANTIL ESPECIALIZACION EN NEUROLOGIA PEDIATRICA PARA ESPECIALISTAS EN PEDIATRIA	ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA INFANTIL NEUROLOGO PEDIATRA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	M1312	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA CLINICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	M1312	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA CLINICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	M1312	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA CLINICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA CLINICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1502	ESPECIALIZACIÓN EN HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1503	ESPECIALIZACIÓN EN HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1504	ESPECIALIZACIÓN EN HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALIZACION EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA ESPECIALISTA EN HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Q0705	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICAESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA INFANTIL	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA INFANTIL ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Q0705	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICAESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA INFANTIL	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA INFANTIL ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Q0705	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICAESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA INFANTIL	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA INFANTIL ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	M1313	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGIA ESPECIALIZACIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA EN REUMATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA ESPECIALIZACIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA EN REUMATOLOGÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	M1313	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGIA ESPECIALIZACIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA EN REUMATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA ESPECIALIZACIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA EN REUMATOLOGÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	M1313	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA	ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGIA ESPECIALIZACIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA EN REUMATOLOGÍA	ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA ESPECIALIZACIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA EN REUMATOLOGÍA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	Q0108	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALISTA EN TRANSPLANTES ESPECIALISTA EN CRUGIA GENERAL
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	Q0109	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALISTA EN TRANSPLANTES ESPECIALISTA EN CRUGIA GENERAL

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	Q0110	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES	ESPECIALISTA EN TRANSPLANTES ESPECIALISTA EN CRUGIA GENERAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	M19	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA ESPECIALIZACIÓN EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA ESPECIALISTA EN ONCOLOGÓA RADIOTERÁPICA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	M19	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA ESPECIALIZACIÓN EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA ESPECIALISTA EN ONCOLOGÓA RADIOTERÁPICA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	M19	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA	ESPECIALIZACIÓN EN RADIOTERAPIA ESPECIALIZACIÓN EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA ESPECIALISTA EN ONCOLOGÓA RADIOTERÁPICA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1511	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1511	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	M1511	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA	M1602	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA	M1602	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA	M1602	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN MEDICINA TRADICIONAL CHINA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
MEDICINA TRADICIONAL CHINA					
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA TRADICIONAL CHINA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN MEDICINA TRADICIONAL CHINA
INTERCONSULTA POR MEDICINA TRADICIONAL CHINA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN MEDICINA TRADICIONAL CHINA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HOMEOPATÍA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN HOMEOPATÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA HOMEOPATÍA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN HOMEOPATÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA HOMEOPATÍA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN HOMEOPATÍA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NATUROPATÍA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN NATUROPATÍA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NATUROPATÍA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN NATUROPATÍA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NATUROPATÍA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN NATUROPATÍA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AYURVEDA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN MEDICINA AYURVEDA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AYURVEDA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN MEDICINA AYURVEDA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AYURVEDA	SIN CÓDIGO				ESPECIALISTA EN MEDICINA AYURVEDA

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL ESPECIALIDAD EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL ESPECIALIZACION EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL ESPECIALIDAD EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL ESPECIALIZACION EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL	ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL ESPECIALIDAD EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL ESPECIALIZACION EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA ESPECIALIZACIÓN CLÍNICA EN ENDODONCIA	ESPECIALISTA EN ENDODONCIA ESPECIALISTA CLÍNICO EN ENDODONCIA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA ESPECIALIZACIÓN CLÍNICA EN ENDODONCIA	ESPECIALISTA EN ENDODONCIA ESPECIALISTA CLÍNICO EN ENDODONCIA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA ESPECIALIZACIÓN CLÍNICA EN ENDODONCIA	ESPECIALISTA EN ENDODONCIA ESPECIALISTA CLÍNICO EN ENDODONCIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALIZACION CLINICA EN ODONTOPEDIATRIA ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA	ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALISTA CLINICO EN ODONTOPEDIATRIA ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA	ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
					ESPECIALISTA CLINICO EN ODONTOPEDIATRIA ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA	ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA	ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALISTA CLINICO EN ODONTOPEDIATRIA ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA ESPECIALIZACION CLINICA EN ORTODONCIA ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL ESPECIALIZACION EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA	ESPECIALISTA EN ORTODONCIA ESPECIALISTA CLINICO EN ORTODONCIA ESPECIALISTA CLINICO EN ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL ADOLESCENTE Y ORTODONCIA ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA ESPECIALIZACION CLINICA EN ORTODONCIA ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL ESPECIALIZACION EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA	ESPECIALISTA EN ORTODONCIA ESPECIALISTA CLINICO EN ORTODONCIA ESPECIALISTA CLINICO EN ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL ADOLESCENTE Y ORTODONCIA ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA ESPECIALIZACION CLINICA EN ORTODONCIA ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y	ESPECIALISTA EN ORTODONCIA ESPECIALISTA CLINICO EN ORTODONCIA ESPECIALISTA CLINICO EN ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
				ORTOPEDIA DENTOFACIAL ESPECIALIZACION EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA	ADOLESCENTE Y ORTODONCIA ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN PERIODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN PERIODONCIA ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y OSEOINTEGRACION	ESPECIALISTA EN PERIODONCIAESPECIALISTA EN PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL ESPECIALISTA EN PERIODONCIA Y OSEOINTEGRACION
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN PERIODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN PERIODONCIA ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y OSEOINTEGRACION	ESPECIALISTA EN PERIODONCIAESPECIALISTA EN PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL ESPECIALISTA EN PERIODONCIA Y OSEOINTEGRACION
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN PERIODONCIA	ESPECIALIZACIÓN EN PERIODONCIA ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y OSEOINTEGRACION	ESPECIALISTA EN PERIODONCIAESPECIALISTA EN PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL ESPECIALISTA EN PERIODONCIA Y OSEOINTEGRACION
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	ESPECIALIZACION EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL	ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACÓN EN REHABILITACION ORAL	ESPECIALIZACÓN EN REHABILITACION ORAL	ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL

DESCRIPCIÓN CUPS	CODIGO ReTHUS	ReTHUS TÍTULO EQUIVALENTE	DENOMONACIONES DDTHS	NOMBRE DEL PROGRAMA SNIES	TITULO OTORGADO
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACÓN EN REHABILITACION ORAL	ESPECIALIZACÓN EN REHABILITACION ORAL	ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACÓN EN REHABILITACION ORAL	ESPECIALIZACÓN EN REHABILITACION ORAL	ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	ESPECIALISTA EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	ESPECIALISTA EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	SIN CÓDIGO		ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	ESPECIALISTA EN ESTOMALOGÍA Y CIRUGÍA ORAL

Anexo 4 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Bariátrica y Obesidad

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
2	4	44.9.3	INSERCION DE BURBUJA GASTRICA (BALON)	INSERCION ENDOSCOPICA DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO	Los dispositivos intragástricos han sido usados desde hace 25 años para simular lo que ocurría con los bezoar, es decir la sensación de saciedad temprana. Esto ocurre porque el dispositivo ocupa un espacio en la cavidad gástrica de aprox. 30% con lo cual el paciente al ingerir alimento rápidamente se siente lleno y disminuye la ingesta de calorías con la consecuente pérdida de peso.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253531 http://www.seen.es/docs/nutricion/areas-tematicas/obesidad/guia-obesidad-severa.pdf
2	4	44.9.4	EXTRACCIÓN DE BURBUJA GÁSTRICA (BALÓN)	RETIRO ENDOSCOPICA DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO	Los dispositivos intragástricos deben ser retirados en promedio a los 6 meses posteriores a su colocación con el fin de evitar que el dispositivo se rompa dentro de la cavidad gástrica debido al pH intraluminal.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253531 http://www.seen.es/docs/nutricion/areas-tematicas/obesidad/guia-obesidad-severa.pdf
1		44.7		CIRUGÍA BARIÁTRICA SOD	La Cirugía bariátrica es un conjunto de procedimientos diseñados para perder peso. Generalmente tienen un componente restrictivo modificando la capacidad gástrica, y un componente malabsortivo al modificar la superficie de absorción en el intestino delgado. Actualmente se considera que además del componente mecánico (restricción y malabsorción) ocurre una modificación biológica y fisiológica que explicar los cambios en las enfermedades metabólicas asociadas a la obesidad.	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.1		CIRUGÍA BARIÁTRICA CON DISPOSITIVO RESTRICTIVO PERIGÁSTRICO FIJO O AJUSTABLE POR VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica exclusivamente restrictiva donde se coloca o retira un dispositivo fijo o ajustable para reducir la capacidad gástrica y producir saciedad tempranamente al ingerir alimentos. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.1.00		CIRUGÍA BARIÁTRICA TIPO COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO RESTRICTIVO PERIGÁSTRICO FIJO O AJUSTABLE POR VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica exclusivamente restrictiva donde se coloca un dispositivo fijo o ajustable para reducir la capacidad gástrica y producir saciedad tempranamente a ingerir alimentos. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.1.01		CIRUGIA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN TIPO COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO RESTRICTIVO PERIGÁSTRICO FIJO O AJUSTABLE VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye	Es una cirugía bariátrica de revisión donde se coloca un dispositivo fijo a ajustable sobre una porción del tracto digestivo previamente modificada buscando disminuir la capacidad gástrica. Se usa para corregir dilataciones del componente restrictivo. Se realiza por	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
				conversión intra-operatoria a técnica abierta)	procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	
1		44.7.1.02		CIRUGIA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN TIPO RETIRO DE DISPOSITIVO RESTRICTIVO PERIGÁSTRICO FIJO O AJUSTABLE VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión donde se retira un dispositivo fijo a ajustable previamente colocado en la porción perigástrica. Está indicado cuando el dispositivo ocasiona complicaciones como dolor, hernias internas, migración del dispositivo a la luz del estómago, úlceras crónicas. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.2		CIRUGIA BARIÁTRICA TIPO MANGA GÁSTRICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica exclusivamente restrictiva donde se crea un tubo gástrico sobre la curvatura menor del estómago. Se ha descrito que al retirar el fondo gástrico se disminuyen los niveles de la hormona Ghrelina lo que conduce a disminuir el apetito. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.2.00		CIRUGIA BARIÁTRICA TIPO MANGA GÁSTRICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica exclusivamente restrictiva donde se crea un tubo gástrico sobre la curvatura menor del estómago. Se ha descrito que al retirar el fondo gástrico se disminuyen los niveles de la hormona Ghrelina lo que conduce a disminuir el apetito. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.2.01		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN TIPO MANGA GÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión donde se modifica una cirugía previamente realizada confeccionando una manga gástrica. Generalmente se usa para revisar una manga gástrica primaria que ha presentado dilatación de su capacidad. También está descrita la conversión de una cirugía tipo colocación de dispositivo perigástrico o tipo bypass gástrico o tipo derivación biliopancreática en una manga gástrica. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.3		CIRUGÍA BARIÁTRICA TIPO BYPASS GÁSTRICO POR VÍA LAPARAROSCÓPICA. (Incluye	Es una cirugía bariátrica que combina un componente restrictivo al construir una bolsa gástrica superior de 30 a 60 cc, y un componente malabsortivo al realizar una modificación del	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/iss

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
				conversión intra-operatoria a técnica abierta)	tracto digestivo derivando el yeyuno en una longitud promedio de 2 metros disminuyendo de esta manera la absorción de grasas y carbohidratos. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	ues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.3.00		CIRUGÍA BARIÁTRICA TIPO BYPASS GÁSTRICO POR VÍA LAPARAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica que combina un componente restrictivo al construir una bolsa gástrica superior de 30 a 60 cc, y un componente malabsortivo al realizar una modificación del tracto digestivo derivando el yeyuno en una longitud promedio de 2 metros disminuyendo de esta manera la absorción de grasas y carbohidratos. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.3.01		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN TIPO BYPASS GÁSTRICO POR VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión donde se modifica una cirugía previamente realizada confeccionando un bypass gástrico. Generalmente se usa como cirugía de conversión de un dispositivo perigástrico fijo a ajustable o de una manga gástrica convirtiéndolo en una cirugía con componente malabsortivo. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.4		CIRUGÍA BARIÁTRICA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica que combina un componente restrictivo al construir una manga gástrica en el estómago y un componente malabsortivo al realizar una derivación del intestino delgado en una longitud promedio de 4 a 5 metros, dejando únicamente una superficie efectiva de 50 cm a nivel del íleon distal. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.4.00		CIRUGÍA BARIÁTRICA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica que combina un componente restrictivo al construir una manga gástrica en el estómago y un componente malabsortivo al realizar una derivación del intestino delgado en una longitud promedio de 4 a 5 metros, dejando únicamente una superficie efectiva de 50 cm a nivel del íleon distal. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
1		44.7.4.01		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión donde se modifica una cirugía previamente realizada confeccionando una derivación biliopancreática. Se ha descrito como cirugía de conversión después de dispositivo perigástrico fijo o ajustable, manga gástrica o bypass gástrico. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
		44.7.5		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN POR COMPLICACIÓN SOD	Es una cirugía bariátrica de revisión por una complicación temprana (los primeros 30 días a partir de la cirugía) o tardía (posterior a los 30 días a partir de la cirugía) causada por un evento hemorrágico, infeccioso u obstructivo, con o sin resección intestinal asociada. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.5.00		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN POR COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión por una complicación hemorrágica. Dicho sangrado puede ser intraluminal o extraluminal. Generalmente ocurre en forma temprana (primeros 30 días a partir del procedimiento). Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.5.01		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN POR COMPLICACIÓN INFECCIOSA VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión por una complicación infecciosa. Generalmente es ocasionada por fugas o dehiscencias de las suturas a nivel de las anastomosis o los muñones. También puede ocurrir por perforaciones de vísceras. Está descrita en mayor medida en forma temprana (primeros 30 días a partir del procedimiento). Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.5.02		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN POR COMPLICACIÓN OBSTRUCTIVA CON O SIN CIERRE DE MESOS VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión por una complicación obstructiva. Generalmente es ocasionada por hernias internas sobre los defectos de los mesos. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
1		44.7.5.03		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN POR COMPLICACIÓN OBSTRUCTIVA CON O RESECCIÓN INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA.(Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión por una complicación obstructiva que compromete la vitalidad de alguno de los segmentos del tracto digestivo. Requiere en ocasiones de resecciones del tracto digestivo. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.6		CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REINTERVENCIÓN TIPO CIRUGÍA DE REVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO O DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA. (Incluye conversión intra-operatoria a técnica abierta)	Es una cirugía bariátrica de revisión en donde se restaura la anatomía original del tracto digestivo modificado. Se usa en procedimientos tipo bypass gástrico o derivación biliopancreática. Generalmente está indicada en pacientes que tienen una pérdida excesiva de peso. Se realiza por procedimientos mínimamente invasivos (laparoscopia).	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3
1		44.7.7		OTRAS TÉCNICAS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA POR LAPAROSCOPIA (incluye conversión a cirugía abierta)	La Cirugía bariátrica es un conjunto de procedimientos diseñados para perder peso. Generalmente tienen un componente restrictivo modificando la capacidad gástrica, y un componente malabsortivo al modificar la superficie de absorción en el intestino delgado. Actualmente se considera que además del componente mecánico (restricción y malabsorción) ocurre una modificación biológica y fisiológica que explicar los cambios en las enfermedades metabólicas asociadas a la obesidad.	http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUG_ABARI_TRICA.pdf http://www.surgical.theclinics.com/issues?issue_key=S0039-6109(11)X0006-3

Fuente: Asociación Colombiana de Cirugía Bariátrica y Obesidad ACOCIB

Anexo 5 Ficha Técnica de Actualización Radioterapia Oncológica

Tipo Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
2	2	922		RADIOTERAPIA	INCLUYE: Especialidad médico-clínica que utiliza radiaciones ionizantes para el tratamiento loco-regional de enfermedades malignas y algunas benignas para lograr control tumoral, preservando los tejidos sanos adyacentes y mejorando la calidad de vida del paciente. TECNOLOGIA BASICA: Es la radioterapia que utiliza planeación computarizada bidimensional y simulación convencional que incluye las técnicas de teleterapia con ortovoltaje, convencional y en braquiterapia las técnicas intracavitarias, intraluminales y de contacto. TECNOLOGIA INTERMEDIA: Es la radioterapia que utiliza planeación computarizada tridimensional y simulación virtual que incluye las técnicas de teleterapia convencional y en braquiterapia las técnicas intracavitarias, intraluminales y de contacto. ALTA TECNOLOGIA: Es la radioterapia que utiliza planeación computarizada tridimensional y simulación virtual, que incluye las técnicas de teleterapia conformar o conformacional (3D-CRT), intensidad modulada (IMRT), guiada por imágenes (IGRT), adaptativa (ART) y en braquietrapia las técnicas intersticiales y la epiescleral de contacto.	-
2	3	9222	RADIOTERAPIA ORTOVOLTAJE	TELETERAPIA CON ORTOVOLTAJE	Radioterapia externa, Procedimiento de radioterapia que emplea rayos X de baja energía - kilovoltaje, que se usa para tratamiento de tumores de piel y tejidos superficiales.	
2	4	922201		TELETERAPIA CON ORTOVOLTAJE, PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL (TECNOLOGIA BASICA)	Por exclusión del SOD (922200)	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
1	3	9223		TELETERAPIA CON RADIOISOTOPOS	INCLUYE: la radioterapia externa, que usa Cobalto: Unidad de tratamiento de megavoltaje como fuente de emisión de fotones de radiación gamma, mediante su isotopo cobalto 60, que se caracterizan por un isocentro localizado a 80 cm del origen de la radiación o fuente. Las unidades de cobalto producen rayos estables, dicromáticos de 1,17 y 1,33 MV, lo que resulta en un promedio de energía del haz de fotones de 1.25 MV.	
2	4	922301	TELETERAPIA UTILIZANDO COBALTO EN UNA SOLA DOSIS Y ENTIDADES BENIGNAS O IRRADIACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS (GRUPO 1) CON SIMULADOR Y CON PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO I) +	TELETERAPIA CON COBALTO,PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL (TECNOLOGIA BASICA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org

Tipo Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
2	4	922302	TELETERAPIA UTILIZANDO COBALTO EN UNA SOLA DOSIS Y ENTIDADES BENIGNAS O IRRADIACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS (GRUPO 1) SIN SIMULADOR Y CON PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO II) +	TELETERAPIA CON COBALTO, PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL (TECNOLOGIA INTERMEDIA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	3	9224		TELETERAPIA CON FOTONES	INCLUYE: Se entiende por fotones: a la denominación a los paquetes de energía, que carecen de masa, mediante los cuales la energía se propaga en el espacio en forma de radiación electromagnética, usados para el tratamiento de enfermedades benignas y malignas con radioterapia. Se entiende por Acelerador Lineal: Unidad de tratamiento de megavoltaje que usa ondas electromagnéticas para generar haces de fotones de rayos X y electrones de varias energías, con isocentro localizado a 100 cm del origen.	
2	4	922401	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL HASTA 10 MV, PALEACION EN UNA SOLA DOSIS Y ENTIDADES BENIGNAS O IRRADIACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS (GRUPO 1) CON SIMULADOR Y PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO I) +	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL, PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL (TECNOLOGIA BASICA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922402	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL HASTA 10 MV, PALEACION EN UNA SOLA DOSIS Y ENTIDADES BENIGNAS O IRRADIACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS (GRUPO 1) SIN SIMUL ADOR Y PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO II) +	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL, PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL (TECNOLOGIA INTERMEDIA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922403	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL HASTA 10 MV, PALEACION EN UNA SOLA DOSIS Y	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL, PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION	922704 RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL EN ABDOMEN	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org

Tipo Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
			ENTIDADES BENIGNAS O IRRADIACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS (GRUPO 1) SIN SIMULADOR Y PLANEACION MANUAL (TIPO III) +	VIRTUAL. TECNICA DE TRATAMIENTO CONFORMACIONAL 3D - CRT (ALTA TECNOLOGIA)		
2	4	922404	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL HASTA 10 MV, PALEACION EN UNA SOLA DOSIS Y ENTIDADES BENIGNAS O IRRADIACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS (GRUPO 1) CON SIMULADOR Y PLANEACION MANUAL (TIPO IV) +	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL, PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL. TECNICA DE TRATAMIENTO INTENSIDAD MODULADA IMRT (ALTA TECNOLOGIA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922405	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL HASTA 10 MV, CAMPO UNICO EN ENCEFALO, CARA, CUELLO, AXILA, AXILO/SUPRACLAVICULAR, TRONCO, PELVIS/PERONE O EXTREMIDADES (GRUPO 2) CON SIMULADOR Y PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO I) +	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL, PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL. TECNICA DE TRATAMIENTO IMRT O 3D-CRT CON GUIA POR IMÁGENES (IGRT) (ALTA TECNOLOGIA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922406	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL HASTA 10 MV, CAMPO UNICO EN ENCEFALO, CARA, CUELLO, AXILA, AXILO/SUPRACLAVICULAR, TRONCO, PELVIS/PERONE O EXTREMIDADES (GRUPO 2) SIN SIMULADOR Y PLANEACION COMPUTARIZADA (TIPO II)	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL, PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL. TECNICA DE TRATAMIENTO IMRT ADAPTATIVA (ART) (ALTA TECNOLOGIA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	3	9225		TELETERAPIA CON ELECTRONES	INCLUYE: Radioterapia externa con electrones, partículas atómicas cargadas negativamente y con una masa muy pequeña, que interaccionan con la materia, depositando su energía por interacción con los núcleos y con los electrones periféricos de los átomos. Penetran hasta cierta	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org

Tipo Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
					profundidad siendo altamente eficaces en tratamientos superficiales de radioterapia	
2	4	922501	TELETERAPIA CON ELECTRONES CAMPO UNICO	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES, PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL (TECNOLOGIA BASICA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922502	TELETERAPIA CON ELECTRONES CAMPOS MULTIPLES	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES, PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL (TECNOLOGIA INTERMEDIA)		www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	3	9227		BRAQUITERAPIA	INCLUYE: Implantación o inserción de elementos radioactivos. ALTA TASA DE DOSIS: radioterapia en la cual se colocan elementos radiactivos dentro del tejido tumoral o adyacente a él, mediante el uso de isotopos con una de tasa de liberación de dosis mayor a 12 Gy/hora. BAJA TASA DE DOSIS: radioterapia en la cual se colocan elementos radiactivos dentro del tejido tumoral o adyacente a él, mediante el uso de isotopos con una de tasa de liberación de dosis hasta 2 Gy/hora.	
2	4	922701		BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA CON PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL CON BAJA TASA DE DOSIS (TECNOLOGIA BASICA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922702		BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA CON PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL CON ALTA TASA DE DOSIS (TECNOLOGIA BASICA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922703		BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA CON PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL CON BAJA TASA DE DOSIS (TECNOLOGIA INTERMEDIA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org

Tipo Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
2	4	922704		BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA CON PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL CON ALTA TASA DE DOSIS (TECNOLOGIA INTERMEDIA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922710		BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL CON PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL CON ALTA TASA DE DOSIS (TECNOLOGIA BASICA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922711		BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL CON PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL CON ALTA TASA DE DOSIS (TECNOLOGIA INTERMEDIA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922720		BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL CON PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL CON BAJA TASA DE DOSIS (IMPLANTES PERMANENTES) (ALTA TECNOLOGIA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922721		BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL CON PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL CON ALTA TASA DE DOSIS (ALTA TECNOLOGIA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922730		BRAQUITERAPIA DE CONTACTO CON PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL CON ALTA TASA DE DOSIS (TECNOLOGIA BASICA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
2	4	922731		BRAQUITERAPIA DE CONTACTO CON PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL CON ALTA TASA DE DOSIS (TECNOLOGIA INTERMEDIA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org

Tipo Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
2	4	922740		BRAQUITERAPIA EPIESCLERAL DE CONTACTO CON PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL CON BAJA TASA DE DOSIS (ALTA TECNOLOGIA)	Por reubicación estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
1	3	9228		INYECCION O INSTILACION DE RADIOISOTOPOS	INCLUYE: INTRACAVITARIA O INTRAVENOSA DE RADIOISOTOPOS O RADIOINMUNOCONJUGADOS; Por estándar internacional	
1		9229		OTROS PROCEDIMIENTOS DE RADIOTERAPIA		
1	4	922901		IRRADIACION DE HEMODERIVADOS	Aplicación de radiación ionizante sobre los componentes sanguíneos celulares con el objetivo de anular la capacidad de replicación de los linfocitos, sin afectar la función de los eritrocitos, plaquetas ni granulocitos, buscando disminuir los riesgos de desarrollar enfermedad injerto vs huésped post-transfusional.	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
1	4	922910		IRRADIACION CORPORAL TOTAL	Consiste en administrar radiación al volumen corporal del paciente en forma homogénea con fotones de energía adecuada mediante planeación computarizada, lo cual no puede lograrse con un conjunto de campos convencionales de fotones, por problemas de superposición y empalme de campos múltiples contiguos ya que de ellos resultarían distribuciones irregulares de isodosis y zonas subdosificadas clínicamente inaceptables	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
1	4	922911		IRRADIACION CUTANEA TOTAL	Consiste en administrar radiación a la totalidad de la piel mediante haces de electrones o rayos X superficiales, donde el volumen blanco está definido en esta técnica por toda la superficie cutánea, y en profundidad por la dermis y la epidermis (aproximadamente 5 mm). Requiere planeación computarizada.	www.oncology-and-radiotherapy.co; www.aapm.org; www.vidt.com
2	2	923		RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA	INCLUYE: Se entiende por Radiocirugía el tratamiento con haces externos que se basa en la administración de altas dosis de radiación ionizante con alta conformación de dosis a la lesión y precisión milimétrica o submilimétrica, con rápida caída de gradientes de dosis, en 1 a varias sesiones de tratamiento, mediante equipos con o sin guía estereotáctica, de radiación gamma con múltiples fuentes, equipos robotizados o no robotizados, con una sola fuente de emisión de fotones, aceleradores lineales y sistemas isocéntricos o no isocéntricos, con haces estáticos múltiples o campos rotacionales con variables	

Tipo Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo web enlaces_Ajuste
					grados de complejidad, con o sin modulación de su intensidad, donde los haces son orientados a un solo punto (isocentro) pudiendo usar varios isocentros. Se requiere simulación virtual tridimensional. La planeación computarizada debe ser realizada con algoritmos de cálculo tridimensionales, cálculos volumétricos y evaluados usando histogramas de dosis volumen. La prescripción de dosis debe ser realizada en función del cubrimiento a los volúmenes blanco y los límites de dosis en los órganos críticos. Se requiere verificación de localización usando imágenes de marcadores activos o pasivos, marcas fiduciales, ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética.	
2	3	9231		RADIOCIRUGIA DE FUENTE UNICA DE FOTONES	INCLUYE: para radiocirugía extracraneal e intracraneal, por ejemplo cyberknife, xnife	
2	4	923101	RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA CON ACELERADOR LINEAL, DOSIS UNICA +	RADIOCIRUGIA INTRACRANEAL O EXTRACRANEAL , CON PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL	Por estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
1	3	9232		RADIOCIRUGIA DE MULTIPLES FUENTES DE FOTONES	INCLUYE: para radiocirugía intracraneal, por ejemplo gammaknife	
1	4	923201		RADIOCIRUGIA INTRACRANEAL CON PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL	Por estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org
1	2	924		PROCEDIMIENTOS DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA	INCLUYE: Radioterapia intraoperatoria es el uso de radiación ionizante como tratamiento oncológico complementario durante un procedimiento de cirugía en el mismo tiempo quirúrgico, administrando altas dosis de radiación a un volumen tumoral definido o lecho tumoral, en una única sesión, minimizando las dosis a los tejidos sanos cercanos. Por estándar internacional	
1	3	9241		RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA	Por estándar internacional	
1	4	924100		RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA SOD	Por estándar internacional	www.cancer.gov - www.rtog.org - www.nccn.org

Fuente: Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica ACRO

Anexo 6 Ficha Técnica de Actualización Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
1	4	05.2.5.01		DENERVACION RENAL, VÍA PERCUTÁNEA	INCLUYE: CON DISPOSITIVOS DE ABLACIÓN DE RADIOFRECUENCIA U OTRAS....Amplia evidencia en la actualidad que demuestra la disminución de eventos mayores en los pacientes no controlados por medio de fármacos con la utilización de catéteres que producen ablación de los impulsos nerviosos aferentes y eferentes de las arterias renales, en el manejo y tratamiento de la hipertensión arterial refractaria al tratamiento farmacológico.
1	4	35.2.1.01		REEMPLAZO DE VALVULA AORTICA VÍA PERCUTANEA CON DISPOSITIVOS MECANICOS (TAVI)	Incluye: prótesis mecánica o bioprotesis, Experiencia con más de 50.000 implantes en el mundo, con pacientes de mediano y alto riesgo quirúrgico. Disminuye la mortalidad en paciente con riesgo quirúrgico operatorio prohibitivo.
1	4	35.2.1.04		CORRECCIÓN DE PARAFUGAS POR VIA PERCUTANEA CON IMPLANTE DE DISPOSITIVOS MECANICOS	Manejo de pacientes con alto riesgo quirúrgico por comorbilidades y cirugías previas con evidencia de fugas.
1	4	35.2.2.02		REEMPLAZO O CORRECCIÓN DE LAS LESIONES DE LA VALVULA MITRAL VÍA PERCUTANEA CON DISPOSITIVOS MECANICOS.	Pacientes con riesgo quirúrgico elevado por cirugía previa o comorbilidades presentes son elegibles para éstas técnicas.
1	4	35.2.4.03		REPARACIÓN POR VÍA PERCUTÁNEA ENDOVASCULAR DE LAS OBSTRUCCIONES DE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO MEDIANTE IMPLANTE DE DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES	las obstrucciones de tracto de salida de ventrículo derecho en el seguimiento de pacientes tratados quirúrgicamente de enfermedades como: atresia pulmonar, tetralogía de fallot, truncus arterioso, doble salida de ventrículo derecho con estenosis pulmonar son comunes y el riesgo quirúrgico es alto, está asociado a una alta morbilidad y mortalidad por lo que el tratamiento endovascular ha surgido como una opción terapéutica que disminuye el número de re intervenciones y riesgos asociados a re operaciones.
1	4	35.6.1.02		CIERRE DE LOS DEFECTOS SEPTALES INTERAURICULARES , POR VÍA PERCUTANEA CON IMPLANTE DE DISPOSITIVOS ENDOVASCULAR	INCLUYE: LAS SOMBRILLAS Y OTROS DISPOSTIVOS ENDOVASCULARES ...EN TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LAS CARDIOPATÍAS ESTRUCTURALES, EN CASOS CLINICOS DE (COMUNICACIÓN INTERAURICULAR, FORAMEN OVALE PERMEABLE
1	4	35.6.2.03		CIERRE DE LOS DEFECTOS SEPTALES INTERVENTRICULARES POR VIA	Amplia experiencia en disminución de la morbimortalidad, con magníficos resultados de éxito primario.

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
				PERCUTANEA CON IMPLANTE DE DISPOSITIVOS MECANICOS	
1	4	35.8.3.04		CIERRE DE LOS DEFECTOS AORTO PULMONARES (DUCTUS AV)	El cierre mecánico percutáneo con dispositivo es tan seguro como la cirugía en anatomías favorables.
1	4	35.6.2.04	REVISARA ESTANDAR INTERNACIONAL, PROCEDIMIENTOS DE CAVIDADES CARDIACAS NCOC, "CONGENTICAS, ADQUIRIDAS"	CIERRE DE FÍSTULAS CORONARIAS ARTERIOVENOSAS, ARTERIOCAMERALES POR VIA PERCUTANEA CON IMPLANTE DE DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES	Manejo de pacientes con alto riesgo quirúrgico por comorbilidades e inherentes a la patología propiamente dicha. MENCIONAR LOS TIPOS DE DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES COMO SOMBRILLAS, ETC
1	4	36.0.1.03		ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE UNO O DOS VASOS RELACIONADOS	Es un procedimiento que interviene simultáneamente un vaso principal y su adyacente mediante diferentes técnicas de angioplastia.
1	4	36.0.1.04		ANGIOPLASTIA CON IMPLANTE DE DISPOSITIVO ENDOVASCULAR [STENT] LIBERADOR DE MEDICAMENTO.	Incluye: MEDICAMENTOS DE SEGUNDA Y TERCERA GENERACIÓN EN UNO O MAS VASOS Evidencia de menor retinosis, en Stent liberadores de medicamentos vs. Stents convencionales, así mismo en Síndromes Coronarios Agudos y pacientes diabéticos.
1	4	36.0.1.05		ANGIOPLASTIA CORONARIA TRASLUMINAL PERCUTANEA, CON IMPLANTE DE DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES [STENT] "BIOABSORBIBLES Y/O BIODEGRADABLES"	Incluye: EN UNO O MAS VASOS. Disminución importante de estenosis, menor tiempo en la utilización de la terapia antiagregación anti plaquetaria.
1	4	36.0.1.06		ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE MAS DE DOS VASOS RELACIONADOS	Es un procedimiento que interviene simultáneamente un vaso principal y su adyacente mediante diferentes técnicas de angioplastia.
1	4	36.0.1.07		ANGIOPLASTIA TRASLUMINAL PERCUTANEA, CON IMPREGNACION DE MEDICAMENTOS, MEDIANTE BALON	INCLUYE: LIBERADORES DE MEDICAMENTOS (BALONES MEDICADOS) EN MANEJO DE LAS LESIONES ESTENOTICAS CORONARIAS. Se utiliza en lesiones específicas, restenosis, vasos de pequeño calibre y otros.
2		36.02	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA SIMPLE, (ATERECTOMIA CORONARIA) CON USO DE AGENTE TROMBOLITICO	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA SIMPLE, (ATERECTOMIA CORONARIA) CON USO DE AGENTE INHIBIDOR PLAQUETARIO PARENTERAL	INCLUYE: EL inhibidor IIB-IIIA.
2	3	36.02.00	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA SIMPLE, (ATERECTOMIA CORONARIA) CON USO DE AGENTE TROMBOLITICO SOD	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA SIMPLE, (ATERECTOMIA CORONARIA) CON USO DE AGENTE INHIBIDOR PLAQUETARIO PARENTERAL SOD	INCLUYE: EL inhibidor IIB-IIIA.

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
2	4	36.0.2.02	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA SIMPLE CON INFUSION DE AGENTE TROMBOLITICO, MAS DE DOS VASOS		La angioplastia facilitada con inhibidor IIB-IIIA ha demostrado tener más efectividad y seguridad que con trombolíticos o mezcla.
1	4	37.2.1.02		CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON, CON ESTIMULACION FRAMACOLOGICA (PRUEBA DE REACTIVIDAD PULMONAR CON MEDICAMENTOS)	Estudio de la reactividad pulmonar con el fin de definir las diferentes estrategias terapéuticas y como estudio de pre trasplante cardiaco.
1	4	37.4.1.01		CIERRE U OCLUSION DE AURICULILLA IZQUIERDA MEDIANTE DISPOSITIVO TRANSEPTAL POR VÍA PERCUTÁNEA	Se utiliza en pacientes con MANEJO DE FIBRILACION AURICULAR CRONICA NO VALVULAR, antecedentes tromboembólicos sistémicos, y en quienes haya contraindicación total o relativa en la utilización de anticoagulantes sistémicos,
1	4	38.4.4.01		CORRECCION DE LOS ANEURISMAS AORTICOS INFRARENALES, VIA PERCUTÁNEA,CON IMPLANTACION DE DISPOSITIVO ENDOVASCULAR (ENDOPROTESIS)	Amplia evidencia con excelentes resultados en la utilización de esta técnica percutánea con disminución de morbilidad y mortalidad importante comparado con los procedimientos quirúrgicos.
1	4	38.4.5.01		CORRECIÓN DE LOS ANEURISMAS Y DISECCIONES AORTICOS TORÁCICOS, VIA PERCUTÁNEA, CON IMPLANTACION DE DISPOSITIVO ENDOVASCULAR (ENDOPROTESIS)	Amplia evidencia con excelentes resultados en la utilización de esta técnica percutánea con disminución importante de morbilidad y mortalidad comparado con los procedimientos quirúrgicos.
1	4	39.3.8.03		SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS, VIA PERCUTANEA	INCLUYE: UTILIZACION DE DISPOSITIVOS DE CIERRES VASCULARES PERCUTANEOS, POSTERIOR A LA PUNCIÓN ARTERIAL...Se evita con la utilización de estos dispositivos la formación de seudo aneurismas y la presencia de hemorragia subsecuente al procedimiento de punción arterial.
2	3	39.5.0	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS NO CORONARIOS CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS NO CORONARIOS CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S) CON O SIN SISTEMAS DE PROTECCIÓN	
2	4	39.5.0.15	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	INCLUYE: DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN DISTAL (FILTROS) Para evitar los fenómenos tromboembólicos durante el procedimiento en

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
					la circulación cerebral con la utilización de éstos dispositivos
1	4	39.5.0.18		ANGIOPLASTIA DE VASOS DE CUELLOS. E IMPLANTE DE DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES [STENT] VÍA PERCUTÁNEA, CON O SIN UTILIZACION DE SISTEMAS DE PROTECCION CEREBRAL	Evita riesgos quirúrgicos, los resultados de procedimientos quirúrgicos vs. Percutáneos, han demostrado menor riesgo de mortalidad y eventos cerebrales embólicos, aumentando la seguridad del paciente y la calidad del procedimiento.
1	4	39.5.0.82		ANGIOPLASTIA TRASLUMINAL PERCUTANEA, DE VASO NO CORONARIO, NCOC, CON IMPLANTE DE DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES [STENT] "BIOABSORBIBLES Y/O BIODEGRADABLES"	Disminución de la fractura de los dispositivos endovascular [STENT] con menores efectos secundarios.
1	4	39.5.0.83		ANGIOPLASTIA TRASLUMINAL PERCUTANEA, DE VASO NO CORONARIO, NCOC CON IMPREGNACION DE MEDICAMENTO	INCLUYE: INSERCIÓN DE BALONES MEDICADO.....Tratamiento de la enfermedad ateroesclerótica de pequeño vaso en las extremidades inferiores.
1	4	87.6.1.23		ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO Y TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT)	Técnica actual en el diagnóstico de las lesiones intermedias valoradas agiográficamente, con el fin de determinar estrategia terapéutica a seguir esencial en el manejo de seguimiento de paciente sometido a angioplastia con dispositivos endovascular bioabsorbibles.
1	4	87.6.1.24		ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO Y REMEDICIÓN DE RESERVA DE FLUJO FRACCIONAL (FFR)	INCLUYE: BAJO CONDICIOMES DE HIPERHEMIA CORONARIA CON ADENOSINA U OTROS MEDICAMENTOS... Técnica actual en el diagnóstico de las lesiones intermedias valoradas hagiográficamente, con el fin de determinar estrategia terapéutica a seguir.
1	4	87.6.1.25		ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON ULTRASONIDO INTRA CORONARIO (IVUS)	Técnica utilizada para la evaluación de las lesiones y placas arterioscleróticas intermedias de las arterias coronarias, para definir estrategia terapéutica seguir.
1	4	35.8.7.11		AORTOPLASTIA DE LA COARTACION DE AORTA POR VIA ENDOVASCULAR	La coartación corregida por vía percutánea en adultos muestra mayor seguridad que la intervención quirúrgica
1	4	87.6.2.42		ANGIOPLASTIA Y STENT DE LAS OBSTRUCCIONES DE LAS VENAS CAVAS SUPERIOR E INFERIOR	Es una complicación hoy común después del tratamiento quirúrgico de ciertas patologías congénitas y es la primera elección pues evita re intervenciones, exponer al paciente de nuevo

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
					a circulación extracorpórea, tiene menos probabilidad de transfusiones.
1	4	35.8.1.07		REPARACIÓN VÍA PERCUTANEA DE ESTENOSIS DE RAMAS PULMONARES CON O SIN DISPOSTIVOS ENDOVASCULARES	Desde 1983 se ha demostrado la utilidad del tratamiento endovascular de estenosis de ramas pulmonares, patología que puede ser primaria o asociada a anomalías conotrúncales, o se presentan en post operatorios debido a procesos exagerados de cicatrización en ciertas anastomosis. Ha demostrado permitir el tratamiento de lesiones de difícil acceso para el cirujano, visualizar mejor los segmentos obstruidos y disminuir las posibilidades de re operaciones y los riesgos asociados a estas re intervenciones. Ha diferente material empleado, balones de alta presión, cutting balones y stent de varios tipos.
1	4	35.8.3.05		ANGIOPLASTIA POR VIA PERCUTANEA CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES DE DUCTUS ARTERIOSO EN PATOLOGIAS CON CIRCULACION PULMONAR O SISTEMA DUCTUS DEPENDIENTE	Es una alternativa terapéutica paliativa muy útil en periodo neonatal y de lactante menor que disminuye los riesgos a un shunt quirúrgico en periodo neonatal y en muchas ocasiones es un tratamiento paliativo y de rescate para pacientes con shock asfíctico profundo en quienes el gasto sistémico está comprometido por hipoplasia de segmentos significativos de la aorta. Requiere de dispositivos de bajo perfil como stent coronarios, stent periféricos de diferentes dimensiones en diámetro y longitud adecuados a la superficie corporal del paciente a tratar.

Fuente: Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo cardiovascular Cardiología Pediátrica

Anexo 7 Ficha Técnica de Cardiología Pediátrica

Ti	Es	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
1	4	35.6.1.02		CIERRE DE LOS DEFECTOS SEPTALES INTERAURICULARES , POR VÍA PERCUTANEA CON IMPLANTE DE DISPOSITIVOS ENDOVASCULAR	INCLUYE: LAS SOMBRILLAS Y OTROS DISPOSTIVOS ENDOVASCULARES ...EN TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LAS CARDIOPATÍAS ESTRUCTURALES, EN CASOS CLINICOS DE (COMUNICACIÓN INTERAURICULAR, FORAMEN OVALE PERMEABLE
1	4	35.6.2.03		CIERRE DE LOS DEFECTOS SEPTALES INTERVENTRICULARES POR VIA PERCUTANEA CON IMPLANTE DE DISPOSITIVOS MECANICOS	Amplia experiencia en disminución de la morbimortalidad, con magníficos resultados de éxito primario.
1	4	35.8.3.04		CIERRE DE LOS DEFECTOS AORTO PULMONARES (DUCTUS **ARTERIO VENOSO)**	El cierre mecánico percutáneo con dispositivo es tan seguro como la cirugía en anatomías favorables.
1	4	35.8.7.11		AORTOPLASTIA DE LA COARTACION DE AORTA POR VIA ENDOVASCULAR **CON O SIN DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES**	La coartación corregida por vía percutánea en niños mayores de 1 año y adultos muestra mayor seguridad que la intervención quirúrgica y con riesgo quirúrgico mucho menor
1	4	35.8.3.05		ANGIOPLASTIA POR VIA PERCUTANEA CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES DE DUCTUS ARTERIOSO EN PATOLOGIAS CON CIRCULACION PULMONAR O SISTEMA DUCTUS DEPENDIENTE	Es una alternativa terapéutica paliativa muy útil en periodo neonatal y de lactante menor que disminuye los riesgos a un shunt quirúrgico en periodo neonatal y en muchas ocasiones es un tratamiento paliativo y de rescate para pacientes con shock asfíctico profundo en quienes el gasto sistémico está comprometido por hipoplasia de segmentos significativos de la aorta. Requiere de dispositivos de bajo perfil como stent coronarios, stent periféricos de diferentes dimensiones en diámetro y longitud adecuados a la superficie corporal del paciente a tratar.
1	4			PERFORACION POR RADIOFRECUENCIA O CON GUIA DE VALVULA PULMONAR ATRETICA	Desde la década de los 80 se inició este procedimiento como alternativa en el tratamiento de las atresias pulmonares con ventrículos derechos tripartitos adecuados y sin circulación coronaria dependiente del ventrículo derecho. Aplicado en todo el mundo como manejo de entrada en este tipo de patologías
1	4			MAPEO DEL ARBOL PULMONAR EN ATRESIA PULMONAR CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR	en la atresia pulmonar con comunicación interventricular existe en un porcentaje importante circulación pulmonar dependiente de colaterales múltiples lo que constituye múltiples focos de irrigación (multifocales), sobre todo en los pacientes que en vida intrauterina no se formó el sexto arco aórtico y se hace necesario determinar la constitución verdadera del árbol pulmonar para decir la probabilidad de cirugía en estos pacientes
1	4			ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES EN ESTENOSIS NATIVA O POST QUIRURGICAS	el tratamiento por vía endovascular con o sin implantes de dispositivos endovascular constituye una opción con menor riesgo potencial para el manejo de esta patología
1	4			ANGIOPLASTIA DE AORTA ASCENDENTE, TRANSVERSA Y DESCENDENTE CON O SIN DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES	en niños y adultos constituye una opción en obstrucciones nativas o post quirúrgicas
1	4			EMBOLIZACION DE COLATERALES AORTO PULMONARES CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES O PARTICULAS	constituye el manejo de elección y con un riesgo menor en este tipo de anomalías que se presentan como complemento de algunas cardiopatías ductus dependiente o como patologías asociadas a otras cardiopatías o en ausencia de cardiopatías congénitas estructurales
1	4			EMBOLIZACION DE SECUSTRO PULMONAR CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES O PARTICULAS	los secuestros pulmonares se presenta como acompañante en el síndrome de cimitarra o en pacientes aislados y constituye un potencial

Ti	Ec	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
					foco productor de neuropatías a repetición y se hace necesario la umbilicación como manejo pre quirúrgico o tratamiento definitivo
1	4			EMBOLIZACION DE COLATERALES VENO VENOSAS CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES O PARTICULAS	las colaterales veno venosas se pueden presentar en la evolución de las cirugías de by pass del ventrículo derecho parcial o total en el tratamiento de los corazones univentriculares y son una causa de desfuncionalización del sistema lo que amerita su cierre siendo la vía endovascular el manejo de elección
1	4			EMBOLIZACION DE VENA ACIGOS DERECHA O IZQUIERDA CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES	la presencia de la vena ácigos derecha o izquierda en la evolución de los by pass del ventrículo derecho parcial o total en corazones uni ventriculares son una causa de desfuncionalización del sistema lo que amerita su cierre siendo la vía endovascular el manejo de elección
1	4			EMBOLIZACION DE FISTULA AORTO PULMONAR O SUBCLAVIO PULMONAR QUIRURGICA CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES	Las fistulas aorto pulmonares o subclavio pulmonares son cirugías que se realizan en cardiopatías congénitas que cursan con atresia o estenosis pulmonar severa con el fin de proporcionar un mejo flujo pulmonar y mejorar la saturación en estas enfermedades. cuando persisten abiertas a pesar de una corrección total o paliativa y producen hiperflujo pulmonar se hace necesario el cierre y una opción con bajo riesgo es el manejo por vía endovascular
1	4			CIERRE DE VENTANA AORTO PULMONARES	El cierre por vía endovascular con dispositivos diferentes a los empleados para cierre de ductus arterioso permeable es posible en algunos casos y es una opción con menores riesgos que la cirugía.
1	4			IMPLANTE DE STENT EN TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR (INFUNDIBULO)	en corazones univentriculares, tetralogía de fallot, estenosis sub valvulares pulmonares en pacientes con bajo peso, en mal estado general es posible como manejo paliativo de estas enfermedades el implante de stent en tracto de salida con el fin de mejorar el flujo pulmonar y con esto la saturación sistémica
1	4			VALVULOTOMIA MITRAL PERCUTANEA	
1	4			CIRUGIA NORWOOD HIBRIDA (CERCLAJE DE RAMAS PULMONARES E IMPLANTE DE STENT DUCTAL PER ARTERIA PULMONAR)	en el manejo de los síndromes de corazón izquierdo hipoplásico se plantea como alternativa en su manejo inicial el abordaje hibrido (cirujano cardiovascular y hemodinamista) por estereotomía realizando el cirujano cerclaje de ambas ramas pulmonares y el hemodinamista el implante de stent ductal ingresando por arteria pulmonar
1	4			CIERRE PERVENTRICULAR CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES DE COMUNICACIÓN INVERVENTRICULAR, ABORDAJE HIBRIDO POR ESTERNOTOMIA	en pacientes de bajo peso, mal progreso pondo estatural y comunicaciones interventriculares musculares amplias es una buena opción de tratamientos con menores riesgos que la cirugía en bomba de circulación extra corpórea y con una evolución post quirúrgica mas rápida, el abordaje es por esternotomía ingresando un introductor por ventrículo derecho
1	4			CIERRE PER AURICULAR DE COMUNICACIONES INTER AURICUALES CON DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES POR ABORDAJE HIBRIDO POR ESTERNOTOMIA	En pacientes con comunicaciones inter auriculares de bajo peso, mal progreso pondo estatural, hipertensión pulmonar, hiperflujo pulmonar importante es una buena opción de tratamientos con menores riesgos que la cirugía en bomba de circulación extra corpórea. abordaje por

Ti	Ec	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
					esternotomía ingresando con un introductor a través de aurícula derecha
1	4			IMPLANTE DE STENT EN TRONCO Y RAMAS PULMONARES, ABORDAJE HIBRIDO POR ESTENOTOMIA	Pacientes de bajo peso con estenosis severa de ramas pulmonares nativa o post quirúrgica, es una buena opción para el manejo de su enfermedad. Se ingresa por esternotomía y a través del ventrículo derecho o arteria pulmonar se implanta un stent dependiendo del diámetro de las ramas. cuando el acceso vascular no es posible por el tamaño de los catéter guía en este tipo de pacientes
1	4			IMPLANTE DE STENT EN AORTA ASCENDENTE, DESCENDENTE, ABORDAJE HIBRIDO POR DISECCION CAROTIDEA	Pacientes de bajo peso con estenosis severa de aorta ascendente o descendente nativa o post quirúrgica, es una buena opción para el manejo de su enfermedad. Se ingresa por disección carotidea o de aorta se implanta un stent dependiendo del diámetro de la aorta previo a la estenosis. cuando el acceso vascular no es posible por el tamaño de los catéter guía en este tipo de pacientes
1	4			ACCESO VENOSO TRANS HEPATICO	cuando se requiere realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos en pacientes con oclusión total de venas femorales, yugulares y subclavias
1	4			REEMPLAZO DE VALVULA PULMONAR VÍA PERCUTANEA CON DISPOSITIVOS MECANICOS	Incluye: prótesis mecánica o bioprotesis, Experiencia con más de 10.000 implantes en el mundo, con pacientes de mediano y alto riesgo quirúrgico. Disminuye la mortalidad en paciente con riesgo quirúrgico operatorio prohibitivo.

Fuente: Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo cardiovascular Cardiología Pediátrica

Anexo 8 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Cardiovascular

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	2	35.1	VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS CARDIACAS QUIRURGICAS Incluye: RESECCIONES SEGMENTARIAS DE VALVAS, RECONSTRUCCION CON ANILLOS, ACORTAMIENTO O ALARGAMIENTO DE CUERDAS	VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS CARDIACAS QUIRURGICAS Incluye: RESECCIONES SEGMENTARIAS DE VALVAS Y ACORTAMIENTO O ALARGAMIENTO DE CUERDAS Excluye: RECONSTRUCCION CON ANILLOS	La anuloplastia (reconstrucción) está considerada en el 35.3.3	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e82
1	4	35.1.1.01		COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA AORTICA MINIMAE INVASIVA. INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA Las plastias valvulares cardiacas involucran varias técnicas para que su funcionamiento sea perdurable en el tiempo y justifiquen el procedimiento con respecto al reemplazo. Está demostrado que el desempeño cardiaco es mejor con reparos que reemplazos, así como menos necesidad de anticoagulación. En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e83
1	4	35.1.2.01		COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA MITRAL VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA. EXCLUYE PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS (35.3.2) Las plastias valvulares cardiacas involucran varias técnicas para que su funcionamiento sea perdurable en el tiempo y justifiquen el procedimiento con respecto al reemplazo. Está demostrado que el desempeño cardiaco es mejor con reparos que reemplazos, así como menos necesidad de anticoagulación. En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e84

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	35.1.2.02		COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ROBÓTICA	Es un procedimiento no codificado en el manual incluye: la técnica robótica.	-
1	4	35.1.3.01		COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA Las plastias valvulares cardiacas involucran varias técnicas para que su funcionamiento sea perdurable en el tiempo y justifiquen el procedimiento con respecto al reemplazo. Está demostrado que el desempeño cardiaco es mejor con reparos que reemplazos, así como menos necesidad de anticoagulación. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109
1	4	35.1.4.01		COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA Las plastias valvulares cardiacas involucran varias técnicas para que su funcionamiento sea perdurable en el tiempo y justifiquen el procedimiento con respecto al reemplazo. Está demostrado que el desempeño cardiaco es mejor con reparos que reemplazos, así como menos necesidad de anticoagulación. En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e84
1	4	35.2.2.01		REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL CON PROTESIS O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA) POR VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e84
1	4	35.2.2.02		REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL CON PROTESIS O BIOPROTESIS	Es un procedimiento no codificado en el manual incluye: la técnica robótica.	

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				(AUTOLOGA O HETEROLOGA) POR VIA ROBÓTICA		
1	4	35.2.3.01		REEMPLAZO DE VALVULA TRICUSPIDE CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA) POR VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e84
1	4	35.2.3.02		EXCLUSION VALVULAR TRICUSPIDEA. CIERRE CON PARCHE DE LA VALVULA TRICUSPIDEA	INCLUYE: EN PACIENTES CON EBSTEIN NEONATAL. Dentro de las opciones de tratamiento de la anomalía de Epstein neonatal se encuentra la exclusión de la válvula tricúspide como procedimiento asociado.	J Thorac Cardiovasc Surg. 2010 Feb;139(2):354-8 J Thorac Cardiovasc Surg. 2006 Dec;132(6):1285-90
1	4	35.1.4.02		ESCISION DE LA VALVULA TRICUSPIDEA.	INCLUYE: ENDOCARDITIS Y CONGÉNITAS En los casos de endocarditis infecciosa a repetición del lado derecho del corazón en adictos a drogas intravenosas, se realiza la escición de la válvula tricúspide	European Heart Journal (2009) 30, 2369–2413
2		35.2.4	REEMPLAZO O RECONSTRUCCION DE DOS O TRES VALVULAS Incluye: OPERACION DE ROSS: AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICION AORTICA Y HOMOINJERTO EN POSICION PULMONAR	REEMPLAZO O RECONSTRUCCION DE DOS O TRES VALVULAS	Incluye: LA TECNICA DE AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICIÓN AORTA Y REMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR [ROSS]. Excluye: LOS PROCEDIMIENTOSVALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS POR CATETERISMO (35.0,) VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS CARDIACAS QUIRURGICAS(35.1) Y REEMPLAZOS VALVULARES CARDIACOS (35.2)	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e84
2		35.2.4.00	REEMPLAZO O RECONSTRUCCION DE DOS O TRES VALVULAS SOD	REEMPLAZO O RECONSTRUCCION DE DOS O TRES VALVULAS SOD	Excluye: LOS PROCEDIMIENTOS VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS POR CATETERISMO (35.0,) VALVULOTOMIAS O VALVULOPLASTIAS CARDIACAS QUIRURGICAS(35.1) Y REEMPLAZOS VALVULARES CARDIACOS (35.2)	
1	4	35.2.4.01		AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICIÓN AORTA Y REMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR [ROSS]	Es una aclaración del procedimiento 35.2.4 en el que se realiza modificación pero, se debe mantener la inclusión 35.2.4.01	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e84
1	4	35.2.5.01		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR AORTICA POR VIA ABIERTA	Es un procedimiento no codificado en el manual, es un procedimiento más complejo que el existente 35, 2,1) y menos complejo que la re intervención de dos prótesis valvulares.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e84
1	4	35.2.5.02		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR AORTICA POR VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e85
1	4	35.2.5.03		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR MITRAL POR VIA ABIERTA	Es un procedimiento no codificado en el manual, es un procedimiento más complejo que el existente 35, 2,1) y menos complejo que la re intervención de dos prótesis valvulares.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e86
1	4	35.2.5.04		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR MITRAL POR VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e87
1	4	35.2.5.05		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR MITRAL POR VIA ROBÓTICA	Es un procedimiento no codificado en el manual incluye: la técnica robótica.	
1	4	35.2.5.06		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR TRICUSPIDEA POR VIA ABIERTA	Es un procedimiento no codificado en el manual, es un procedimiento más complejo que el existente 35, 2,1) y menos complejo que la re intervención de dos prótesis valvulares.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e88
1	4	35.2.5.07		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR TRICUSPIDEA POR VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e89
1	4	35.2.5.08		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR PULMONAR POR VIA ABIERTA	Es un procedimiento no codificado en el manual, es un procedimiento más complejo que el existente 35, 2,1) y menos complejo que la re intervención de dos prótesis valvulares.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e90
1	4	35.2.5.09		REINTERVENCION PARA SUSTITUCION DE PROTESIS VALVULAR PULMONAR POR VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e91
1	4	35.2.6.01		REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA Y AORTA ASCENDENTE POR VIA MINIMA INVASIVA	En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e92
1	4	35.2.7.01		REINTERVENCION POR DISFUNCION PROTESICA VALVULAR SIN REEMPLAZO O SUSTITUCION POR VIA MINIMA INVASIVA	La resección de trombos en prótesis valvulares puede realizarse sin la esternotomía convencional. En la última década se ha demostrado que esta técnica disminuye la morbimortalidad.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e93
1	4	35.3.1.03		REPARACION DE MUSCULO PAPILAR POR VIA MINIMA INVASIVA	Las plastias valvulares cardiacas involucran varias técnicas para que su funcionamiento sea perdurable en el tiempo y justifiquen el procedimiento con respecto al reemplazo. Está demostrado que el desempeño cardiaco es mejor con reparos que reemplazos, así como menos necesidad de anticoagulación. En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e94
1	4	35.3.2.02		IMPLANTACION DE NEO-CUERDAS TENDINOSAS	INCLUYE: DISPOSITIVO IMPLANTABLE. En las reconstrucciones complejas de la válvula mitral se ha demostrado que el implante de nuevas cuerdas tendinosas mejora y prolonga el reparo de la valva posterior y anterior	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e95
1	4	35.3.3.02		IMPLANTE DE ANILLO PROTESICO VALVULAR POR VIA ABIERTA	en la actualidad toda valvuloplastia compleja involucra el implante de un anillo protésico, aórtico, mitral o tricúspide para soportar estructuralmente el reparo	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e96
1	4	35.3.3.03		IMPLANTE DE ANILLO PROTESICO VALVULAR POR VIA MINIMA INVASIVA	INCLUYE LAS TECNICAS TORACOSCOPICA, VIDEO ASISTIDA, O VISIÓN DIRECTA	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e97

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	35.3.3.04		RESECCION DE MEMBRANA SUBAORTICA POR VIA MINIMA INVASIVA	Las plastias valvulares cardiacas involucran varias técnicas para que su funcionamiento sea perdurable en el tiempo y justifiquen el procedimiento con respecto al reemplazo. Está demostrado que el desempeño cardiaco es mejor con reparos que reemplazos, así como menos necesidad de anticoagulación. En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud.	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e98
1	4	35.4.1.01		VENTRICULOSEPTOSTOMIA QUIRURGICA (CREACIÓN O AMPLIACION DE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR)	Ampliación de la CIV en doble salida del ventrículo derecho. Creación de comunicación interventricular en Switch arterial con hipertensión pulmonar severa	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2002
1	4	35.5.1.03		REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR CON PROTESIS VIA ABIERTA [SOMBRILLA - AMPLATZER]	La utilización de una prótesis tipo sombrilla o amplatzer ocasionalmente se justifica para disminuir el tiempo quirúrgico operatorio en pacientes congénitos de alta complejidad	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2003
1	4	35.5.2.02		REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON PROTESIS POR VIA ABIERTA (SOMBRILLA - AMPLATZER)	La utilización de una prótesis tipo sombrilla o amplatzer ocasionalmente se justifica para disminuir el tiempo quirúrgico operatorio en pacientes congénitos de alta complejidad	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2004
1	4	35.8.1.07		REPARACIÓN DE FALLOT CON AGENESIA DE VALVULA PULMONAR	Es corrección de tetralogía de FALLOT con implante de homoinjerto.	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2005
1	4	35.8.7.04		CONEXIÓN AORTO-PULMONAR CON AMPLIACIÓN DEL ARCO AORTICO + FISTULA SISTEMICO PULMONAR [CONEXIÓN VENTRICULO-PULMONAR][SANO o NORWOOD]	Cirugía para la corrección del ventrículo izquierdo hipoplásico. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2006
1	4	35.8.7.05		CERCLAJE BILATERAL DE ARTERIAS PULMONARES E IMPLANTE DE STENT EN EL DUCTUS [NORWOOD HIBRIDO]	Técnica alternativa para la corrección del ventrículo izquierdo hipoplásico. No existe este procedimiento en la resolución.	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2007
1	4	35.8.7.06		RESECCION ARTERIAL Y LIBERACIÓN DE TEJIDOS VECINOS [CORRECCION DE ANILLO VASCULAR	No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2008
1	4	35.8.8.04		CORRECION DE TRASPOSICION DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR UTILIZANDO UN CONDUCTO PROTESICO [CIRUGIA RASTELLI]	No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2009
1	4	35.8.8.05		CORRECION DE TRASPOSICION DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR SIN UTILIZAR CONDUCTO PROTESICO [REV]	No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2010
1	4	35.8.8.06		CORRECION DE TRASPOSICION DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR SIN CONDUCTO CON TRASLOCACION AORTICA [CIRUGIA DE NIKAIDOH]	No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2011
1	4	35.8.8.07		DOBLE SWITCH (SWITCH ATRIAL [SENNING O MUSTARD] CON SWITCH ARTERIAL [JATENE])	Cirugía para corrección de trasposición corregida de grandes arterias. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2012
1	4	35.8.8.08		SWITCH ATRIAL [MUSTARD O SENNING] CON CORRECION DE TRASPOSICION DE GRANDES	Cirugía para corrección de trasposición corregida de grandes arterias, técnica	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR UTILIZANDO UN CONDUCTO PROTESICO [RASTELLI]	alternativa. No existe este procedimiento en la resolución	Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2013
1	4	35.3.5.03		VENTRICULOSEPTOPLASTIA [KONNO]	Cirugía de ampliación del tracto de salida del ventrículo izquierdo para reemplazo valvular aórtico. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2014
1	4	35.3.5.04		VENTRICULOSEPTOPLASTIALOCALIZADA [KONNO MODIFICADO]	Cirugía de ampliación del tracto de salida del ventrículo izquierdo. No existe este procedimiento en la resolución	
1	4	35.3.5.05		TRASLOCACION PULMONAR CON VENTRICULOSEPTOPLASTIA [CIRUGIA DE ROSS - KONNO]	Corrección de estenosis subvalvular aórtico tuneliforme no asociada a valvulopatía aortica. Existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2015
1	4	36.9.3.01		CORRECCION DE ORIGEN ANOMALO CORONARIO EN ARTERIA PULMONAR MEDIANTE REIMPLANTE CORONARIA	INCLUYE: Origen de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar. NO EXITE ESTE PROCEDIMIENTO EN LA RESOLUCION	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2016
1		36.9.3.02		TUNELIZACION DE LA CORONARIA IZQUIERDA HACIA LA AORTA A TRAVÉS DE LA ARTERIA PULMONAR [TAKEUCHI]	No existe este procedimiento en la resolución	
1	4	36.9.3.03		CORRECCION DE ORIGEN ANOMALO CORONARIO EN ARTERIA PULMONAR MEDIANTE DESINSERCION DE LA CORONARIA IZQUIERDAD DE LA AORTA Y REIMPLANTE EN DIFERENTE LOCALIZACION	INCLUYE: Origen de la arteria coronaria izquierda entre la aorta y la pulmonar. NO EXITE ESTE PROCEDIMIENTO EN LA RESOLUCION	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2017
1	4	35.8.3.09		ANASTOMOSIS AORTO-PULMONAR Y CREACION DE ISTULA SISTEMICO PULMONAR [DAMUS - KAYE - STANSEL]	Cirugía para corrección de ventrículo único con obstrucción subaórtica. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2018

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	35.8.3.10		CORRECCION DEL TUNEL AORTO - VENTRICULAR	Cierre de comunicación entre aorta y ventrículo izquierdo. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2019
1	4	35.9.8.03		OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTEMICO-PULMONARES	Corrección de flujos pulmonares anormales. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2022
1	4	35.9.8.04		UNIFOCALIZACION DE ARTERIAS PULMONARES	Corrección de la atresia pulmonar + CIV + colaterales sistémico-pulmonares. Neoconfluencia arterial con y sin interposición de prótesis. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2023
1	4	35.1.4.03		EXCLUSION VALVULAR TRICUSPIDEA	Cierre con parche de la válvula tricúspide en pacientes con Ebstein neonatal	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2024
1	4	35.1.4.04		ESCISION VALVULAR TRICUSPIDEA	Escisión de la válvula tricúspide en endocarditis	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2025
1	4	35.8.2.11		MARSUPIALIZACION AL PERICARDIO Y COLOCACION DE PARCHE	Técnica para la corrección de estenosis de venas pulmonares. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2026
1	4	35.8.3.09		VALVULOPLASTIA DE VALVULA TRUNCAL	Corrección de truncus arterioso. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2027
1	4	35.8.3.10		REEMPLAZO DE LA VALVULA TRUNCAL POR PROTESIS VALVULAR MECANICA O BIOLOGICA	Técnica para la corrección de estenosis de venas pulmonares. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2028
1	4	35.8.2.12		PLASTIA POR ESTENOSIS DE VENAS SISTÉMICAS	Corrección de síndrome de vena cava superior. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2030
1	4	35.8.2.13		TUNELIZACION DE VENA CAVA IZQUIERDA A LA AURICULA DERECHA	Corrección de vena cava drenando en aurícula izquierda. No existe este procedimiento en la resolución	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2031
1	4	35.9.4.07		REVISION O LIGADURA DE FÍSTULA SISTEMICO PULMONAR	Cirugía para disfunción o corrección total de cardiopatía congénita compleja. No existe este procedimiento en la resolución	
1	4	35.9.8.05		COLOCACION DE STENT VIA ABIERTA PARA ESTENOSIS DE ARTERIA PULMONAR	Colocación de Stent vía abierta para estenosis de arteria pulmonar vía abierta	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 2013. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2032
2	3	36.1.0	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA PARA REVASCULARIZACION MIOCARDICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO Incluye: AQUELLA CON CATETER, PROTESIS (STENT) O INJERTO VENOSO	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA PARA REVASCULARIZACION MIOCARDICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO Incluye: AQUELLA CON CATETER, PROTESIS (STENT)	Se excluye "o injerto venoso" por estar incluido en los nuevos códigos 36.1.2, 36.1.3, 36.1.4	

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	3	36.1.1	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE UNA ARTERIA CORONARIA	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON UN INJERTO ARTERIAL	Procedimiento mejor explicado	
2	3	36.1.1.00	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE UNA ARTERIA CORONARIA SOD	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON UN INJERTO ARTERIAL SOD	Mantener SOD con fines estadísticos	
2	3	36.1.1.01		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y UNA ANASTOMOSIS DISTAL POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1330
1	4	36.1.1.02		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y UNA ANASTOMOSIS DISTAL POR MINI TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1332
1	4	36.1.1.03		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y DOS ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1334
1	4	36.1.1.04		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y DOS ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1336
2	3	36.1.2	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE DOS ARTERIAS CORONARIAS	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACION MICOCARDICA CON UN IJNJERTO ARTERIAL Y UN INJERTO VENOSO	Procedimiento mejor explicado	
2	3	36.1.2.00	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE DOS ARTERIAS CORONARIAS SOD	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACION MICOCARDICA CON UN IJNJERTO ARTERIAL Y UN INJERTO VENOSO SOD	Mantener SOD con fines estadísticos	
1	4	36.1.2.01		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y CON INJERTO DE VENA CON DOS ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	36.1.2.02		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y CON INJERTO DE VENA CON DOS ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1340
1	4	36.1.2.03		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y CON INJERTO DE VENA CON TRES ANASTOMOSIS DISTAL POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1342
1	4	36.1.2.04		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y CON INJERTO DE VENA CON TRES ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1344
1	4	36.1.2.05		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y CON INJERTO DE VENA CON CUATRO O MAS ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1346
1	4	36.1.2.06		REVASCULARIZACION CORONARIA CON UN INJERTO ARTERIAL Y CON INJERTO DE VENA CON CUATRO O MAS ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1348
2	3	36.1.3	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE TRES ARTERIAS CORONARIAS	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACION MICOCARDICA CON DOS INJERTOS ARTERIALES, CON O SIN INJERTO VENOSO	Procedimiento mejor explicado	
2	4	36.1.3.00	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE TRES ARTERIAS CORONARIAS SOD	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACION MICOCARDICA CON DOS INJERTOS ARTERIALES, CON O SIN INJERTO VENOSO SOD	Mantener SOD con fines estadísticos	
1	4	36.1.3.01		REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON 2 INJERTOS ARTERIALES Y CON INJERTO VENOSO CON 3 ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1350
1	4	36.1.3.02		REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON 2 INJERTOS ARTERIALES Y CON INJERTO VENOSO CON 3	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI-TORACOTOMIA		http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1352
1	4	36.1.3.03		REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON 2 INJERTOS ARTERIALES Y CON INJERTO VENOSO CON 4 O MAS ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1354
1	4	36.1.3.04		REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON 2 INJERTOS ARTERIALES Y CON INJERTO VENOSO CON 4 O MAS ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI-ESTERNOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1356
1	4	36.1.3.05		REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON 2 INJERTOS ARTERIALES Y 2 ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		
1	4	36.1.3.06		REVASCULARIZACION MIOCARDICA CON 2 INJERTOS ARTERIALES Y 2 ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	
2	4	36.1.4	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE CUATRO O MAS ARTERIAS CORONARIAS	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZAION MICOCARDICA CON TRES IJNJERTOS ARTERIALES, CON O SIN INJERTO VENOSO	Procedimiento mejor explicado	
2	4	36.1.4.00	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE CUATRO O MAS ARTERIAS CORONARIAS SOD	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZAION MICOCARDICA CON TRES IJNJERTOS ARTERIALES, CON O SIN INJERTO VENOSO SOD	Mantener SOD con fines estadísticos	
1	4	36.1.4.01		REVASCULARIZACION CORONARIA CON 3 INJERTOS ARTERIALES Y 3 ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1358
1	4	36.1.4.02		REVASCULARIZACION CORONARIA CON 3 INJERTOS ARTERIALES Y 3 ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI-TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1360
1	4	36.1.4.03		REVASCULARIZACION CORONARIA CON 3 INJERTOS ARTERIALES Y 4		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010)

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1362
1	4	36.1.4.04		REVASCULARIZACION CORONARIA CON 3 INJERTOS ARTERIALES Y 4 ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI-TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1364
1	4	36.1.4.05		REVASCULARIZACION CORONARIA CON 3 INJERTOS ARTERIALES E INJERTO VENOSO CON 4 O MAS ANASTOMOSIS DISTALES POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1366
1	4	36.1.4.06		REVASCULARIZACION CORONARIA CON 3 INJERTOS ARTERIALES E INJERTO VENOSO CON 4 O MAS ANASTOMOSIS DISTALES POR MINI-TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1368
2	4	36.1.7	ANASTOMOSIS CORONARIA CON SAFENA PARA REVASCULARIZACION CARDIACA DE UNO O MAS VASOS	ANASTOMOSIS CORONARIA CON INJERTOS VENOSOS	Procedimiento mejor explicado	
1	4	36.1.7.00	ANASTOMOSIS CORONARIA CON SAFENA PARA REVASCULARIZACION CARDIACA DE UNO O MAS VASOS SOD	ANASTOMOSIS CORONARIA CON INJERTOS VENOSOS SOD	Mantener SOD con fines estadísticos	
2	4	36.1.7.01	ANASTOMOSIS CORONARIA PARA REVASCULARIZACION CARDIACA DE UNO O MAS VASOS CON VENA SAFENA POR ESTERNOTOMIA O TORACOTOMIA +	REVASCULARIZACION CORONARIA CON INJERTO VENOSO Y 1 ANASTOMOSIS DISTAL POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1370
1	4	36.1.7.02		REVASCULARIZACION CORONARIA CON INJERTO VENOSO Y 1	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				ANASTOMOSIS DISTAL POR MINI-TORACOTOMIA		http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1372
2	4	36.1.7.03	ANASTOMOSIS CORONARIA PARA REVASCULARIZACION CARDIACA DE UNO O MAS VASOS CON VENA SAFENA, POR TORACOSCOPIA	REVASCULARIZACION CORONARIA CON INJERTO VENOSO Y 2 ANASTOMOSIS DISTAL POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1374
1	4	36.1.7.04		REVASCULARIZACION CORONARIA CON INJERTO VENOSO Y 2 ANASTOMOSIS DISTAL POR MINI-TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1376
1	4	36.1.7.05		REVASCULARIZACION CORONARIA CON INJERTO VENOSO Y 2 ANASTOMOSIS DISTAL POR MINI-TORACOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1377
1	4	36.1.7.06		REVASCULARIZACION CORONARIA CON INJERTO VENOSO Y 3 ANASTOMOSIS DISTAL POR MINI-TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1381
1	4	36.1.7.07		REVASCULARIZACION CORONARIA CON INJERTO VENOSO Y 4 O MAS ANASTOMOSIS DISTAL POR ESTERNOTOMIA		European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1382
1	4	36.1.7.08		REVASCULARIZACION CORONARIA CON INJERTO VENOSO Y 4 O MAS ANASTOMOSIS DISTAL POR MINI-TORACOTOMIA	Es una técnica en la cual se evita la apertura del esternón en paciente con alta complejidad y es un técnica mínima invasiva	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1385
1	4	37.2.6.01		BIOPSIA DE PERICARDIO POR VIA MINIMA INVASIVA	En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1386

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	37.1.2.11		PERICARDIOTOMIA POR VIA MINIMA INVASIVA	La ventana pericárdica es cada vez más frecuente para el diagnóstico de patologías pericárdicas que no requieren de esternotomía completa. En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1387
1	4	37.3.1.04		ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO POR VIA MINIMA INVASIVA	En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	European Journal of Cardio-thoracic Surgery 38, S1 (2010) S1 S52 http://circ.ahajournals.org/content/119/9/1388
1	4	37.3.3.04		ESCISION DE LESION O TEJIDO DE CORAZON POR VIA MINIMA INVASIVA	En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	European Heart Journal (2010) 31, 2369–2429 doi:10.1093/eurheartj/ehq278
1	4	37.3.3.05		ESCISION DE TUMOR DEL CORAZON POR VIA MINIMA INVASIVA	En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	European Heart Journal (2010) 31, 2369–2429 doi:10.1093/eurheartj/ehq278
1	4	37.3.3.06		RESECCION ABIERTA POR VIA MINIMA INVASIVA DE HACES ANOMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCION	En la última década se demostró que el abordaje mínimo invasivo disminuye estancia hospitalaria, costo y favorece una menor incapacidad con menor costo al sistema de salud. La técnica requiere un mayor entrenamiento de los profesionales e inversión hospitalaria.	European Heart Journal (2010) 31, 2369–2429 doi:10.1093/eurheartj/ehq278
2	3	37.6.5	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA PULSÁTIL	IMPLANTE DE UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO/INTERNO TEMPORAL	Los dispositivos pueden ser pulsátiles con de flujo continuo. En Colombia se disponen ya de estos dispositivos siendo ampliamente	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
			EXTERNO (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON)	(DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON)	utilizados en unidades de cuidado intensivo, falla cardiaca y trasplante cardiaco.	Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
2	2	37.6.5.00	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA PULSÁTIL EXTERNO (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) SOD +	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO/INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) SOD +	Los dispositivos pueden ser pulsátiles o de flujo continuo. En Colombia se disponen ya de estos dispositivos siendo ampliamente utilizados en unidades de cuidado intensivo, falla cardiaca y trasplante cardiaco.	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	37.6.5.01		IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO/INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) UNIVENTRICULAR	El sistema de asistencia cardiaca puede ser izquierdo o derecho	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	37.6.5.02		IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO/INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) BI-VENTRICULAR	Implante de dos sistemas de asistencia cardiaca izquierdo y derecho simultáneamente	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
2	3	37.6.6	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA PULSÁTIL, IMPLANTABLE (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZON E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO)	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZON E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO)	Los dispositivos pueden ser pulsátiles o de flujo continuo. En Colombia se disponen ya de estos dispositivos siendo ampliamente utilizados en unidades de cuidado intensivo, falla cardiaca y trasplante cardiaco.	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
2	4	37.6.6.00	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA PULSATIL, IMPLANTABLE	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZON E	Los dispositivos pueden ser pulsátiles o de flujo continuo. En Colombia se disponen ya de estos dispositivos siendo ampliamente	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
			(DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZON E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) SOD+	IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) SOD+	utilizados en unidades de cuidado intensivo, falla cardiaca y trasplante cardiaco.	http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	37.6.6.01		IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZON E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) UNIVENTRICULAR	El sistema de asistencia cardiaca puede ser izquierdo o derecho	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	37.6.6.02		IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZON E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) BIVENTRICULAR	Implante de dos sistemas de asistencia cardiaca)izquierdo y derecho simultáneamente	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	38.3.4.06		RECONSTRUCCION DE LA AORTA TORACO-ABDOMINAL	Incluye: DISECCIÓN Y ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL. El tratamiento quirúrgico de la aorta se puede realizar según el compromiso que tiene cada uno de sus componentes anatómicos. En este caso se requiere de un reemplazo de la aorta descendente y de toda o parte de la aorta abdominal.	Ann Thorac Surg 2008;85:S1–41
1	4	38.3.4.07		RECONSTRUCCION DEL CAYADO AORTICO (CON O SIN TROMPA DE ELEFANTE)	Incluye: DISECCION O ANUERISMA DEL ARCO AORTICO CON DILATACION O NO DE LA AORTA DESCENDENTE El tratamiento quirúrgico de la aorta se puede realizar según el compromiso que tiene cada uno de sus componentes anatómicos. En este caso se requiere reemplazar solo la porción del arco (cayado) aórtico dejando o no una prolongación del injerto en la aorta descendente.	Ann Thorac Surg 2008;85:S1–41
1	4	39.6.5.01		CANULACION PERIFERICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACIÓN DE MEMBRANA CONTINUA EXTRACORPÓREA (ECMO)	En los casos de shock cardiogénico post parada cardiaca o cardiopatía isquémica, compromiso severo pero reversible del pulmón (falla respiratoria), falla de injerto pulmonar o cardiaco post-trasplante, se necesitan dispositivos de oxigenación continua	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					extracorpórea. Sin la utilización de los mismos la mortalidad es casi del 100%. Su implante se realiza por punción o disección de vasos periféricos.	
1	4	39.6.5.02		CANULACION CENTRAL PARA SOPORTE VITAL EXTRACORPOREO	En los casos de shock cardiogénico post parada cardiaca o cardiopatía isquémica, compromiso severo pero reversible del pulmón (falla respiratoria), falla de injerto pulmonar o cardiaco post-trasplante, se necesitan dispositivos de oxigenación continua extracorpórea. Sin la utilización de los mismos la mortalidad es casi del 100%. Su implante se realiza por acceso directo de las cavidades cardiacas (esternotomía o toracotomía).	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	39.6.5.03		REACOMODACION, RECANULACION PARA DISPOSTIVO DE OXIGENACIÓN DE MEMBRANA CONTINUA EXTRACORPÓREA (ECMO)	El implante de las cánulas para los dispositivos de asistencia cardiaca (ECMO y ventriculares o cardiacas) requieren de frecuentes cambios y reacomodaciones. Estos cambios pueden ser de vía periférica a central o vice-versa. Los centrales requieren ocasionalmente re intervención para cambiar la cánula o modificar su posición para el óptimo funcionamiento.	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	39.6.5.04		COLOCACION DE CATETER CENTRAL POR MEDIASTINOTOMIA EN AURICULA DERECHA	En pacientes a quienes no se les puede colocar la línea percutáneamente, se les debe hacer el procedimiento por mediastinotomía, durante el procedimiento quirúrgico correctivo de cardiopatías	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	39.6.5.05		COLOCACION DE LINEA DE MONITORIZACION DE PRESIONES DE CAVIDADES IZQUIERDAS	INCLUYE: PARA MONITORIZACION DE LA FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA En pacientes a quienes no se les puede colocar la línea percutáneamente, se les debe hacer el procedimiento por mediastinotomía, durante el procedimiento quirúrgico correctivo de cardiopatías	European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104 Circulation 2012; 126:2648-2667 http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/1/e1.full
1	4	35.2.6.02		REEMPLAZO VALVULAR AORTICO TRANSCATETER [TAVI] PERIFERICO	Desde hace 5 años se han aceptado por las sociedades europeas y americanas de cardiología el implante de válvulas aorticas por vías independientes a la esternotomía con circulación extracorpórea. Las vías pueden ser	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					periférica (femoral, axilar), central (esternotomía parcial) o transapical (transtorácica)	doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e82
1	4	35.2.6.03		REEMPLAZO VALVULAR AORTICO TRANSCATETER [TAVI] TORACICO	Desde hace 5 años se han aceptado por las sociedades europeas y americanas de cardiología el implante de válvulas aorticas por vías independientes a la esternotomía con circulación extracorpórea. Las vías pueden ser periférica (femoral, axilar), central (esternotomía parcial) o transapical (transtorácica)	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs109 http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/5/e83
2	4	35.3.9.01	COLOCACION DE PARCHE U HOMOINJERTO SUPRAVALVULAR	COLOCACION DE PARCHE U HOMOINJERTO SUPRAVALVULAR.	INCLUYE: AQUELLA POR ESTENOSIS ENTRE OTRAS CAUSAS Para corregir los tractos de entrada o salida de los ventrículos se requiere no solo el reemplazo o plastia valvular sino liberar el paso de sangre a través de los ventrículos	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/valvular-heart-disease.aspx
1	4	35.9.4.06		ANASTOMOSIS CAVO-PULMONAR BILATERAL,	PARA PACIENTES CON DOBLE VENA CAVA SUPERIOR (GLENN BILATERAL) Este procedimiento quirúrgico mejora la supervivencia y la calidad de vida del paciente, evitando la mortalidad y mejorando su capacidad funcional.	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 1993. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2003
1	4	35.9.8.01		CORRECCION DEL ORIGEN ANORMAL DE LA ARTERIA PULMONAR EN LA AORTA	SECCION DE LA ARTERIA PULMONAR CON ANASTOMOSIS AL TRONCO PULMONAR. Este procedimiento quirúrgico mejora la supervivencia y la calidad de vida del paciente, evitando la mortalidad y mejorando su capacidad funcional.	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 1993. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2003
1	4	35.9.8.02		SECCION Y LIBERACION DE LA RAMA PULMONAR CON REIMPLANTE EN EL TRONCO PULMONAR.	CORRECCION DE CINCHA PULMONAR. Este procedimiento quirúrgico mejora la supervivencia y la calidad de vida del paciente, evitando la mortalidad y mejorando su capacidad funcional.	Mavroudis C, Backer C. Pediatric Cardiac Surgery.2003. Kirklin J, Barratt-Boyes B. Cardiac Surgery. 1993. Diaz G, Sandoval N, Vélez J, Carrillo G. Cardiología Pediátrica. 2003
3	3	36.1.5		ANASTOMOSIS SIMPLE O SECUENCIAL DE ARTERIA MAMARIA INTERNA-ARTERIA CORONARIA		
3	4	36.1.5.01		ANASTOMOSIS SIMPLE O SECUENCIAL DE ARTERIA MAMARIA,ARTERIA		

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				CORONARIA, POR ESTERNOTOMIA O TORACOTOMIA +		
3	4	36.1.5.05		ANASTOMOSIS SIMPLE O SECUENCIAL DE ARTERIA MAMARIAARTERIA CORONARIA, POR TORACOSCOPIA		
1	3	36.2	REVASCULARIZACION CARDIACA POR IMPLANTACION ARTERIAL Excluye: ARTERIA MAMARIA INTERNA (36.1.5) Y VENA SAFENA (36.1.7) Simultáneo: TOMA DE INJERTO ARTERIAL (38.6.1)	REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR TÉCNICA ROBÓTICA	Es una técnica nueva que responde al desarrollo tecnológico y clínico que aumenta la calidad de la prestación del servicio.	
3	3	36.2.1		REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR IMPLANTACION DE ARTERIA RADIAL		
3	4	36.2.1.00		REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR IMPLANTACION DE ARTERIA RADIAL SOD		
3	3	36.2.2		REVASCULARIZACION CARDIACA POR IMPLANTACION DE ARTERIA GASTROEPIPLOICA		
3	4	36.2.2.00		REVASCULARIZACION CARDIACA POR IMPLANTACION DE ARTERIA GASTROEPIPLOICA SOD		
3	4	88.1.2.31		ECOCARDIOGRAMA MODO M		-
3	4	88.1.2.32		ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL		-
3	4	88.1.2.33		ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER		-
1	4	88.1.2.31	SE TOMO EL CODIGO DE EXCLUSION	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER TRASTORÁCICA DE VALVULAS CONTINUA DE ESTRESS CON EJERCICIO	INCLUYE: PARA ESTUDIO DE VALVULOPATÍAS, Prueba de alta sensibilidad y especificidad que permite la toma adecuada de decisiones en forma más precisa en los pacientes con valvulopatía.	
1	4	88.1.2.32	SE TOMO EL CODIGO DE EXCLUSION	ECOCARDIOGRAFÍA TRASTORÁCICA DE VALVULAS CONTINUA CON PRUEBA FARMACOLÓGICA DE STRESS	INCLUYE: PARA ESTUDIO DE VALVULOPATÍAS, Prueba de alta sensibilidad y especificidad que permite la toma adecuada de decisiones en forma más precisa en los pacientes con	

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					valvulopatía, en pacientes impedidos para realizar pruebas físicas.	
1	4	88.1.2.33	SE TOMO EL CODIGO DE EXCLUSION	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER TRASTORÁCICA DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS PRE Y POST , XX DISPOSITIVOS DE RESINCRONIZACION	INCLUYE: EN ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE RESINCRONIZACIÓN Procedimiento de alto valor para la escogencia y seguimiento de pacientes que se benefician del procedimiento de resincronización cardiaca.	http://www.asefiles.org/Dyssynchrony.pdf
2	4	88.1.2.34	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER COLOR TRASTORACICO DEL CORAZÓN Y DE LOS VASOS INTRATORÁCICOS	Es una nomenclatura menos técnica que describe mejor el procedimiento y de más fácil manejo y entendimiento por parte de todo el gremio médico. Técnica que consiste en.... Complementar	
2	4	88.1.2.35	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS POR VIA ESOFÁGICA	Es una nomenclatura menos técnica que describe mejor el procedimiento y de más fácil manejo y entendimiento por parte de todo el gremio médico. Técnica que consiste en.... Complementar	
2	4	88.1.2.36	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	ECOCARDIOGRAFÍA TRASTORÁCICA CONTINUA CON PRUEBA FARMACOLÓGICA DE STRESS	INCLUYE: PARA EL ESTUDIO DE LA VIABILIDAD Y/O DE LA ISQUEMIA MIOCARDICA, PRUEBA DE ESFUERZO, Prueba de alta sensibilidad y especificidad para la detección de isquemia y estudio de viabilidad miocárdica.	http://www.asefiles.org/stress2007.pdf
2	4	88.1.2.37	ECOCARDIOGRAMA DE CONTRASTE (EN CORTOCIRCUITOS) §	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS POR VIA TRASTORÁCICA	Incluye: CON INYECCIÓN INTRAVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE, ULTRASÓNICO QUE NO CRUZA EL PULMÓN. Es un procedimiento que permite la detección de cortocircuitos intra y extra cardiacos.	http://www.asecho.org/files/public/ContrastConsensusStatement.pdf
1	4	88.1.2.38		ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS POR VIA ESOFÁGICA	INCLUYE: INYECCIÓN INTRAVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE, ULTRASÓNICO QUE NO CRUZA EL PULMÓN. un procedimiento que permite la detección de cortocircuitos intra y extra cardiacos, ubicando en forma precisa el defecto en caso de que exista	http://www.asecho.org/files/public/ContrastConsensusStatement.pdf
1	4	88.1.2.39		ECOCARDIOGRAFÍA TRASTORÁCICA CONTINUA DE STRESS CON EJERCICIO	INCLUYE: PARA EL ESTUDIO DE LA VIABILIDAD Y/O DE LA ISQUEMIA MIOCARDICA, PRUEBA DE ESFUERZO, Prueba de alta sensibilidad y especificidad para la detección de isquemia y estudio de viabilidad miocárdica.	http://www.asefiles.org/stress2007.pdf
1	4	88.1.2.40	SE REUBICÓ EL CÓDIGO 88.12.40 PARA ESTA INCLUSIÓN	ECOCARDIOGRAFIA TRASTORÁCICA TRIDIMENSIONAL DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS	La técnica 3D permite mayor precisión en la evaluación global del corazón y de las arterias intratorácicas. Indicaciones clínicas	http://www.asecho.org/files/3D.pdf

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	88.12.41		ECOCARDIOGRAFIATRIDIMENSIONAL DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS POR VÍA ESOFÁGICA	La técnica 3D permite mayor precisión en la evaluación global del corazón y de las arterias intratorácicas con el beneficio de la técnica trasesofágica	http://www.asecho.org/files/3D.pdf
1	4	88.12.42		ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER DE CORAZON Y VASOS INTRATORACICOS POR VÍA ESOFÁGICA (QUIRURGICO O PERCUTANEO)	INCLUYE: EN SALAS DE CIRUGÍA Y/O HEMODINAMIA EN LA ASISTENCIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y/O PERCUTÁNEOS Procedimiento indispensable en la evaluación de las intervenciones quirúrgicas y percutáneas del corazón y de los vasos intratorácicos.	http://www.asecho.org/files/EGI.pdf
2	4	88.1.2.40	88.1.2.40	88.1.2.91 ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA +	Se modifica el código 88.1.2.40 por pertenecer al grupo de ultrasonido y se reubica en el 88.1.2.91	
1	4	88,1,2,4,3		ECOCARDIOGRAFIA CONTINUA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS CON PRUEBA DE STRESS CON EJERCICIO.	INCLUYE: PARA EL ESTUDIO DE LA VIABILIDAD Y/O DE LA ISQUEMIA MIOCARDICA, PRUEBA DE ESFUERZO, Prueba de alta sensibilidad y especificidad para la detección de isquemia y estudio de viabilidad miocárdica.	http://www.asefiles.org/stress2007.pdf

Fuente: Sociedad Colombiana de Cirugía Cardiovascular

Anexo 9 Ficha Técnica de Rehabilitación Cardíaca

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
3	4	88.1.2.31		ECOCARDIOGRAMA MODO M	
3	4	88.1.2.32		ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL	
3	4	88.1.2.33		ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER	
1	4	88.1.2.31	SE TOMO EL CODIGO DE EXCLUSION	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER TRASTORÁCICA DE VALVULAS CONTINUA DE ESTRESS CON EJERCICIO	INCLUYE: PARA ESTUDIO DE VALVULOPATÍAS, Prueba de alta sensibilidad y especificidad que permite la toma adecuada de decisiones en forma más precisa en los pacientes con valvulopatía.
1	4	88.1.2.32	SE TOMO EL CODIGO DE EXCLUSION	ECOCARDIOGRAFÍA TRASTORÁCICA DE VALVULAS CONTINUA CON PRUEBA FARMACOLÓGICA DE STRESS	INCLUYE: PARA ESTUDIO DE VALVULOPATÍAS, Prueba de alta sensibilidad y especificidad que permite la toma adecuada de decisiones en forma más precisa en los pacientes con valvulopatía, en pacientes impedidos para realizar pruebas físicas.
1	4	88.1.2.33	SE TOMO EL CODIGO DE EXCLUSION	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER TRASTORÁCICA DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS PRE Y POST , XX DISPOSITIVOS DE RESINCRONIZACION	INCLUYE: EN ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE RESINCRONIZACIÓN Procedimiento de alto valor para la escogencia y seguimiento de pacientes que se benefician del procedimiento de resincronización cardiaca.
2	4	88.1.2.34	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER COLOR TRASTORACICO DEL CORAZÓN Y DE LOS VASOS INTRATORÁCICOS	Es una nomenclatura menos técnica que describe mejor el procedimiento y de más fácil manejo y entendimiento por parte de todo el gremio médico. Técnica que consiste en.... Complementar
2	4	88.1.2.35	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS POR VIA ESOFÁGICA	Es una nomenclatura menos técnica que describe mejor el procedimiento y de más fácil manejo y entendimiento por parte de todo el gremio médico. Técnica que consiste en.... Complementar
2	4	88.1.2.36	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	ECOCARDIOGRAFÍA TRASTORÁCICA CONTINUA CON PRUEBA FARMACOLÓGICA DE STRESS	INCLUYE: PARA EL ESTUDIO DE LA VIABILIDAD Y/O DE LA ISQUEMIA MIOCARDICA, PRUEBA DE ESFUERZO, Prueba de alta sensibilidad y especificidad para la detección de isquemia y estudio de viabilidad miocárdica.
2	4	88.1.2.37	ECOCARDIOGRAMA DE CONTRASTE (EN CORTOCIRCUITOS) §	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS POR VIA TRASTORÁCICA	Incluye: CON INYECCIÓN INTRAVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE, ULTRASÓNICO QUE NO CRUZA EL PULMÓN. Es un procedimiento que permite la detección de cortocircuitos intra y extra cardiacos.
1	4	88.1.2.38		ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS POR VIA ESOFÁGICA	INCLUYE: INYECCIÓN INTRAVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE, ULTRASÓNICO QUE NO CRUZA EL PULMÓN. un procedimiento que permite la detección de cortocircuitos intra y extra cardiacos, ubicando en forma precisa el defecto en caso de que exista
1	4	88.1.2.39		ECOCARDIOGRAFÍA TRASTORÁCICA CONTINUA DE STRESS CON EJERCICIO	INCLUYE: PARA EL ESTUDIO DE LA VIABILIDAD Y/O DE LA ISQUEMIA MIOCARDICA, PRUEBA DE ESFUERZO, Prueba de alta sensibilidad y especificidad para la detección de isquemia y estudio de viabilidad miocárdica.

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
1	4	88.1.2.40	SE REUBICÓ EL CÓDIGO 88.12.40 PARA ESTA INCLUSIÓN	ECOCARDIOGRAFIA TRASTORÁCICA TRIDIMENSIONAL DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS	La técnica 3D permite mayor precisión en la evaluación global del corazón y de las arterias intratorácicas. Indicaciones clínicas
1	4	88.12.41		ECOCARDIOGRAFIATRIDIMENSIONAL DEL CORAZÓN Y VASOS INTRATORÁCICOS POR VÍA ESOFÁGICA	La técnica 3D permite mayor precisión en la evaluación global del corazón y de las arterias intratorácicas con el beneficio de la técnica trasesofágica
1	4	88.12.42		ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER DE CORAZON Y VASOS INTRATORACICOS POR VÍA ESOFÁGICA (QUIRURGICO O PERCUTANEO)	INCLUYE: EN SALAS DE CIRUGÍA Y/O HEMODINAMIA EN LA ASISTENCIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y/O PERCUTÁNEOS Procedimiento indispensable en la evaluación de las intervenciones quirúrgicas y percutáneas del corazón y de los vasos intratorácicos.
2	4	88.1.2.40	88.1.2.40	88.1.2.91 ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA +	Se modifica el código 88.1.2.40 por pertenecer al grupo de ultrasonido y se reubica en el 88.1.2.91
1	4	88,1,2,4,3		ECOCARDIOGRAFIA CONTINUA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS CON PRUEBA DE STRESS CON EJERCICIO.	INCLUYE: PARA EL ESTUDIO DE LA VIABILIDAD Y/O DE LA ISQUEMIA MIOCARDICA, PRUEBA DE ESFUERZO, Prueba de alta sensibilidad y especificidad para la detección de isquemia y estudio de viabilidad miocárdica.

Fuente: Sociedad Colombiana de Cirugía Cardiovascular Rehabilitación Cardíaca

Anexo 10 Ficha Técnica de Actualización Electrofisiología

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	3	37.2.1	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON Incluye: EVALUACION DE LA FUNCION SINUSAL, CONDUCCION AURICULOVENTRICULAR Y LA ESTIMULACION ATRIALO VENTRICULAR	ESTIMULACION ELECTROFISIOLOGICA CARDIACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO	El termino clínico de uso más frecuente de esta actividad es el propuesto adicionalmente se busca simplificar el nombre del código anterior	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
3	4	37.2.1.01	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO INTRACARDIACO [ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO CONVENCIONAL] +		La categoría anterior contiene este actividad y no se necesita un código más especifico	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
3	4	37.2.3.01	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON CON ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO		Esta actividad quedo incluida en el código nuevo propuesto	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2		37.2.4.01	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON CON ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO			
2	3	37.2.5	ESTIMULACION ELECTROFISIOLOGICA CARDIACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO	ESTUDIOS DE ESTIMULACION Y REGISTRO ELECTRICO DEL CORAZON POR VIA PERCUTANEA Incluye: Estudio del automatismo, de la conducción eléctrica del corazón y estimulación de estructuras cardiacas para la inducción de arritmias	Se cambia la nomenclatura previa por una que define de forma precisa y simple la naturaleza de este grupo de intervenciones. El estudio electrofisiológico comprende el registro de la actividad eléctrica cardiaca para evaluación de la generación de impulsos eléctricos en el corazón (evaluación del automatismo cardiaco o función del nodo sinusal) así como la valoración de las velocidades de conducción en las diferentes estructuras cardiacas pero particularmente del sistema de conducción (sistema His purkinje, intervalo HV). De igual forma con el estudio electrofisiológico se determina la inducibilidad de ritmos cardiacos anormales mediante la estimulación de las diferentes cámaras del corazón y en ocasiones de estructuras vasculares. El estudio electrofisiológico puede comprender solo las cavidades derechas del corazón o involucrar las cavidades derechas o izquierdas. La posibilidad de inducibilidad de una taquicardia depende proporcionalmente de la distancia entre el sitio de estimulación y la localización del foco arritmogénico, de esta manera	http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118399613

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					frecuente y de crucial importancia poder estimular desde diferentes cámaras o incluso localizaciones del corazón (endocardio vs epicardio) para poder inducir o evaluar los mecanismos arritmogénicos.	
3		37.2.5.00		ESTUDIOS DE ESTIMULACION Y REGISTRO ELECTRICO DEL CORAZON POR VIA PERCUTANEA SOD Incluye: Estudio del automatismo, de la conducción eléctrica del corazón y estimulación de estructuras cardiacas para la inducción de arritmias	Revisar concepto de incluye para aplicación del estándar	-
1	4	37.2.5.01		ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO DERECHO, VIA PERCUTANEA	En este procedimiento por cateterismo únicamente de las cavidades derechas, se realiza evaluación de la función del nodo sinusal, de la conducción aurículo ventricular y la estimulación de la aurícula derecha o ventrículo derecho para la inducibilidad inicial de una arritmia o taquicardia o para la comprobación posterior a la ablación de la no inducibilidad por éxito de la misma. Este código está reemplazando y modificando al 37.2.1.01	http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118399613
1	4	37.2.5.02		ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO DERECHO E IZQUIERDO, VIA PERCUTANEA	En este procedimiento adicionalmente a lo descrito para el estudio electrofisiológico derecho, se realiza cateterismo de estructuras cardiacas de localización izquierda como lo son la aurícula y ventrículo izquierdo, la aorta o el seno coronario para la evaluación o inducibilidad de arritmias cardíacas. Esta es la modalidad de estudio electrofisiológico que se requiere en la gran mayoría de pacientes que requieren ablación por la necesidad de descartar focos arritmogénicos de localización izquierda al momento de realizar el mapeo. Modificación del código 37.2.3.01	http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118399613
1	4	37.2.5.03		ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO DERECHO E IZQUIERDO POR PUNCION TRANSEPTAL VIA PERCUTANEA	El presente código se crea en reemplazo del 37.2.4.01 ajustando nomenclatura a uso clínico y agrupando el procedimiento en donde corresponde	-

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	37.2.5.04		ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO, VIA PERCUTANEA	En este procedimiento se realizan las maniobras de estimulación para inducción o evaluación de los mecanismos arritmogénicos desde la superficie epicárdica. Es de uso común en procedimientos de mapeo y ablación de pacientes con taquicardia ventricular con cardiopatía estructural particularmente pacientes con enfermedad de Chagas o miocardiopatía dilatada idiopática, aunque en un 30% de los pacientes con enfermedad coronaria también es necesario. Así mismo tiene indicación en pacientes con ablación endocárdica de arritmias auriculares o ventriculares que han sido refractarios por vía endocárdica o en quienes las características electrocardiográficas de las arritmias sugieren localización epicárdica. Modificación de la nomenclatura y reasignación código 37.2.5.01	http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118399613
1	4	37.2.5.05		ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO POR TORACTOMÍA	Este procedimiento implica el acceso al espacio pericárdico mediante tórax abierto y pericardiectomía. Se realiza en procedimientos fallidos por vía percutánea o en los cuales se prevé dificultad en el acceso pericárdico por antecedente de intervenciones previas percutáneas o abiertas del corazón o en pacientes con presencia de bridas por inflamación pericárdica como es el caso de enfermedad de Chagas y pericarditis viral.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15337702
3	4	37.2.5.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO TRANS ESOFAGICO +		Este código es obsoleto y hace varios años no se realiza en la práctica clínica	-
3	4	37.2.5.02	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO PERCUTANEO [EPICARDICO] §		Este código cambia de nombre por Estudio Electrofisiológico Cardiaco y pasa a ser el código 37.2.5.03	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
1	3	37.2.8		MAPEO ELECTRICO Y ANATOMICO DEL CORAZON Y ESTRUCTURAS VASCULARES. Simultáneo: cuando se realice con ABLACION PERCUTANEA DE TEJIDO CARDIACO (XXXX)	El mapeo eléctrico de una cámara, porción de tejido cardiaco, o estructura vascular venosa o arterial, es el procedimiento mediante el cual se identifican las áreas o focos que son determinantes en la producción (gatillo) o perpetuación de las arritmias cardíacas. Aunque en los inicios de la electrofisiología solo existía el mapeo endocárdica mediante	-

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					amplificación de señales eléctricas cardiacas (registro de electrogramas intracavitarios) por un polígrafo, en la actualidad existen diferentes modalidades de mapeo dependiendo del tipo o mecanismo de la taquicardia o arritmia, de la presencia o no de enfermedad estructural cardiaca, de su localización y relación a las estructuras cardiacas (endocardio, mesocardio, epicardio o estructuras valvulares) o su relación con estructuras vasculares (las extensiones o uniones del miocardio con las estructuras vasculares, ya sean estas arteriales o venosas, son fuente frecuente de gatillo o focos de automatismo en diversas arritmias auriculares y ventriculares). El mapeo es una parte una técnica diagnóstica para localizar un mecanismo de generación o perpetuación de arritmia pero con las nuevas tecnologías se ha convertido de manera importante en una ayuda imagenológica para el tratamiento de arritmias en localizaciones críticas (así sean estas en corazón normal) o de complejos mecanismos de generación y perpetuación de arritmias en pacientes con cardiopatía estructural	
1	4	37.2.8.00		MAPEO ELECTRICO Y ANATOMICO DEL CORAZON Y ESTRUCTURAS VASCULARES SOD		-
1	4	37.2.8.01		MAPEO ELECTROANATOMICO CONVENCIONAL	Este código representa la forma básica o convencional de evaluación de una cámara o estructura vascular que es realizada bajo visión fluoroscópica y mediante evaluación de características morfológicas y de momento de activación de los electrogramas o registros intracardiacos. En sí es un procedimiento diagnóstico pero con un fuerte componente de apoyo terapéutico pues mediante este se define la o las zonas de aplicación de radiofrecuencia. Sin embargo no siempre el mapeo de una estructura cardíaca conduce en	

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					esta a realizar aplicaciones de radiofrecuencia que es en sí el acto de ablactar o cauterizar un tejido o lesión miocárdica. Frecuentemente es una de las partes de la intervención de arritmias cardíacas que toma la mayor parte del tiempo operatorio. Estos motivos hacen necesario que este procedimiento deba ser desagregado del código de ablación como lo era en los manuales iniciales pues aunque con frecuencia son procedimientos simultáneos no siempre coexisten y son independientes en su finalidad, técnica y duración. Adicionalmente existen en la actualidad diferentes tipos de mapeo que se mencionan a continuación.	
1	4	37.2.8.02		MAPEO CON SISTEMA TRIDIMENSIONAL	Los sistemas de mapeo tridimensional son aplicaciones tecnológicas de imágenes que permiten la reconstrucción tridimensional de cualquier cámara o estructura vascular sin necesidad o mínima exposición a radiaciones ionizantes. Su utilidad es diagnóstica pero más importante y frecuentemente es un procedimiento de apoyo terapéutico que constituye uno de los principales avances en las aplicaciones de tecnología a la medicina y permite la aproximación de casos fallidos o complejos de arritmias auriculares o ventriculares que no eran abordables o su eficacia/seguridad era muy inferior con el mapeo electroanatómico convencional. Estos sistemas ofrecen detalle anatómico muy superior a la fluoroscopia y permiten la creación de diferentes tipos de mapas del corazón y estructuras vasculares a saber: a. mapas anatómicos: son reconstrucciones tridimensionales de las cavidades cardiacas y estructuras vasculares con precisión de 1 mm. b. mapas de voltaje: son mapas que incorporan mediante una escala de colores en el mapa anatómico la información de los rangos de voltaje del tejido cardíaco lo cual permite diferenciar el tejido sano de zonas	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379531/

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					anormales o cicatrices, c. mapas de tiempo de activación local: en este caso la información incorporada en el mapa anatómico es la información del tiempo específico de activación de un foco, región o estructura cardíaca o vascular en relación a una referencia de tal forma que también en una escala de colores se puede definir qué parte del circuito de una arritmia se activa más temprano o tardío. d. Mapas de propagación, son similares al anterior pero en este mapa se presenta la información dinámica de desplazamiento del impulso eléctrico en una taquicardia en particular. Este procedimiento es mandatorio para todos los casos de pacientes con aislamiento de venas pulmonares y modulación de substrato arrítmico, procedimientos que no se pueden realizar sin este tipo de tecnología. Sin embargo su uso es también frecuente en casos de focos ectópicos que son difícilmente abordables por técnica convencional por su localización o su relación con estructuras cardíacas delicadas o complejas. Este código aplicaría en particular para la realización de ablación de focos únicos auriculares o ventriculares o cualquier tipo de taquicardia convencional que haya sido fallida por técnica convencional o que por su relación con estructuras anatómicas incremente su seguridad y eficacia como es el caso de focos cercanos al sistema de conducción o localizados en los tractos de salida, músculos papilares, entre otros. Esta técnica también es el estándar para la realización de ablaciones en población pediátrica dada su baja exposición a radiaciones ionizantes.	
1		37.2.8.10		MAPEO EPICARDICO, VIA PERCUTÁNEA	El mapeo eléctrico se puede realizar en la superficie endocárdica del corazón caso en el cual la vía de acceso es vascular percutánea y en ocasiones por punción transeptal, pero cada vez con más frecuencia, especialmente en	

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					arritmias complejas, es necesario acceder el espacio pericárdico mediante punción percutánea subxifoidea como es el caso de este código y en otras ocasiones mediante cirugía abierta del tórax y pericardio.	
1		37.2.8.11		MAPEO EPICARDICO POR TORACTOMIA	El igual en que el estudio electrofisiológico epicárdica quirúrgico, este procedimiento implica el acceso a tórax abierto. Se realiza en procedimientos fallidos por vía percutánea o en los cuales se prevé dificultad en el acceso pericárdico por antecedente de intervenciones previas percutáneas o abiertas del corazón o en pacientes con presencia de bridas por inflamación pericárdica como es el caso de enfermedad de Chagas y pericarditis viral.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15337702
2	2	37.3	PERICARDIECTOMIA Y ESCISION DE LESION DE CORAZON	INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN CORAZON Y PERICARDIO	El subgrupo está inadecuadamente denominado dado que contiene una gran cantidad de procedimientos que no se circunscriben a la apertura del pericardio y escisión de lesiones del corazón. La nomenclatura propuesta para el subgrupo es consistente con los contenidos que propone	-
2		37.3.3	ESCISION DE LESION O TEJIDO DEL CORAZON + Incluye: MAPEO TRANSOPERATORIO INTRACORONARIO EN MANEJO DE ARRITMIAS CARDIACAS, [CIRUGIA DE MAZE]; FIBRILACION AURICULAR			
2		37.3.3.02	RESECCION ABIERTA DE HACES ANOMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCION			
2	4	37.3.3.04	ABLACION CON CATETER DE LESION O TEJIDO DEL CORAZON, POR CRIOCIRUGIA O ELECTROCOAGULACION +	ABLACION QUIRURGICA DE TEJIDO CARDIACO Incluye: criocirugía y electrocoagulación.	Se simplifica y especifica el código reubicándolo en el grupo de intervenciones quirúrgicas respetando el criterio anatómico de la clasificación.	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	3	37.3.4	ABLACION CON CATETER DE LESION O TEJIDO DEL CORAZON+ Incluye: MAPEO PARA LOCALIZACION DE FOCO ARRITMOGENICO POR VIA	ABLACION PERCUTANEA DE TEJIDO CARDIACO	Este código involucra un amplio y disímil tipo de procedimientos por lo que se simplifica y especifica adaptando la nomenclatura al uso clínico. Las demás actividades mencionadas son procedimientos independientes que se	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
			ENDOVASCULAR (CATETERISMO); EN MANEJO DE ARRITMIAS CARDIACAS, FIBRILACION AURICULAR ENTRE OTRAS CAUSAS		especifican en códigos independientes como es el caso de mapeo y la ablación de arritmias complejas como fibrilación auricular (ver código de aislamiento eléctrico de venas pulmonares). Una vez se ha realizado el estudio electrofisiológico para inducibilidad de la taquicardia y se ha realizado el mapeo detallado de la actividad y conducción del impulso eléctrico de las estructuras cardiacas relevantes, se procede a producir lesión en el tejido responsable mediante diferentes tecnologías que se describen a continuación. En los inicios de la ablación cardiaca se emplearon descargas de corriente directa mediante catéter endovascular pero su lesión no era fácilmente controlable por lo cual se dio paso a la ablación con energía de radiofrecuencia la cual ha evolucionado a su vez a catéteres con sistema de irrigación que producen una lesión mayor y es especialmente útil en corazones con cicatrices y tejidos con calcificación. En la actualidad existen también otras fuentes de energía para lesión del corazón que próximamente se encontraran en el medio colombiano como la crioablación y el láser.	
2	4	37.3.4.00	ABLACION CON CATETER DE LESION O TEJIDO DEL CORAZON SOD+	ABLACION PERCUTANEA DE TEJIDO CARDIACO SOD		http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	4	37.3.4.01	ABLACION CON CATETER DE LESION O TEJIDO DEL CORAZON POR RADIOFRECUENCIA + Incluye: LA REALIZACION DEL CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON	ABLACION PERCUTANEA ENDOCARDICA CONVENCIONAL (FOCAL)	Este código corresponde a la forma común y esencial de la ablación con radiofrecuencia que se fundamenta en catéteres sólidos usualmente con punta de 4 mm, los cuales han sido usados como la tecnología básica para el tratamiento de taquicardias y arritmias focales en tejido cardiaco sano. La lesión por este tipo de catéter de radiofrecuencia está circunscrita a aproximadamente 3 a 5 mm en diámetro y profundidad dependiendo de la potencia empleada durante la ablación. Este código específico la nomenclatura debido a los	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					diferentes tipos de ablación a su vez no debe incluir el cateterismo transeptal que es una vía de abordaje particular y es un procedimiento con particularidades y complejidad especial empleado por otras especialidades y que debe especificarse en un código independiente.	
1		37.3.4.02		ABLACION PERCUTANEA ENDOCARDICA CONVENCIONAL CON ACCESOS ALTERNOS (MULTIFOCAL)	Este código aplicaría para aquellos pacientes con más de un mecanismo de taquicardia pero que son susceptibles de ablación con sistema convencional de radiofrecuencia como por ejemplo la coexistencia de taquicardia por reentrada nodal que requiere de ablación de la vía lenta nodal y la presencia de vías accesorias o taquicardias auriculares focales mapeables por técnica convencional.	-
1	4	37.3.4.02		ABLACION PERCUTANEA ENDOCARDICA CON SISTEMA DE IRRIGACION	La radiofrecuencia convencional no permite realizar aplicaciones o lesiones efectivas en tejido cicatricial o calcificado relacionado con fibrosis auricular o ventricular secundaria a las diferentes noxas cardiacas (ejemplo infarto, enfermedad de Chagas, antecedente de cirugía cardiaca). Tampoco es útil en zonas de bajo flujo de sangre o impedancia incrementada como lo son los ángulos de inserción valvulares y el seno coronario que son sitios frecuentes de intervención. De forma similar la lesión por radiofrecuencia convencional es ineficaz en la superficie epicárdica al actuar el tejido graso en dicha localización como aislante térmico. Estas condiciones llevaron al desarrollo de formas más adecuadas de lesión y son introducidos los sistemas de lesión por radiofrecuencia con sistema de irrigación. En este caso los catéteres ya no son sólidos sino que tienen un sistema interno de irrigación abierta hacia la punta del mismo que de una parte permite una lesión más extensa en diámetro y profundidad pero a su vez disminuye la formación de coagulo en la punta del catéter. Ello permite la aplicación de radiofrecuencia en zonas de bajo flujo cardiaco	http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/25/11/963.full.pdf+html

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					evitando elevaciones súbitas de la temperatura y la ablación de tejido cicatrizal a pesar de la fibrosis y calcificación. Este procedimiento es necesario para los procedimientos de ablación extensiva y particularmente en presencia de fibrosis de las estructuras relacionadas por su mayor efectividad y disminución de la tasa de complicaciones trombo embolicas. Así mismo la eficacia de la ablación es superior aun en casos fallidos con catéteres convencionales. Igualmente el procedimiento es la solución en casos de ablaciones convencionales pero con focos relacionados con estructuras subvalvulares o en el seno coronario. Existen diferentes estudios que documentan la evidencia de la mayor eficacia y seguridad relacionada con los catéteres irrigados.	
1	4	37.3.4.03		ABLACION PERCUTANEA EPICARDICA	La gran mayoría de ablaciones de focos arritmogénicos se pueden realizar mediante aproximación endocárdica, sin embargo con la creciente necesidad de tratar arritmias ventriculares en pacientes con descargas por cardiodesfibriladores se ha necesitado extender la técnica de ablación a la superficie epicárdica por la presencia de circuitos de arritmia en dicha superficie. El acceso y ablación epicárdica es una técnica de alta complejidad que requiere de suministros y experticia diferentes a las técnicas endocárdicas. Dicha aproximación es frecuente en pacientes con cardiopatía chagásica o cardiomiopatía dilatada idiopática, aunque se puede requerir en pacientes isquémicos o con otras cardiopatías. Igualmente puede ser necesaria en algunos casos de arritmias auriculares o supraventriculares como en síndromes de preexcitación de localización epicárdica	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21841191 ; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15337702
1	3	37.3.4.10		AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES	Hasta hace pocos años el único manejo con potencialidad de "curar" la fibrilación auricular era la cirugía de Maze, procedimiento	http://europace.oxfordjournals.org/content/9/6/335.full.pdf+htmlhttp://www.ncbi.nl

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					quirúrgico a corazón abierto que se realiza solamente en paciente que tiene indicación de otra intervención quirúrgica cardiaca. Desde el año 1998, se describió en Francia por Michael Haissaguerre la posibilidad de tratar pacientes con fibrilación auricular con ablación percutánea. El procedimiento ha evolucionado en la última década y media consolidándose como terapia de primera línea en comparación al manejo anti arrítmico para el manejo de fibrilación auricular paroxística, persistente y en algunos casos de FA permanente. El aislamiento eléctrico de venas pulmonares es uno de los puntos finales necesarios común a las diferentes técnicas descritas dado que la gran mayoría de focos inestables proceden de potenciales de la unión muscular entre las venas que proceden del pulmón y se insertan en la aurícula izquierda. Esta es una técnica de la denominada ablación compleja o avanzada que requiere del apoyo de diferentes técnicas imagenológicas como la reconstrucción y segmentación de la aurícula izquierda por TAC o RNM, el mapeo tridimensional y de ecografía intracardíaca. La técnica puede variar dependiendo de la cronicidad de la fibrilación auricular y el sustrato arrítmico auricular. Su eficacia es del 60 a 80% y debe tenerse en cuenta que 20 a 30% de los pacientes requieren una segunda intervención. La técnica tiene evidencia científica que soporta su utilidad, eficacia y costo efectividad en experimentos clínicos robustos incluso como terapia de primera línea en comparación con el manejo anti arrítmico dado que este último no ofrece sino un 50% de control de los síntomas y permite la progresión a formas crónicas de la enfermedad. Tiene además estudios de costo efectividad en diferentes países que soportan su impacto en los sistemas sanitarios.	m.nih.gov/pmc/articles/PMC3379531/

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	3	37.3.4.20		MODULACION DE SUBSTRATO ARRITMICO	Los avances en la cardiología intervencionista y cirugía cardiovascular determinan mayor sobrevida en los pacientes con enfermedad cardiovascular que en el tiempo desarrollan otros tipos de trastornos crónicos de los cuales los más frecuentes son las arritmias cardiacas. El miocardio enfermo genera el substrato para la aparición de arritmias auriculares y ventriculares. Aunque la ablación convencional ocasionalmente podía controlar estas arritmias, el éxito agudo y en el seguimiento de la intervención era muy baja. Gracias a los sistemas de mapeo tridimensional y la ecografía intracardiaca (ver arriba definiciones) la electrofisiología puede hoy en día ofrecer intervenciones a estas arritmias complejas que anteriormente no eran posibles de abordar y controlar o disminuir en un buen porcentaje de casos por ejemplo las descargas eléctricas de un cardiodesfibrilador. Mediante estos sistemas y la ablación con catéteres irrigados se puede realizar modulación de substrato arrítmico tanto en la aurícula (cicatrices posterior a cirugía cardiaca) como en el ventrículo (cicatrices de cualquier origen como isquémico, idiopático, chagásico, etc.) como está ampliamente publicado y recomendado en la literatura internacional. La técnica de modulación de sustrato arrítmico está incluida en las guías internacionales y locales para el manejo de las tormentas arrítmicas que se constituyen con verdaderas emergencias médicas y para la reducción de las descargas por parte de los cardiodesfibriladores por recurrencia de arritmias ventriculares.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379531/
1	3	05.25.01		SIMPATECTOMIA PERIARTERIAL PERCUTANEA POR RADIOFRECUENCIA [DENERVACION DE ARTERIAS RENALES]	La denervación de arterias renales es un procedimiento que mediante ablación por RF tiene indicación en el manejo de la HTA refractaria al manejo médico y como terapia coadyuvante en el manejo de pacientes con fibrilación auricular y en pacientes con	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24021387

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					tormenta arrítmica. El bloqueo de sistema simpático ha demostrado en experimentos clínicos ser efectiva para el manejo de la HTA severa polimedicada. Adicionalmente no es nuevo el conocimiento de que el bloqueo simpático en diferentes niveles tiene efecto modulador de tanto arritmias auriculares como ventriculares como es el caso de la simpatectomía en los pacientes con síndrome de QT largo. El procedimiento se realiza por vía percutánea y realiza una denervación simpática periarterial renal mediante ablación por energía de radiofrecuencia mediante el uso de diferentes dispositivos que incluyen catéteres canasta especialmente diseñados para tal motivo o la aplicación de energía de RF con sistemas de irrigación.	
2	2	37.7	IMPLANTACION,REVISION,SUSTITUCION Y ELIMINACION DE ELECTRODOS DE MARCAPASO; IMPLANTACION DE SISTEMA DE MARCAPASO TEMPORAL; O REVISION DE BOLSA Simultáneo: CUALQUIER IMPLANTE DE MARCAPASOS (37.8)	REVISION DE BOLSILLO DE MARCAPASO O DISPOSITIVO ELECTRONICO DEL CORAZON	Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
3	3	37.7.1	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN VENTRICULO		Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	
3	4	37.7.1.00	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN VENTRICULO SOD		Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	
3	3	37.7.2	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA Y VENTRICULO		Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	
3	4	37.7.2.00	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA Y VENTRICULO SOD		Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	
3	3	37.7.3	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA Incluye: ZONAS NO CONVENCIONALES COMO		Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
			AURICULA DERECHA SEPTAL, INFERIOR, OS DEL SENO CORONARIO O VENAS CORONARIAS			
3	4	37.7.3.00	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA SOD		Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	
2		37.7.4	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO			
2		37.7.4.01	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO POR ESTERNOTOMIA O TORACOTOMIA			
2	3	37.7.5	REVISION DE ELECTRODO	REVISION DE ELECTRODOS DE ESTIMULACION CARDIACA	Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	4	37.7.5.00	REVISION DE ELECTRODO SOD	REVISION DE ELECTRODOS DE ESTIMULACION CARDIACA SOD	Todos los procedimientos relacionados con dispositivos electrónicos cardiacos se reagruparon en 37.8	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2		37.7.8	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO)	El monitor de eventos es un dispositivo electrónico implantable que no tiene ninguna relación con la inserción de un marcapaso transitorio y debe ser considerado en un código independiente	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	3	37.7.8.00	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS SOD +	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) SOD	El monitor de eventos es un dispositivo electrónico implantable que no tiene ninguna relación con la inserción de un marcapaso transitorio y debe ser considerado en un código independiente	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	2	37.8	INSERCION, SUSTITUCION, REVISION Y ELIMINACION DE APARATOS MARCAPASOS	IMPLANTE, REPROGRAMACION, REVISION, RECAMBIO Y EXPLANTE DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS CARDIACOS	SE DEJA EL NOMBRE GENERICO DE ESTE GRUPO DE PROCEDIMIENTOS, EL PREVIO INCLUYE ACTIVIDADES REPRESENTADAS EN OTROS CODIGOS	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2		37.8.00		IMPLANTE, REPROGRAMACION, REVISION, RECAMBIO Y EXPLANTE DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS CARDIACOS SOD	Bajo esta categoría se están agrupando todos los procedimientos de implantes de dispositivos cardiacos del corazón homogenizando la nomenclatura	-
1	3	37.8.1		IMPLANTE Y REVISIONES DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS CARDIACOS		http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2		37.8.1.01		IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS	El m monitor de eventos implantable es un dispositivo electrónico de monitorización cardiaca sin electrodos que permite el diagnóstico de arritmias lentas o rápidas que son episódicas y no han sido detectadas mediante otras pruebas no invasivas. Este procedimiento estaba previamente agrupado con el implante de marcapaso transitorio sin tener relación alguna con este procedimiento.	-
1		37.8.1.02		IMPLANTE DE MARCAPASO UNICAMERAL	Este procedimiento se encontraba codificado como 37.8.2, solamente se está reubicando en el grupo que corresponde	-
1		37.8.1.03		IMPLANTE DE MARCAPASO BICAMERAL	Este procedimiento se encontraba codificado como 37.8.3, solamente se está reubicando en el grupo que corresponde	-
1		37.8.1.04		IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR UNICAMERAL	Se elimina la categoría 37.9.4 de implante de "cardioversión/desfibrilador" y se adapta al nombre clínico y tipo de dispositivo implantado ya que la técnica quirúrgica difiere entre dispositivos uni y bicamerales.	-
1		37.8.1.05		IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR BICAMERAL	Se elimina la categoría 37.9.4 de implante de "cardioversor/desfibrilador" y se adapta al nombre clínico y tipo de dispositivo implantado ya que la técnica quirúrgica difiere entre dispositivos uni y bicamerales.	-
1		37.8.1.06		IMPLANTE DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	Los resincronizadores cardiacos son dispositivos de estimulación para el corazón diseñados para optimizar la contracción y función cardiaca en pacientes con falla cardiaca que han sido refractarios al manejo médico óptimo, tiene fracción de eyección inferior al 35% y bloqueo completo de rama izquierda. La terapia de resincronización cardiaca es una intervención incluida en todas las guías de práctica clínica a nivel internacional para el manejo de la falla cardíaca. Es una intervención con evidencia de eficacia, seguridad y costo efectividad que impacta morbilidad, mortalidad, hospitalizaciones, calidad de vida y costos en los sistemas sanitarios de los pacientes con	-

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					falla cardíaca que cumplen con los criterios de indicación. En el país este procedimiento se realiza desde hace más de una década y es una de las intervenciones con mayor recobro al Fosyga de la especialidad de electrofisiología.	
1		37.8.1.07		IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR CON RESINCRONIZADOR	Los resincronizadores no tienen la capacidad de generar descargas (terapia de alto voltaje) para cardiovertir o desfibrilar pacientes con arritmias ventriculares. Por tal motivo cuando está indicada la prevención de muerte súbita arrítmica debe adicionarse el implante de cardiodesfibrilador que permite impactar mortalidad arrítmica. Ello requiere que el dispositivo sea diferente al resincronizador solo pues debe incluir la función de desfibrilación y requiere adicionalmente de la implantación de electrodo de alto voltaje en el ventrículo derecho. La gran mayoría de los pacientes candidatos a implante de resincronizadores cardiacos requieren de la prevención de muerte arrítmica mediante la función de cardiodesfibrilador.	-
1		37.8.1.08		IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR CON ELECTRDO SUBCUTANEO		-
1		37.8.1.20		REVISION DE BOLSILLO O ELECTRODOS DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS CARDIACOS	Anteriormente este procedimiento se encontraba codificado como 37.7 y agrupado con otros procedimientos de diferente naturaleza, acá se especifica el código y queda en el grupo adecuado.	-
1		37.8.1.21		REVISION DE BOLSILLO DE GENERADOR DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS CARDIACOS	Se deja un código genérico para todas las revisiones de bolsillo de dispositivos electrónicos.	-
1		37.8.1.22		REVISION DE ELECTRODOS DE ESTIMULACION AURICULAR O VENTRICULAR	Dada la diferencia en la técnica, se especifica una revisión de electrodos para los electrodos de estimulación de la aurícula o ventrículo pero se discriminan los electrodos de alto voltaje y seno coronario en los códigos subsiguientes	-
1		37.8.1.23		REVISION DE ELECTRODO DE ALTO VOLTAJE	Dada la diferencia en la técnica, se especifica una revisión de electrodos para los electrodos	-

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					de estimulación de la aurícula o ventrículo pero se discriminan los electrodos de alto voltaje y seno coronario en los códigos subsiguientes	
1		37.8.1.24		REVISION DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO	Dada la diferencia en la técnica, se especifica una revisión de electrodos para los electrodos de estimulación de la aurícula o ventrículo pero se discriminan los electrodos de alto voltaje y seno coronario en los códigos subsiguientes	-
1	3	37.8.2		REPROGRAMACION DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS DEL CORAZON	Todos los dispositivos electrónicos del corazón deben ser revisados y reprogramados mediante telemetría para ajustar su funcionamiento a los requerimientos y condiciones clínicas del paciente. Así mismo en el seguimiento crónico se debe realizar una evaluación periódica para detectar tempranamente disfunciones del generador y los electrodos así como el agotamiento de la batería para su respectivo cambio. Este procedimiento se puede realizar de forma presencial o más recientemente mediante telemedicina a través de un modem que envía periódicamente los datos a una central de datos denominándose monitoreo remoto de respectivo dispositivo electrónico.	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
1	4	37.8.2.01		REPROGRAMACION DE MARCAPASO Incluye marcapaso unicameral, bicameral y monitor de eventos		http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
1	4	37.8.2.03		REPROGRAMACION DE CARDIODESFIBRILADOR Incluye cardiodesfibrilador unicameral y bicameral	Corresponde al código anterior 37.9.5	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
1	4	37.8.2.03		REPROGRAMACION DE RESINCRONIZADOR Y/O CARDIODESFIBRILADOR CON RESINCRONIZADOR	Una vez implantados los dispositivos de resincronización cardiaca debe ser reprogramados inmediatamente y luego periódicamente para verificar su correcto funcionamiento y ajustar los parámetros de estimulación cardiaca o terapias antiarrítmicas a las condiciones del paciente. El dispositivo debe reprogramarse regularmente al menos	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					cada 6 meses o cada vez que el paciente presente eventos clínicos relacionados como descompensación de falla cardiaca o sospecha de terapia eléctrica. Adicionalmente a la reprogramación de las funciones de resincronización cardiaca, es necesaria la reprogramación por telemetría del cardiodesfibrilador ajustado a las características clínicas del paciente y del tipo de arritmias registradas. Se deben activar las zonas de terapia antitaquicardia así como aquellas de terapia de alto voltaje para cardioversión y desfibrilación.	
1	4	37.8.2.10		MONITOREO REMOTO DE MARCAPASO	Los avances tecnológicos en dispositivos de estimulación cardiaca incluyen la monitorización remota mediante sistemas tipo modem de forma permanente identificándose tempranamente potenciales disfunciones de los mismos. Adicionalmente esta tecnología ofrece una ventaja enorme para el control de pacientes en zonas alejadas de los centros de las grandes ciudades en donde solo se pueden revisar hoy en día estos dispositivos. Esta tecnología puede reducir de forma importante la reprogramación presencial de dispositivos que hoy en día generan una enorme carga asistencial a los servicios de electrofisiología. Esta aplicación se encuentra disponible en varias de las marcas de dispositivos electrónicos para el corazón y para todos los tipos de equipos de estimulación cardíaca.	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
1	4	37.8.2.11		MONITOREO REMOTO DE CARDIODESFIBRILADOR	Las consideraciones para monitoreo remoto de marcapaso son iguales en este caso con la diferencia que el dispositivo es un cardiodesfibrilador.	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
1	4	37.8.2.12		MONITOREO REMOTO DE RESINCRONIZADOR Y/O CARDIODESFIBRILADOR CON RESINCRONIZADOR	Las consideraciones para monitoreo remoto de marcapaso son iguales en este caso con la diferencia que el dispositivo es un resincronizador y/o cardiodesfibrilador con resincronizador	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2		37.8.3		EXPLANTE DE GENERADOR DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS CARDIACOS		-
1		37.8.3.01		EXPLANTE DE GENERADOR DE MARCAPASO UNICAMERAL		
1		37.8.3.02		EXPLANTE DE GENERADOR DE MARCAPASO BICAMERAL		-
1		37.8.3.03		EXPLANTE DE GENERADOR DE CARDIODESFIBRILADOR UNICAMERAL	Este código se está reubicando de posición quedando agrupado en donde corresponde y ajustando la nomenclatura a la práctica clínica	-
1		37.8.3.04		EXPLANTE DE GENERADOR DE CARDIODESFIBRILADOR BICAMERAL	El implante de dispositivos bicamerales debe ser desagregado pues implica aspectos técnicos, logísticos y de suministros diferentes al implante de dispositivos unicamerales	-
1		37.8.3.05		EXPLATE DE GENERADOR DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	No existe código en la actualidad específico para el explante de los dispositivos de resincronización cardíaca que deben ser recambiados una vez el equipo alcance la fase de recambio electivo.	
1		37.8.3.06		EXPLANTE DE GENERADOR DE CARDIODESFIBRILADOR CON RESINCRONIZADOR	No existe código en la actualidad específico para el explante de los dispositivos de cardiodesfibrilador con resincronización cardíaca que deben ser recambiados una vez el equipo alcance la fase de recambio electivo.	
2	3	37.8.4		REVISION O RECAMBIO DE ELECTRODOS DE ESTIMULACION CARDIACA	Los electrodos de estimulación cardiaca de los diferentes dispositivos electrónicos del corazón son implantados en la técnica percutánea en corazón batiente y tienen el riesgo aproximado de 1 a 3% de microdesplazamiento o desplazamiento en la fase aguda o subaguda de implantación requiriendo revisión y reposicionamiento. Así mismo estos electrodos están sometidos a las fuerzas de tensión de cada latido (3600 veces por hora) motivo por el cual en algún momento pueden deteriorar su material de aislamiento o estructura interna de estimulación y sensado requiriendo su sustitución y/o explante. En el manual anterior solo existía la categoría de electrodo de estimulación pero en la actualidad existen	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					diferentes tipos de electrodos de estimulación cardiaca incluyendo los de alto voltaje y aquellos implantados en estructuras particulares que hacen diferente la técnica y por tanto son tratados en códigos independientes.	
2	4	37.8.4.00		REVISION O RECAMBIO DE ELECTRODOS DE ESTIMULACION CARDIACA SOD		http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
1	4	37.7.5.01		REVISION DE ELECTRODO DE ESTIMULACIÓN AURICULAR O VENTRICULAR	Dado que el tipo de procedimiento, logística y suministros son diferentes para cada tipo de electrodo, su código se debe desagregar	
1	4	37.7.5.02		REVISION DE ELECTRODO DE ALTO VOLTAJE	Dado que el tipo de procedimiento, logística y suministros son diferentes para cada tipo de electrodo, su código se debe desagregar	
1	4	37.7.5.03		REVISION DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO	El electrodo de estimulación que se aloja en el ventrículo izquierdo para adelantar su contracción con el ánimo de resincronizar la función cardiaca, se disloca o disfunciona ocasionalmente, por lo cual se hace necesario tener un código específico para tal intervención, que requiere u procedimiento y tecnologías igualmente específicas para esta intervención	
1	3	37.8.4.10		RECAMBIO DE ELECTRODOS DE ESTIMULACION CARDIACA		
1	4	37.8.4.11		RECAMBIO DE ELECTRODO AURICULAR	Dado que el tipo de procedimiento, logística y suministros son diferentes para cada tipo de electrodo, su código se debe desagregar	
1	4	37.8.4.12		RECAMBIO DE ELECTRODO VENTRICULAR	Dado que el tipo de procedimiento, logística y suministros son diferentes para cada tipo de electrodo, su código se debe desagregar	
1	4	37.8.4.13		RECAMBIO DE ELECTRODO DE ALTO VOLTAJE	Dado que el tipo de procedimiento, logística y suministros son diferentes para cada tipo de electrodo, su código se debe desagregar	
1	4	37.8.4.14		RECAMBIO DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO	Dado que el tipo de procedimiento, logística y suministros son diferentes para cada tipo de electrodo, su código se debe desagregar	
1	3	37.8.4.20		EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODOS DE ESTIMULACION CARDIACA	Con gran frecuencia los electrodos crónicos son cortados y abandonados intracardiacamente o intravascularmente en	

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					casos de disfunción o incluso infección asociada a dispositivos, debido a su imposibilidad para ser retirados por tracción manual, conducta que se asocia con complicaciones serias en el mediano y largo plazo con es el caso de las endocarditis infecciosas. La extracción instrumentada con camisas es una intervención que permite la extracción de electrodos crónicos de estimulación o desfibrilación con mayor efectividad y seguridad que la técnica de extracción manual, la cual confiere un alto porcentaje de procedimiento fallido o incompleto y muy alto riesgo de complicaciones por perforación cardiaca o de estructuras vasculares. Existe técnica de extracción con camisas telescópicas que por disección de fuerza mecánica permite la extracción. Más recientemente existe la extracción con camisa laser que permite una mayor eficacia y seguridad. Los electrodos crónicos (generalmente después de 6 meses de implantados) se encuentran firmemente adheridos a las paredes endovasculares y cardiacas y solo pueden extraerse mediante herramientas especiales de fijación interna del electrodo y de camisas que telescópicamente generan disección del tejido adherido al electrodo para su extracción. La técnica laser realiza una microdisección más precisa y controlada alrededor del electrodo y ese la técnica Gold estándar en las instituciones de referencia en estos procedimientos. Sin embargo la falta de disponibilidad de la consola laser en muchas instituciones hace necesaria la extracción con camisas mecánicas. Estas técnicas se encuentran validadas internacionalmente e incluidas en las guías de práctica clínica.	

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	37.8.4.21		EXTRACCION INSTRUMENTADA CON CAMISAS MECANICAS DE 1 ELECTRODO	Ver extracción instrumentada de electrodos de estimulación cardiaca	
1	4	37.8.4.22		EXTRACCION INSTRUMENTADA CON CAMISAS MECANICAS DE 2 ELECTRODOS	Ver extracción instrumentada de electrodos de estimulación cardiaca	
1	4	37.8.4.23		EXTRACCION INSTRUMENTADA CON CAMISAS DE MULTIPLES ELECTRODOS	Ver extracción instrumentada de electrodos de estimulación cardiaca	
1	4	37.8.4.24		EXTRACCION INSTRUMENTADA CON CAMISAS DE ELECTRODO DE ALTO VOLTAJE	Ver extracción instrumentada de electrodos de estimulación cardiaca	
1	4	37.8.4.25		EXTRACCION DE ELECTRODO CRONICO CON CAMISA LASER	Ver extracción instrumentada de electrodos de estimulación cardiaca	
1	4	37.8.4.26		EXTRACCION DE ELECTRODOS MULTIPLES CRONICO CON CAMISA LASER	Ver extracción instrumentada de electrodos de estimulación cardiaca	
2	3	37.8.2	IMPLANTACION DE MARCAPASO UNICAMERAL	IMPLANTE DE MARCAPASO UNICAMERAL	SE HOMOGENIZA NOMENCLATURA EN LOS TERMINOS EMPLEADOS EN CODIGOS SIMILARES	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	4	37.8.2.00	IMPLANTACION DE MARCAPASO UNICAMERAL SOD	IMPLANTE DE MARCAPASO UNICAMERAL SOD	SE HOMOGENIZA NOMENCLATURA EN LOS TERMINOS EMPLEADOS EN CODIGOS SIMILARES	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	3	37.8.3	INSERCION DE MARCAPASOS BICAMERAL	IMPLANTE DE MARCAPASO BICAMERAL	SE HOMOGENIZA NOMENCLATURA EN LOS TERMINOS EMPLEADOS EN CODIGOS SIMILARES	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	4	37.8.3.00	INSERCION DE MARCAPASOS BICAMERAL SOD	IMPLANTE DE MARCAPASO BICAMERAL SOD	SE HOMOGENIZA NOMENCLATURA EN LOS TERMINOS EMPLEADOS EN CODIGOS SIMILARES	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2		37.8.5	SUSTITUCION, REVISION [PROGRAMACION] DE APARATOS MARCAPASOS	REPROGRAMACION DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS DEL CORAZON	Todos los dispositivos electrónicos del corazón deben ser revisados y reprogramados mediante telemetría para ajustar su funcionamiento a los requerimientos y condiciones clínicas del paciente. Así mismo en el seguimiento crónico se debe realizar una evaluación periódica para detectar tempranamente disfunciones del generador y los electrodos así como el agotamiento de la batería para su respectivo cambio. Este procedimiento se puede realizar de forma presencial o más recientemente mediante telemedicina a través de un modem que envía	http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					periódicamente los datos a una central de datos denominándose monitoreo remoto de respectivo dispositivo electrónico.	
1		37.8.5.00	REVISION [REPROGRAMACION] DE APARATO MARCAPASO SOD +	REPROGRAMACION DE MARCAPASO UNICAMERAL		http://www.colelectrofisiologia.com/Portals/0/libros/guias_colegio_electro.pdf
2	3	37.8.9	RETIRO O ELIMINACION DE MARCAPASOS CARDIACO	RECAMBIO O ELIMINACION DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS DEL CORAZON		-
2	4	37.8.9.00	RETIRO O ELIMINACION DE MARCAPASOS CARDIACO SOD	RECAMBIO O ELIMINACION DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS DEL CORAZON SOD		-
1	3	37.9.7		ECOGRAFIA INTRACARDIACA	La ecografía intracardiaca es una ayuda diagnóstica invaluable en la electrofisiología de alta complejidad y en algunos casos convencionales fallidos o en la ablación de flutter auricular, porque genera información en tiempo real anatómica de estructuras no visualizables por otros métodos. Permite además la localización de catéteres intracardiacos y evaluar el contacto de los catéteres de ablación con el tejido que se desea cauterizar, lo cual incrementa la tasa de efectividad en el largo plazo al poderse generar lesiones más adecuada. Permite reducción de los tiempos de procedimiento y especialmente de la dosis de radiación que perciben tanto el paciente como el personal médico y paramédico. También permite la detección muy temprana de complicaciones y su tratamiento oportuno como es el caso del derrame pericardio evitando la necesidad de intervención durante emergencia por progresión a taponamiento pericárdico.	
1	3	37.9.8		OCLUSION PERCUTANEA DE OREJUELA IZQUIERDA	Los dispositivos de cierre de orejuela son dispositivos para la prevención de tromboembolismo sistémico en pacientes con fibrilación auricular con contraindicación para la anticoagulación oral crónica, con muy alto riesgo de sangrado por la terapia anticoagulante o embolias recurrentes a pesar	

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					de adecuados niveles de anticoagulación. El cierre percutáneo de la orejuela izquierda es un procedimiento que ha demostrado su eficacia y seguridad y ha sido incluido como alternativa terapéutica de primera y segunda línea en las guías internacionales y locales. Existen 2 dispositivos de cierre de orejuela que se emplean para oclusión de la orejuela izquierda que es foco de un alto porcentaje de origen de trombos intracavitarios.	
2		37.9.4	IMPLANTACION DE CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO Incluye: CARDIOVERSORES UNICAMERALES, BICAMERALES Y ATRIALES O AURICULARES			
2		37.9.4.01	IMPLANTACION DE CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR, VIA INFRACLAVICULAR +		Se reasigno la localización de código al reagrupar los procedimientos similares	
2		37.9.4.02	IMPLANTACION DE CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR, VIA SUBCUTANEA (SUBPECTORAL) +		Se reasigno la localización de código al reagrupar los procedimientos similares	
2		37.9.5	PROGRAMACION O SUSTITUCION DE CARDIOVERSOR/DESFIBRILA-DOR AUTOMATICO		Se reasigno la localización de código al reagrupar los procedimientos similares	
2		37.9.5.00	REPROGRAMACION DE CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR SOD		Se reasigno la localización de código al reagrupar los procedimientos similares	
3		37.9.9	EXTRACCION DE CARDIOVERSOR/ DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO		Se reasigno la localización de código al reagrupar los procedimientos similares	
3		37.9.9.00	EXTRACCION DE CARDIOVERSOR/ DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO SOD		Se reasigno la localización de código al reagrupar los procedimientos similares	
2		89.4			Se retira del nombre de este código el componente de comprobaciones de marcapasos que realmente corresponden a reprogramación código que se crea en el grupo de intervenciones relacionadas con dispositivos electrónicos cardiacos	

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2		89.4.5	COMPROBACION DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL		Este procedimiento está incluido en el código de reprogramación de dispositivos	
2		89.4.5.00	COMPROBACION DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD		Este procedimiento está incluido en el código de reprogramación de dispositivos	
2		89.4.6	COMPROBACION DE FORMA DE ONDA DE ARTEFACTO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL		Este procedimiento está incluido en el código de reprogramación de dispositivos	
2		89.4.6.00	COMPROBACION DE FORMA DE ONDA DE ARTEFACTO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD		Este procedimiento está incluido en el código de reprogramación de dispositivos	
2		89.4.7	COMPROBACION DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL		Este procedimiento está incluido en el código de reprogramación de dispositivos	
2		89.4.7.00	COMPROBACION DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD		Este procedimiento está incluido en el código de reprogramación de dispositivos	
2		89.4.8	COMPROBACION DE UMBRAL DE TENSION O AMPERAJE DE MARCAPASO ARTIFICIAL		Este procedimiento está incluido en el código de reprogramación de dispositivos	
2		89.4.8.00	COMPROBACION DE UMBRAL DE TENSION (AMPERAJE) DE MARCAPASO ARTIFICIAL SOD +		Este procedimiento está incluido en el código de reprogramación de dispositivos	
2		89.5	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS CARDIACOS Y VASCULARES NO QUIRURGICOS			
2		89.5.0	MONITORIZACION CARDIACA AMBULATORIA Incluye: DISPOSITIVO ANALOGO TIPO HOLTER			
2		89.5.0.01	ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA (HOLTER) +			
1		89.5.0.02		MONITORIA DE EVENTOS NO INVASIVA DE 7 DIAS	La monitoria de eventos es una forma extendida del test de Holter de 24 horas, que se emplea para el diagnóstico de bradiarritmias o taquiarrítmias que no lograr detectarse con los estudios convencionales por el carácter intermitente de los síntomas. Aunque hay monitores implantables para monitorización extensa en casos puntuales, este es un procedimiento más costoso e	

Tipo _Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					invasivo que puede evitarse con monitores no implantables de 7 días.	
1		89.5.2.01	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCION [ESTUDIO DE POTENCIALES TARDIOS] + Incluye: AQUEL PARA ESTUDIO DE PACIENTES CON SÍNCOPE O RIESGO DE MUERTE SÚBITA			
1		89.5.2.02		MICRO ALTERNANCIA DE LA ONDA T	Esta prueba no invasiva es un potente estratificador de muerte súbita arrítmica y fue incluida en las guías internacionales y nacionales de estratificación de muerte súbita arrítmica de pacientes con cardiopatía estructural como prueba diagnóstica que asiste la toma de decisiones.	
3		89.5.3	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)			
3		89.5.3.00	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG) SOD			

Fuente: Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular

Anexo 11 Ficha Técnica de Actualización Cirugía Plástica

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
1	4	839910		BURSECTOMIA DE ULCERA EN REGIÓN SACRA, ISQUIATICA O TROCANTERICA	RE REQUIERE EN EL TRATAMIENTO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ULCERA SACRA LA RESECCION DE LA BURSA DE LA ULCERA O BURSECTOMÍA
1	4	082601		TARSORRAFIA	SE REALIZA FRECUNETEMENTE EN CIRUGIAS PARA PROTEGER EL OJO
2	4	089202	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA (CASTAÑARES)	SE HACE MAS CLARO PARA IDENTIFICAR EL PROCEDMIENTO
1	4	086103		BLEFAROPLASTIA SUPERIOR BILATERAL	SOLO SE ENCUENTRA UNILATERAL
1	4	086104		BLEFAROPLASTIA INFERIOR BILATERAL	SOLO SE ENCUENTRA UNILATERAL
1	4	086105		BLEFAROPLASTIA INFERIOR TRANSCONJUNTIVAL	ES UNA VIA DE BLAFAROPLASTIA FRECUENTE
1	4	185105		PLASTIA LÓBULO OREJA (LOBULO HENDIDO TRAUMATICO): CADA LADO	SE REQUIERE PARA REPARAR DESGARROS
1	4	186201		SALVAMENTO DE CARTILAGO AURICULAR	SE UTILIZA PARA PRESERVAR CARTILAGO EN LA RECOSNTRUCCION PARA EL SIGUIENTE TIEMPO DE CIRUGIA
1	4	218101		ABLACION DE TEJIDO EN RINOFIMA	FALTA CODIGO DE TRATAMIENTO
1	4	218913		RINOPLASTIA ESTETICA VIA CERRADA	SE REQUIERE CODIGO PARA VIA CERRADA
1	4	857501		SEGUNDO TIEMPO DE RECONSTRUCION NASAL , LIBERACION DE COLGAJOS, REMODELACIONES	SE REQUIERE DE PROCEDIMIENTOS ADICIONALES PARA COMPLETAR LA RECOSNTRUCCION NASAL
2	4	278400	CORRECCION DE MACRO O MICROSTOMA	CORRECCION DE MICROSTOMA	SE DEBEN SEPARAR EL MACRO Y MICROSTOMA QUE REQUIEREN DE TECNICAS MUY DISTINTAS
1	4	278401		CORRECCION DE MACROSTOMA	
2	4	218904	RINOQUEILOPLASTIA (CORRECCION DE NARIZ FISURAFA)	RINOQUEILOPLASTIA UNILATERAL	
1	4	218905		RINOQUEILOPLASTIA BILATERAL	
3	4	275401	CORRECCION PARCIAL DE LABIO FISURADO POR ADHESION		TECNICA OBSOLETA
1	4	766501	CIRUGIA BIMAXILAR PARA ORTOGNATICA		RE REQUIERE CODIGO PARA CIRUGIA BIMAXILAR EN ORTOGNATICA
1	4	012103		DESFUNCIONALIZACION DE SENO FRONTAL	SE REQUIERE CODIGO PARA ESTA OPCION DE TRATAMIENTO DEL SENO FRONTAL
1	4	852301		EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMIA(EJ.BIOPOLIMERO)	LA ALOGENOSIS IATROGENICA ES UNA CONDICION DONDE SE INFILTARON SUSTANCIAS NO BIOCOMPATIBLES Y CAUSAN DAÑOS IRREVERSIBLES EN LOS TEJIDOS BLANDOS. MUCHAS VECES SE REQUIERE DE RESECCION AMPLIA POR VIA ABIERTA O SUCCION.
1	4	853102		MAMOPLASTIA DE REDUCCION O PEXIA COMPENSATORIA	EN EL MANEJO INTEGRAL DE LA RECONSTRUCCIÓN DE SENO POST MASTECTOMIA POR CANCER, SE REQUIERE EN UN TIRMPO ADICIONAL REALIZAR UNA MAMOPLASTIA DE REDUCCION COMPENSATORIA DEL SENO CONTRALATERAL PARA DEVOLVER LA ESTABILIDAD Y SIMETRIA

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
1	4	855010		MAMOPLASTIA DE AUMENTO MEDIANTE LIPOINYECCIÓN	DENTRO DE LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS PARA CORREGIR DEFECTOS POST CUADRANTECTOMIA O MEJORAR RESULTADOS DE RECOSNTRUCCIONES SE UTILIZA LA LIPOINYECCION
2	4	857100	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON PROTESIS	RECONSTRUCCION DE MAMA CON IMPLANTE (PROTESIS)	se presenta confusión y objeciones por el término de prótesis
1	4	168406		DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VIA MEDIAL [ABORDAJE LYNCH]	EN DEFECTOS DE PARED MEDIAL SE REQUIERE DE UN ABORDAJE ADICIONAL POR VIA MEDIAL
1	4	168407		DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TRANSCONJUNTIVAL	LA VIA TRANSCONJUNTIVAL TAMBIEN ES UN ABORDAJE COMUNMENTE USADO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL PISO DE ORBITA
1	4	767605		REDUCCION DE FRACTURA CONDILAR VIA ENDOSCOPICA, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACION UOSTEOSINTESIS]	LA ENDOSCOPIA HA PERMITIDO MEJOR VISUALIZACION Y MANEJO DE LAS FRACTURAS CONDILARES Y REPRESENTA UNA INDICACION DE MANEJO QUIRURGICO DE ESTA FRACTURA
1	4	767604		REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA	EN DEFECTOS COMPUESTOS ALTAMENTE CONTAMINADOS COMO EN HERIDAS POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO FRECUENTEMENTE SE REQUIERE DEL MANEJO DE FIJADORES EXTERNOS PREVIOS A UNA RECONSTRUCCIÓN DEFINITIVA
1	4	768702		RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA, DE MANDIBULA	IGUALMENTE A LA COLOCACION DEL FIJADOR ESTERNO EN OTRO TIEMPO SE REQUIERE DE PROCEDIMIENTO DEL RETIRO
1	4	768703		RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION UOSTEOSINTESIS) DE MANDIBULA	CON FRECUENCIA EL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS HA DE SER RETIRADO POR EXTRUSIONES O MOLESTIAS DESPUES DE HABER CUMPLIDO SU PROPOSITO.
1	4	768302		FIJACION INTERMAXILAR CON TORNILLOS	EN LA LSITA SE ENCUENTRA EL RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERMAXILAR PERO CURIOSAMENTE NO EXISTE EL CODIGO PARA LA FIJACION INTERMAXILAR. ESTE TIPO DE TRATAMIENTO PUEDE INCLUSO CON CIERTAS INDICACIONES EL UNICO MANEJO QUE REQUIERAN CIERTAS FRACTURAS DE MANDIBULA.
1	4	768304		FIJACION INTERMAXILAR CON ALAMBRE	
1	4	768305		FIJACION INTERMAXILAR CON ARCOS	
1	4	768303		REDUCCIÓN DE FRACTURA MANDIBULAR EDENTULA CON FERULA	LA FRACTURA DE MANDIBULA EDENTULA PLANTEA UN RETO RECOSNTRUCTIVO ESPECIAL YA QUE LA OCLUSION ES EL PILAR PRINCIPAL PARA LLEVAR A ADECUADA REDUCCION ESTE TIPO DE FRACTURAS. EN ESTOS CASOS SE REQUIERE DE LA FABRICACION DE UNA FERULA PERSONALIZADA A CADA PACIENTE QUE PERMITA LLEVAR A OCLUSION Y DEJA PASO AL TUBO ENDOTRAQUEAL.
1	4	407102		ANATSOMOSIS LINFATICO-VENOSAS TECNICA MICROVASCULAR	DENTRO DE LAS TECNICAS DEL MANEJO MICROQUIRURGICO DEL LINFEDEMA SOBRESALEN LAS MICROANASTOMOSIS ENTRE VASOS LIONFATICOS Y VENAS SUPERFICIALES. POR LO GENERAL PARA UNA

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
					EXTREMIDAD SE REQUIEREN DE AL MENOS 4-5 ANASTOMOSIS DE ESTE TIPO.
1	4	868306		REDUCCION DE TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN LINFEDEMA, CON ASPIRACION	EN EL MANEJO DEL LINFEDEMA CRONICO SE PRESENTA GRAN MEJORIA MEDIANTE LA REMOCION DE TEJIDO SUBCUTANEO LESIONADO POR EL EDEMA CRONICO MEDIANTE SUCCION Y POSTERIOR MANEJO CON COMPRESION EXTERNA
1	4	867501		LIPOINYECCION EN INJERTOS DE PIEL	EN EL MANEJO SECUNDARIO DE QUEMADUTRAS QUE REQUIRIERON INJERTOS DE PIEL PARA MEJORAR LA APARIENCIA DE ESTOS INJERTOS Y LOGRAR UNA TEXTURA MAS SIMILAR A LA PIEL SANA SE REALIZAN MICOINJERTOS DE GRASA
1	4	861120		OBTENCION DE PIEL PARA CULTIVO CELULAR (AUTOLOGO)	PARA LOS CULTIVOS CELULARES AUTOLOGOS SE REQUIERE DE LA TOMA DE MUESTRA CON TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA GENERALMENTE DE LA REGION RETROAURICULAR. INCLUYE: TOMA DE MUESTRA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
1	4	861122		OBTENCION DE PIEL PARA BANCO DE TEJIDOS (HETEROLOGO)	PARA LOS BANCOS DE TEJIDO SE REQUIERE DEL RECATE DE DONATE VIVO O CADAVERICO, CON TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA
1	4	861121		COLOCACION DE LAMINA DE CULTIVO DE KERATINOCITOS AUTOLOGOS	SE REQUIERE CODIGO PARA ESTE PROCEDIMNETO
1				OBTENCION DE CELULAS PARA CULTIVO DE CELULAS MADRE	
2	3	8665	HETEROINJERTO DE PIEL		LOS CULTIVOS CELULARES DESPUES DE HABER EXPANDIDO EL NUMERO CELULAR SE APLICAN SOBRE LAS AREAS RECEPTOSA Y SE CUBREN POR 5 DIAS. INCLUYE: PROVENIENTE DE CULTIVOS CELULARES AUTOLOGOS, O LOS OBTENIDOS DE CADAVER
2	3	8666	HOMOINJERTO DE PIEL		INCLUYE: PROVENINETE DE CULTIVOS CELULARES AUTOLOGOS, O CADAVER....no existe actualmente en la lista
1	4	869610		INFILTRACION DE DISPOSITIVO DE EXPANSION TISULAR	LOS EXPANSIORES TISULARES SON DISPOSITIVOS QUE SE INSERTAN EN UN PLANO SUPRAFASCIAL SUBCUTANEO Y REQUIEREN EN DIFERENTES MOMENTOS DE INFILTRACION MEDIANTE PUNCION EN PUERTO TAMBIEN SUBCUTANEO DE SOLUCION SALINA PARA IR AUMENTANDO EL VOLUMEN GRADUALMENTE Y LOGRAR LA EXPANSION DEL TEJIDO
1	4	861412		INFILTRACION DE MATERIAL RELLENO TISULAR	EN LA LIPOATROFIA SECUNDARIA AL USO DE ANTIRETROVIRALES FRECUENTEMENTE SE REQUIERE DE INFILTRACION DE ALTOS VOLÚMENES DE MEDICAMENTOS DE RELLENO TISULAR
1	4	8681106		CORRECCION DE CICATRIZ POR RESECCION	HACE FALTA LA CORRECCION DE CICATRIZ NO QUELOIDE
1	4	868105		CORRECCION DE CICATRIZ CON LASER	EL LASER HA MOSTRADO BUENOS RESULTADOS EN CUANTO A RECUPERACION DE PIGMENTO Y APARIENCIA DE CICATRICES;INCLUYE: ZONA ESPECIAL Y GENERAL,

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
1	4	867108		COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR [EN PROPELA]	EL COLGAJO EN PROPELA REQUIERE DE LA DISECCION CON TECNICA MICROVASCULAR DE UN PEDICULO UNICO POR PERFORANTE DE UNA ISLA DE PIEL Y SE ROTA 180° PARA CUBRIR DEFECTOS DISTALES
1	4			FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FALANGES DE MANO	TECNICA DISPOSITIVOS SOBREMEDIDA
1	4			RESECCIÓN QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS IATROGENICA	LA ALOGENOSIS IATROGENICA ES UNA CONDICION DONDE SE INFILTARON SUSTANCIAS NO BIOCOMPATIBLES Y CAUSAN DAÑOS IRREVERSIBLES EN LOS TEJIDOS BLANDOS. MUCHAS VECES SE REQUIERE DE RESECCION AMPLIA POR VIA ABIERTA O SUCCION.
1				EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR RESECCION EN BLOQUE	
1				EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR RESECCION EN BLOQUE	
1	4			RESECCION DE TEJIDO ADIPOSO EN ABDOMEN CIRCUNFERENCIAL POSTBARIATRICA	
1				RESECCION DE TEJIDO ADOPOSO EN BRAZOS O MUSLOS EN POSTBARIATRICA	
1				PEXIA DE SENOS CON IMPLANTE EN POSTBARIATRICA	
1				PEXIA DE SENOS SIN IMPLANTE EN POSTBARIATRICA	
1				COLGAJO COMPUESTO PREFABRICADO	
1				COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA	
1				CIRUGIA ASITIDA POR ROBOT QUIRURGICO	
1				SALVAMENTO DE EXTREMIDAD POR TUMOR MALIGNO	
1				DELIMITACION DE VIAS LINFATICAS SUPERFICIALES CON ICG Y LAMPARA INFRAROJA	
1	4	858702		DIFERIMIENTO DE CAP MASTECTOMIA PROFILACTICA	
2	4	276206	INJERTO ÓSEO DE PALADAR	INJERTO OSEO ALVEOLAR	LOS INJERTOS SON EN LA HENDIDURA ALVEOLAR
1				INJERTO GRASO PARA GLUTEOPLASTIA	
1				INSERCCION DE IMPLANTES EN GLUTEOS O PANTORRILLAS	

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
1				GLUTEOPEXIA CON COLGAJOS	
1				CORRECCION DE HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES	
1				PLASTIA DE PECTORALES CON O SIN IMPLANTES (NO INCLUYE INSUMO)	
1				CORRECCIÓN ASIMETRIA FACIAL FUNCIONAL (SUSPENSION SUBPERIOSTICA Y/O SUPRAPERIOSTICA CON O SIN ENDOSCOPIA)	
1				RECONSTRUCCION DE CUERO CABELLUDO O AEA ESPECIAL CON TECNICA MICROVASCULAR	
1				CORRECCIÓN PARÁLISIS FACIAL (TÉCNICA MICROQUIRURGICA COLGAJO COMPUESTO)	

Fuente: Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Anexo 12 Ficha Técnica de Actualización Radiología

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_Ajuste
1				ABLACIÓN PERCUTANEA DE TUMORES CON RADIOFRECUENCIA GUIADA POR IMÁGENES	Ablación percutánea de tumores con radiofrecuencia guiada por imágenes a. Debe crearse CUPS e incluirse en el POS La ablación percutánea de tumores con uso de radiofrecuencia (RF) es una técnica de tratamiento mínimamente invasivo y que es aceptado globalmente con primera, segunda o tercera línea de manejo en gran número de tumores y órganos. La RF es ampliamente aceptada como primera línea para el manejo del Hepatocarcinoma de menor de 5 cm o cuando hay tres lesiones menores de 3 centímetros en el paciente cirrótico. Es usada en el tratamiento de metástasis colo-rectales y de tumores neuro endocrinos en hígado. Es la elección en el tratamiento del carcinoma de células renales en pacientes con riñón único o compromiso bilateral con lesiones menores de 5cm. Actualmente se considera el tratamiento de elección en el Osteoma osteoide. Aceptada para paciente con Ca pulmonar que no son candidatos a manejo quirúrgico. Otros usos en Ca de mama, Ca suprarrenal y Tiroides Existen en nuestro medio casas comerciales que distribuyen los equipos (Covidien, Boston scientific, entre otros) sus electrodos tienen registro INVIMA (el de Boston Scientific es 2009DM-0004660) Se anexa literatura de apoyo, incluyendo aquella basada en la evidencia (COCHRANE). Radiofrequency (thermal) ablation versus no intervention or other interventions for hepatocellular carcinoma (Review) ii Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.	
1				ESTEREOTAXIA MAMARIA COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO		http://www.husi.org.co/portafolioservicios/Guias%20de%20Practica%20Clinica/Departamento%20de%20Radiolog%C3%ADa/Mama/estereotaxia.pdf;http://www.intervencionismosidi.org/index.php
1				TOMOSINTESIS	LA TOMOSÍNTESIS DIGITAL ES UNA TÉCNICA DE IMAGEN TRIDIMENSIONAL BASADA EN UNA MODIFICACIÓN DENLA MAMOGRAFÍA DIGITAL, EL ÚLTIMO AVANCE EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS LESIONES DE LA MAMA, PLANTEÁNDOSE COMO COMPLEMENTO A LA MAMOGRAFÍA. ESTE APORTE MEJORA LA	http://radiographics.rsna.org/content/27/suppl_1/S231.full.pdf+html?sid=34a0a890-0817-48d6-b295-6f1733217026

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_Ajuste
					VISUALIZACIÓN DE LESIONES, AL ELIMINAR EL SOLAPAMIENTO DE ESTRUCTURAS	
1				CISTOTOMOGRAFIA	ESTUDIO CONTRASTADO CON MAYOR CAPACIDAD DIAGNOSTICA QUE LO COLOCA EN PRIMERA LINEA PARA LA EVALUACION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DEL VEJIGA	http://radiographics.rsna.org/content/24/suppl_1/S35.full.pdf+html?sid=63eda8d2-9d90-4dcc-b6c8-7211e3d83dae http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082009000200004
1				ENTERO - TC	POR SU NATURALEZA NO INVASIVA Y DE RAPIDA RELAIZACION SE HA CONVERTIDO EN ESTUDIO DE PRIMERA LINEA EN PACIENTES CON PATOLOGIA DE INTESTINO DELGADO- ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, SANGRADO DIGESTIV	http://radiographics.rsna.org/content/33/4/1109.full.pdf+html?sid=63eda8d2-9d90-4dcc-b6c8-7211e3d83dae
1				ESTUDIO DE PERFUSION CEREBRAL POR TC		
1				LECTURA ESTUDIOS COMPARATIVOS TODOS LOS METODOS	No se acepta. No es un procedimiento en salud hace parte de las actividades de la tomografía	NA
1				LECTURA ESTUDIOS TC CON PROTOCOLO RECIST CUERPO	No se acepta. No es un procedimiento en salud hace parte de las actividades de la tomografía	NA
1				LECTURA ESTUDIOS TC CON PROTOCOLO RECIST NEURO	No se acepta. No es un procedimiento en salud hace parte de las actividades de la tomografía	NA
1				TOMOGRAFÍA COMPUTADA CORONARIA (ANGIOTOMOGRAFIA)	PARA VALORACIÓN CARDIACA CON ÉNFASIS EN ARTERIAS CORONARIAS. CON MEDIO DE CONTRASTE INTRAVENOSO. INDICADA EN: EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA CORONARIA CON DOLOR TORÁCICO ATÍPICO Y RIESGO PRE TEST INTERMEDIO. EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO AGUDO CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA CORONARIA CON DOLOR TORÁCICO ATÍPICO Y RIESGO PRE TEST INTERMEDIO O BAJO. SOSPECHA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS CORONARIAS. PACIENTE CON PUENTES CORONARIOS (BYPASS CORONARIO) Y DOLOR TORÁCICO ATÍPICO CON RIESGO BAJO O INTERMEDIO DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA CORONARIA	http://radiographics.rsna.org/content/24/3/787.full.pdf+html?sid=f7c5bdd7-a966-4f08-970f-88969a31e534

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_Ajuste
1				TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS PARA EVALUAR VALVULAS CARDÍACAS, ESTUDIO SINCRONIZADO CON EKG	PERMITE EVALUAR LA ANTOMIA CARDÍACA Y MEDIANTE RECONSTRUCCIONES EVALUAR LA PATOLOGIA DE VALVULAS CARÍACAS NATIVAS Y PROTÉSICAS	http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/48/7/1475
1				TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX PARA EVALUACIÓN VENAS PULMONARES, Y AURÍCULA IZQUIERDA	EVALUACIÓN ANATÓMICA DE LAS VENAS PULMONARES Y AURÍCULA IZQUIERDA, PERMITE LA PLANEACIÓN DE LA ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA Y CONTROL POS TRATAMIENTO.	www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482011000300032&scrip=sci_arttext
1				TOMOGRAFÍA COMPUTADA PARA SCORE DE CALCIO CON GATILLEO O ACOPLE ELECTROCARDIOGRÁFICO.	SIN MEDIO DE CONTRASTE INTRAVENOSO. INDICADA EN : EVALUACIÓN COMO PRUEBA DE TAMIZAJE EN INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS CON RIESGO PRE TEST INTERMEDIO DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA CORONARIA	http://radiographics.rsna.org/content/21/5/1257.full.pdf+html?sid=f7c5bdd7-a966-4f08-970f-88969a31e534
1				BIOPSIA DE PROSTATA 12 MUESTRAS		
1				BIOPSIA DE PROSTATA 16 MUESTRAS		
1				BIOPSIA DE PROSTATA 20 MUESTRAS		
1				ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	permanece	http://www.essr.org/html/img/pool/elbow.pdf
1				ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO	permanece con modificación	http://www.essr.org/html/img/pool/wrist.pdf
1				ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	permanece	http://www.essr.org/html/img/pool/ultrasound.pdf
1				ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	Sin MEDIO DE CONTRASTE INTRAVENOSO. INDICADA EN : EVALUACIÓN COMO PRUEBA DE TAMIZAJE EN INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS CON RIESGO PRE TEST INTERMEDIO DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA CORONARIA	http://www.essr.org/html/img/pool/ultrasound.pdf
1				ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	permanece	http://www.essr.org/html/img/pool/ankle.pdf
1				ECOGRAFIA ARTICULAR DE DEDO	permanece	http://www.essr.org/html/img/pool/ultrasound.pdf
1				ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL		

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_Ajuste
1				ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO		
1				ECOGRAFIA OBSTETRICA 3D		
1				ECOGRAFIA OBSTETRICA 4D		
1				CERVICOMETRIA POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL		
1				REDUCCION HIDROSTATICA CON ENEMA SALINO DE INVAGINACION INTESTINAL POR ECOGRAFIA - DOPPLER		
1				DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS		
1				DOPPLER PELVICO TRANSVAGINAL		
1				TRAQUEOBRONCOSCOPIA VIRTUAL		
1			87.9.4.24	UROTOMOGRAFIA	MEJOR COMPRENSION DE LAS LESIONES Y SUS RELACIONES EXTERNAS ASI COMO SU LONGITUD.	www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-la-endoscopia-v
1				ENTERO RM	LA EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DE LAS VÍAS URINARIAS HA CAMBIADO RÁPIDAMENTE EN LA ÚLTIMA DÉCADA. LA MOTIVACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA UROTOMOGRAFÍA (UT) ES EL DESEO DE CREAR UN EXAMEN DIAGNÓSTICO INTEGRAL QUE PERMITA EVALUAR EN CONJUNTO LAS ALTERACIONES DE LOS RIÑONES Y DE LAS VÍAS URINARIAS, COMO PRESENCIA DE MASAS RENALES, UROLITIASIS Y PATOLOGÍAS DEL UROTELIO DEL SISTEMA COLECTOR, DE LOS URÉTERES Y DE LA VEJIGA. EN ALGUNOS CENTROS MÉDICOS LA UROTOMOGRAFÍA SE HA CONVERTIDO EN UN EXAMEN DE PRIMERA LÍNEA EN LOS PACIENTES CON HEMATURIA.	http://www.acronline.org/LinkClick.aspx?fileticket=6V62Q875Muc%3d&tabid=104
1				RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL POR RM		
1				RESONANCIA MAGNETICA CARDÍACA PARA EVALUAR PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO		http://radiographics.rsna.org/content/32/5/1423.full.pdf+html?sid=8dbca16d-e480-46f4-be30-bedc2e2d3ac4 http://zl.elsevier.es/es/revista/radiologia-119/entero-resonancia-magnetica-revision-

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_Ajuste
						tecnica-estudio-enfermedad-crohn-90034736-actualizacion-2011 http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833811002074
1				RESONANCIA MAGNETICA CARDÍACA PARA EVALUAR REALCE TARDIO - ESTUDIO DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA		
1				RESONANCIA MAGNETICA CARDÍACA PARAPERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO Y ESTRÉS	PERMITE DETERMINAR LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA MIOCÁRDICA ISQUEMICA	http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/48/7/1475
1				RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TOTAL (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR)	PERMITE EVALUAR PATOLOGIA MIOCARDICA INFILTRATIVA O ISQUÉMICA	http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/48/7/1475 https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-neck-pain-and-cervical-spine-disorders?source=search_result&search=Magnetic+Resonance+spine+utility&selectedTitle=24%7E150 http://www.playmagem.com.br/ressonancia/rm_osteoarticular.pdf
1				RM CEREBRO CON PROTOCOLO DE NEURONAVEGACION	PERMITE DETERMINAR LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA MIOCÁRDICA ISQUEMICA EN REPOSO Y ESTRÉS	http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/48/7/1475
2				RM CEREBRO CON VOLUMETRIA PARA MEDICION DE HIPOCAMPOS		
1				RM DE HIGADO MULTIFASE CON PROTOCOLO HEPATOESPECIFICO		

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_Ajuste
1				RM DE HIGADO PARA MEDICION DE HIERRO		
2			88.1.2.0.2.	ELASTOSONOGRAFIA MAMARIA	LA ELASTOSONOGRAFÍA ES UNA TÉCNICA QUE EVALÚA OBJETIVAMENTE LA CONSISTENCIA O DUREZA DE LOS TEJIDOS. MEJORA LA ESPECIFICIDAD, PUES EN TODOS LOS ESTUDIOS PUBLICADOS LAS LESIONES MALIGNAS MUESTRAN DUREZA SIGNIFICATIVAMENTE SUPERIOR A LAS LESIONES BENIGNAS. LOS ESTUDIOS PUBLICADOS DEMUESTRAN QUE LA ELASTOSONOGRAFÍA MAMARIA MEJORA LOS VALORES DE ESPECIFICIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN MODO-B Y SU APLICACIÓN CLÍNICA FUNDAMENTAL SE CENTRA EN LAS LESIONES BI-RADS 3.	http://radiographics.rsna.org/content/29/7/2007.full.pdf+html?sid=e42fe38c-2b3d-4661-98d1-1187fc6e41bc

Fuente: Asociación Colombiana de Radiología

Anexo 13 Ficha Técnica de Actualización Neurología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	89.1.5.31		POTENCIALES EVOCADOS MOTORES CON ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA	Evaluación de la vía corticoespinal y de la unidad motora periférica en el diagnóstico de enfermedades cerebrales que afecten las dos motoneuronas superior e inferior y en monitoreo intraoperatorio	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=motor%20evoked%20potentials%20review y http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/02-1992-06-.html
1	4	89.1.5.05		ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA CORTICAL	Evaluación de funcionalidad de la corteza cerebral en áreas elocuentes para resección de lesiones cerebrales o en cirugía de epilepsia; Incluye: PARA MAPEO CEREBRAL	http://www.acnweb.org/acta/2006_22_4s_in.pdf, http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia.html
2	4	89.1.8.01	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO (MSLT)	TEST DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO (MSLT) o TEST DE MANTENIMIENTO DE LA VIGILIA (MWT)	Estudios neurofisiológicos que implican la medición del tiempo de inicio o terminación del sueño	www.scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/04.pdf
1	4	89.1.5.21		TEST FUNCIONAL CLÍNICO DE RESPUESTA A MEDICAMENTOS DOPAMINÉRGICOS	Prueba de apoyo terapéutico y respuesta clínica evaluada por escalas de enfermedad de Párkinson y otros Parkinsonismos	http/www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.870120118/abstract
2	4	37.8.5.00		REVISION [REPROGRAMACION] DE APARATO MARCAPASO SOD	El desarrollo de nuevas tecnologías implica la estimulación eléctrica de órganos diferentes al corazón, como estimulación profunda en Párkinson, otros movimientos anormales, epilepsia, dolor intratable, espasticidad, trastornos afectivos, compulsivos y otros. INCLUYE: CARDIACO, CEREBRAL O NERVIO	http/www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.10162/abstract
1		86.1.8.06		REVISION [REPROGRAMACION] DE DISPOSITIVO DE INFUSIÓN		
1				ACLARAR TÉCNICAS TERAPIA DE ESTIMULACIÓN COGNOSTIVA (INCLUYE: ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA, COMBINAR INTERVENCIÓN COGNITIVA CON FÍSICA EN UNA SOLA SESIÓN, ESTRUCTURAR PROGRAMAS PARA TERAPIA EN CASA,	Hay evidencia en la importancia del diagnóstico y la prevención del deterioro cognoscitivo y hay un costo beneficio en realizar estos diagnósticos a través de juntas interdisciplinarias que aumentan la sensibilidad diagnóstica, con un diagnóstico oportuno. CORREGIRLO Y PRECISAR LO QUE ES TERAPÉUTICO	http://www.acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-26-2010/68-volumen-26-numero-3-agosto-de-2010-suplemento-31.html
2	3	93.0.8.10		ELECTROMIOGRAFÍA LARINGEA O DEL CUELLO	Es una prueba diagnóstica que evalúa la actividad muscular en múltiples patologías neuromusculares	Guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia
2	3	89.3.6		ELECTROMIOGRAFÍA DE ESFINTER ANAL O PLEJO LUMBOSACRO	La evaluación del plejo sacro puede incluir la evaluación de músculos perianales glúteos o lumbares, lo cual debe estar comprendido dentro del mismo código	http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia.html,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	3	89.3.6.00		ELECTROMIOGRAFÍA DE ESFINTER ANAL O PLEJO LUMBOSACRO SOD	La evaluación del plejo sacro puede incluir la evaluación de músculos perianales glúteos o lumbares, lo cual debe estar comprendido dentro del mismo código	http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia.html,
1	4	93.0.8.61		ELECTROMIOGRAFÍA CUANTITATIVA	(POR MÚSCULO INCLUYE EL ANÁLISIS MÍNIMO DE 20 POTENCIALES)Técnica de análisis electromiográfico para evaluar las características del potencial de acción motor en duración y amplitud útil en miopatías inflamatorias o/y distrofias	-
1	4	89.1.5.09		ANÁLISIS DE UNIDADES MOTORAS POR NEUROCONDUCCIÓN (MUNE)	Técnica cuantitativa de análisis de neuroconducción para evaluar las características del potencial de acción motora útil en neuronopatías, enfermedades de la motoneurona y neuropatías.	DOCUMENTO DE LA GUÍA
1	4	95.4.6.23		MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA POR POTENCIALES EVOCADOS DE AUDITIVOS TALLO CEREBRAL O ENCÉFALO.	Técnica de evaluación de la integridad de la vía neuroanal durante procedimientos operatorios que garantiza la integridad y seguridad del paciente.	http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia.html,
1	4	95.4.6.24		MONITORIZACIÓN POR POTENCIALES EVOCADOS INTRAOPERATORIOS SOMATOSENSORIALES	Técnica de evaluación de la integridad de la vía neuroanal durante procedimientos operatorios que garantiza la integridad y seguridad del paciente.	http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia.html,
1	4	95.4.6.23		POTENCIALES COGNITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LARGA (P150-300-450 Y MAYORES A 600)	Técnica de evaluación de atención de la integralidad de la memoria y atención	http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia.html,http://www.acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-26-2010/68-volumen-26-numero-3-agosto-de-2010-suplemento-31.html
1	4	93.0.8.62		ELECTROMIOGRAFIA DE SUPERFICIE Y DE AGUJA PARA MOVIMIENTOS ANORMALES	Utilidad para las vías motoras extrapiramidal	http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia.html,
1		pendiente por asignar grupo		ESTIMULACION MAGNETICA TRANSCRANEAL	Utilidad en la evaluación de la vía piramidal motora	http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-7-neurofisiologia.html,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	3	99.2.8	INYECCION O INFUSION DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLOGICA (MRB)	INYECCION O INFUSION DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLOGICA (MRB) O INMUNOSUPRESOR	Procedimiento de infusión de sustancias modificadoras de la respuesta biológica o inmunosupresor en casos de patologías que requieren tratamiento de infusión en alteraciones inmunológicas	http://www.acnweb.org/es/guia-neurologica/guia-9-esclerosis-multiple.html
1	4	38.01.11		TROMBOLISIS CEREBRAL ENDOVENOSA EN ATAQUE CEREBROVASCULAR, (INCLUYE ACTIVADOR TISULAR DEL PLASMINOGENO HUMANO RECOMBINANTE).	Teniendo en cuenta que las enfermedades Cardiovasculares son de las causas más frecuentes de morbimortalidad en Colombia y que el Ataque cerebrovascular desde la inclusión de su tratamiento en el POS ha tenido una gran relevancia en el tratamiento de dicha patología brindando oportunidad de mejora y disminuyendo o previniendo secuelas irreparables a miles de pacientes en nuestro país, solicitamos comedidamente la inclusión del código	
1	4	S1.2.1.04		INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO CORONARIO Y/O ATAQUE CEREBROVASCULAR		-

Fuente: Asociación Colombiana de Neurología

Anexo 14 Ficha Técnica de Actualización Retinología

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
2	2	137	INSERCION DE CRISTALINO PROTESICO (PSEUDOCRISTALINO)	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR (CRISTALINO PROTESICO)	
1	4		VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR		
1	4		VITRECTOMIA POSTERIOR ENDOSCOPICA		
1	4		DRENAJE DE HEMORRAGIA COROIDEA		
2	2	140	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO		Se sugiere incluir en las vitrectomía
2	2	144	REPARACIONES DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION		Agrupar en el subgrupo 143 los procedimientos de los subgrupos 144 y 145
2	2	145	OTROS PROCEDIMIENTOS DE REPARACION (DESPRENDIMIENTO DE RETINA)		Agrupar en el subgrupo 143 los procedimientos de los subgrupos 144 y 145
3	2	146	EXTRACCION DE MATERIAL QUIRURGICAMENTE IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO		ubicar los procedimientos en cuerpo vítreo en un mismo subgrupo
3	2	149	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA, COROIDES Y CAMARA POSTERIOR		Ubicar estos procedimientos dentro de las vitrectomías
2	3	1372	INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS DE CRISTALINO INTRAOCULAR	Inserción secundaria de lente intraocular.	renombrar la categoría
3	3	1400	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO		Ubicar estos procedimientos dentro de las vitrectomías
2	3	1421	ABLACION DE LESIONES CORIORETINALES		agrupar en una misma categoría todas las ablaciones de retina y coroides
2	3	1423	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR FOTOCOAGULACION		agrupar en una misma categoría todas las ablaciones de retina y coroides
2	3	1426	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR RADIACION		agrupar en una misma categoría todas las ablaciones de retina y coroides
2	3	1431	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA)	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA	renombrar la categoría
1	3	143300	REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	se requiere especificar si es por vía interna o externar	
2	3	1441	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION (DESPRENDIMIENTO DE RETINA)	REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	renombrar la categoría
3	3	1473	VITRECTOMIA MECANICA	incluir dentro de las vitrectomía vía anterior	
1	3		OTROS PROCEDIMIENTOS EN VITREO	Se requiere crear la categoría para incluir los demás procedimientos que no están descritos	
1	4		INSERCION SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR EN RESTOS CAPSULARES	se requiere crear el procedimiento ya que no está descrito	
1	4		INSERCION SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR FIJADO A ESCLERA	se requiere crear el procedimiento ya que no está descrito	

Tipo_Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste
1	4		INSERCION SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR FIJADO AL IRIS	se requiere crear el procedimiento ya que no está descrito	
2	4	141101	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO CON INYECCION DE MEDICAMENTOS INTRAVITREOS	dividir este procedimiento en dos: aspiración diagnóstica de vítreo inyección de sustancias en vítreo	
2	4	142101	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	CRIOTERAPIA RETINAL	renombrar
2	4	142300	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD	LASER EN RETINA PARA ROP	renombrar
1	4		TRATAMIENTO-TUMORES INTRAOCULARES	el procedimiento no está descrito	
2	4	142600	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR RADIACION SOD	ABLACION DE LESION CORIORETINAL, POR RADIACION	renombrar
1	4		LASER EN RETINA POR SESIÓN.	el procedimiento no está descrito	
1	4		RETINOPEXIA POR IMPLANTE	el procedimiento no está descrito	
1	4		RETINOPEXIA NEUMÁTICA	RETINOPEXIA NEUMÁTICA	
3	4	146101	RETIRO DE ACEITE DE SILICON O DE GAS		
2	4	147101	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR		RENOMBRE
2	4	147401	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	RENOMBRE
2	4	147404	VITRECTOMÍA POSTERIOR	VITRECTOMIA POSTERIOR SIN INSERCION DE SILICON O GASES	RENOMBRE
2	4	147402	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	RENOMBRE
2	4	147403	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER	VITRECTOMÍA POSTERIOR COMPLEJA	RENOMBRE
1	4		IMPLANTE INTRAVÍTREO	procedimiento no està descrito	
2	4	951200	ANGIORETINOFLUORESCEINOGRAFIA SOD	ANGIOGRAFIA OCULAR (ANGIORETINOFLUORESCEINOGRAFIA)	RENOMBRE
2	4	951301	ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS –ACR	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS – ACR	RENOMBRE
1	4		Tomografía optica coherente	el procedimiento no está descrito	
1	4		CIRUGIA DE TRAUMA PENETRANTE	el procedimiento no está descrito	
1	4		CIRUGIA DE URGENCIA	el procedimiento no está descrito	
1	4		REALIZACION Y LECTURA EXAMENES (ANGIO, ECO, OCT) POR OJO	el procedimiento no está descrito	
1	4		LECTURA EXAMENES (ANGIO.ECO, OCT) POR OJO	el procedimiento no está descrito	
1	4		CONSULTA RETINA (ULTIMA CONSULTA HACE MAS DE UN MES)	el procedimiento no está descrito	
1	4		CONSULTA RETINA (ULTIMA CONSULTA HACE MENOS DE UN MES)	el procedimiento no está descrito	

Fuente: Asociación Colombiana de Retinología, Córnea y Vítreo

Anexo 15 Ficha Técnica de Actualización Urología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	57.3.2.01	57.3.2.02	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL CON CISTOSCOPIA FLEXIBLE	La cistocopia es un procedimiento aceptado tradicionalmente para el diagnóstico de pacientes con sintomas urinarios irritativos y obstructivos, hematurias, litiasis, tumores vesicales entre otras cosas, que se venían realizando con instrumentos rígidos en los cuales se cambiaba el lente y de acuerdo a la inclinación de la óptica se cumplia el objetivo. Con el advenimiento del cistoscopio flexible se permite llegar a sitios que no eran de fácil acceso, siendo más fácil el diagnóstico y debido a la flexibilidad del instrumento disminuyen las molestias y el dolor que se producía al realizarse con instrumento rígido. Hoy en día la cistoscopia con cistoscopio flexible es el standard de manejo urológico.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org
2	4	56.3.5.10	56.3.5.11	ENDOSCOPIA (CISTOSCOPIA) CONDUCTO ILEAL + CISTOSCOPIA FLEXIBLE		
2	4	56.3.5.20	56.3.5.21	ENDOSCOPIA (CISTOSCOPIA) CONDUCTO COLONICO + CISTOSCOPIA FLEXIBLE		
2	4	57.3.1	57.3.1.1	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA + CISTOSCOPIA FLEXIBLE		
1	4	57.3.1.00	57.3.1.10	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA SOD + CISTOSCOPIA FLEXIBLE		
2	4	57.3.3.01	57.3.3.01.1	BIOPSIA ÚNICA O SIMPLE DE VEJIGA POR CISTOSCOPÍA + CISTOSCOPIA FLEXIBLE		
2	4	57.3.3.02	57.3.3.02.1	BIOPSIA MÚLTIPLE O MAPEO VESICAL POR CISTOSCOPIA + CISTOSCOPIA FLEXIBLE		
2		97.6.2.00	97.6.2.01	EXTRACCION DE TUBO DE URETEROSTOMIA Y DE CATETER URETERAL CON CISTOSCOPIO FLEXIBLE SOD		
2		64.1.2.00	64.1.2.01	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA CON CISTOSCOPIO FLEXIBLE SOD +		
1		55.0.3.01	55.0.3.02	EXTRACCION PERCUTANEA [NEFROSCOPICA] DE CALCULOS EN RIÑON (NEFROSTO-LITOTOMIA) Y/O EN PELVIS RENAL (PIELOSTO-LITOTOMIA) CON NEFROSCOPIA FLEXIBLE	Los procedimientos aquí mencionados han sido aceptados por la literatura, sin embargo la forma de hacerlos se ha modificado al introducir nueva tecnología y es así que los elementos flexibles como el nefroscopio y el ureteroscopio flexible se están convirtiendo en los procedimientos standard de referencia debido a su movilidad que permite llegar más fácilmente a sitios donde no se podía llegar con los instrumentos rígidos. La fragmentación de cálculos y algunas de las cirugías que se hacían endoscopicamente utilizando elementos cortantes, está siendo reemplazada por el laser siendo el más usado el de holmium que permite la destrucción de cálculos o cortes con menos procesos inflamatorios.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1		55.0.4		NEFROSTOMIA PERCUTANEA CON FRAGMENTACION		
1		55.0.4.01	55.0.4.02	NEFROSTOMIA PERCUTANEA CON LITOFRAGMENTACION Y EXTRACCION ENDOSCOPICA EN RIÑON CON NEFROSCOPIA FLEXIBLE		
1			55.0.4.03	NEFROSTOMIA PERCUTANEA CON LITOFRAGMENTACION Y EXTRACCION ENDOSCOPICA EN RIÑON CON NEFROSCOPIA FLEXIBLE Y LASER		
1		55.2.1.00	55.2.1.01	NEFROSCOPIA DIAGNOSTICA SOD CON NEFROSCOPIA FLEXIBLE +		
1			55.2.1.02	NEFROSCOPIA DIAGNOSTICA SOD CON URETEROSCOPIA FLEXIBLE +		
1		55.2.2.00	55.2.2.01	PIELOSCOPIA DIAGNOSTICA SOD CON NEFROSCOPIA FLEXIBLE +		
1			55.2.2.02	PIELOSCOPIA DIAGNOSTICA SOD CON URETEROSCOPIA FLEXIBLE +		
1		55.8.7.20	55.8.7.21	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (POR ENDOPIELOTOMIA o ANTEROGRADA) CON NEFROSCOPIA FLEXIBLE		
1			55.8.7.22	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (POR ENDOPIELOTOMIA o ANTEROGRADA) CON NEFROSCOPIA FLEXIBLE CON LASER		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1		55.8.7.40	55.8.7.41	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (RETROGRADA) CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE		
1			55.8.7.42	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (RETROGRADA) CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE CON LASER		
1		56.0.1.00	56.0.1.01	REMOCION TRANSURETRAL [ENDOSCOPICA] DE CALCULO [URETEROLI-TOTOMIA], COAGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URETER O PELVIS RENAL SOD CON LASER +		
1			56.0.1.02	REMOCION TRANSURETRAL [ENDOSCOPICA] DE CALCULO [URETEROLI-TOTOMIA], COAGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URETER O PELVIS RENAL SOD CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE CON LASER +		
1		56.3.1	56.3.2	URETEROSCOPIA O URETERORRENOSCOPIA CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE +		
1		56.3.1.00	56.3.1.01	URETEROSCOPIA DIAGNOSTICA SOD CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE +		
1		56.8.9.42	56.8.9.43	RESECCION ENDOSCOPICA DE URETEROCELE CON CISTOSCOPIO FLEXIBLE		
1		57.0.2.00	57.0.2.01	REMOCION TRANSURETRAL [ENDOSCOPICA] DE CALCULO, CUERPO EXTRAÑO O COAGULO DE VEJIGA SOD CON LASER +		
1			57.0.2.02	REMOCION TRANSURETRAL [ENDOSCOPICA] DE CALCULO, CUERPO EXTRAÑO O COAGULO DE VEJIGA SOD CON CISTOSCOPIO FLEXIBLE CON LASER +		
1		57.4.2.01	57.4.2.03	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION VESICAL CON LASER		
1		57.9.3.02	57.9.3.03	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA VIA ENDOSCOPICA CON LASER		
1		58.0.0.50	58.0.0.51	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA CON LASER		
1		58.2.1.00	58.2.1.01	URETROSCOPIA PERINEAL CON CISTOSCOPIA FLEXIBLE SOD		
1		58.3.1.00	58.3.1.03	ESCISION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO URETRAL CON LASER SOD		
1		58.7.0.10	58.7.0.11	URETROLITOTOMIA ENDOSCOPICA CON CISTOSCOPIO FLEXIBLE		
1			58.7.0.12	URETROLITOTOMIA ENDOSCOPICA CON CISTOSCOPIO FLEXIBLE Y LASER		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1		59.9.5.00	59.9.5.01	LITIASIS URINARIA FRAGMENTADA INTRACORPOREA ENDOSCOPICA CON LASER SOD +		
1			59.9.5.02	LITIASIS URINARIA FRAGMENTADA INTRACORPOREA ENDOSCOPICA CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE CON LASER SOD +		
1		60.9.4.02	60.9.4.03	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTATICA VIA CISTOSCOPIA CON LASER +		
1		57.8.9.00	57.8.9.01	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL) SOD CON CINTAS LIBRES DE TENSIÓN +	La utilización de cintas libres de tensión para el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, se ha convertido en el gold standard para el manejo quirúrgico de esta patología por ser un procedimiento mínimamente invasivo, la mayoria de las veces ambultaroria y de rápida recuperación.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1		59.7.1.01	59.7.1.02	CISTOURETROPEXIA CON CINTAS LIBRES DE TENSIÓN		
1		57.9.9.50	57.9.9.51	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA CON CINTAS O DISPOSITIVOS AJUSTABLES NCOC		
1		70.5.1.10	70.5.1.11	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE CON CINTAS O MALLAS		
1		70.5.2.10	70.5.2.11	COLPORRAFIA POSTERIOR CON CINTAS O MALLAS		
1		70.5.3.01	70.5.3.04	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON CINTAS O MALLAS		
1		70.5.3.02	70.5.3.05	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE CON CINTAS O MALLAS		
1		59.7.1.04	59.7.1.05	CISTOURETROPEXIA VAGINAL CON CINTAS O MALLAS		
1		59.7.9.10	59.7.9.11	URETROPEXIA ANTERIOR CON CINTAS O MALLAS		
2		59.7.2.51	59.7.2.6	APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA INTRAVESICAL PARA MANEJO DE INCONTINENCIA	La aplicación intravesical de toxina botulínica se ha convertido en una alternativa de manejo en pacientes con vejiga hiperactiva o hiperreflexica refractarios al manejo médico.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
2		70.7.5.10	70.7.5.11	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL POR LAPAROSCOPIA SOD	La llegada de las nuevas tecnologías ha marcado un avance en el tratamiento de múltiples enfermedades, la laparoscopia asistida por robot mejora la visión al ser tridimensional y mejora la precisión de los cortes y disección a tal grado que en algunos paises como en USA, algunos de estos procedimientos se han convertido el modelo de referencia. La entrada de nuevos tipos de robot en los próximos años harán que sean más accesibles los costos de estos procedimientos.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1			70.7.5.12	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT SOD		
1		07.2.1.10	07.2.1.30	SUPRARRENALECTOMIA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		40.5.4.10	40.5.4.20	LINFADENECTOMIA PELVICA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		40.5.5.10	40.5.5.20	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.0.1.20	55.0.1.30	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1		55.0.1.22	55.0.1.32	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CALCULO O CUERPO EXTRAÑO POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.1.1.50	55.1.1.51	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO Y CALCULO POR PIELOTOMIA LAPAROSCOPICA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.2.3.30	55.2.3.31	BIOPSIA DE RIÑON O TEJIDO PERIRRENAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.3.1.30	55.3.1.31	ESCISION LOCAL O ABLACION DE LESION RENAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.4.1.11	55.4.1.12	HEMINEFRECTOMIA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.5.1.11	55.5.1.12	NEFROURETERECTOMIA CON SEGMENTO VESICAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.5.6.21	55.5.6.22	NEFRECTOMIA SIMPLE POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.5.7.21	55.5.7.24	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.5.7.23	55.5.7.25	NEFRECTOMIA DE DONANTE VIVO POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.6.1.21	55.6.1.22	AUTOTRASPLANTE RENAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.7.0.21	55.7.0.22	NEFROPEXIA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.8.1.21	55.8.1.22	NEFRORRAFIA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.8.6.50	55.8.6.51	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.8.7.30	55.8.7.31	PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		55.8.8.11	55.8.8.12	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		56.0.2.00	56.0.2.01	REMOCION DE CALCULO, COAGULO O CUERPO EXTRAÑO POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT SOD +		
1		56.2.2.21	56.2.2.22	URETEROLITOTOMIA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		56.3.3.00	56.3.3.01	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCOPICA] DE URETER ANTEROGRADA CON NEFROSCOPIO FLEXIBLE		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1		56.3.3.11	56.3.3.12	BIOPSIA CERRADA DE URETER RETROGRADA CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE		
1		56.3.3.21	56.3.3.22	BIOPSIA DE URETER POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		56.4.1.11	56.4.1.12	URETERECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		56.4.1.40	56.4.1.41	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		56.4.2.11	56.4.2.12	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		56.8.7.02	56.8.7.03	URETEROPLASTIA Y/O ANASTOMOSIS TERMINO - TERMINAL DE URETER POR LAPAROSCOPIA		
1		57.1.1.20	57.1.1.21	CISTOTOMIA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
2						
2						
1		57.5.1.11	57.5.1.12	RESECCION DE URACO POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		57.6.0.11	57.6.0.12	CISTECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		57.7.2.10	57.7.2.11	ESCISION O REMODELACION DE VEJIGA PROSTATA, VESICULAS SEMINALES Y TEJIDO RASO (CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA) ASISTIDA POR ROBOT		
1		57.7.2.20	57.7.2.21	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACION URINARIA (CONDUCTO ILEAL) ASISTIDA POR ROBOT		
1		57.7.2.30	57.7.2.31	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE ORTOTOPICA) ASISTIDA POR ROBOT		
1		57.7.2.40	57.7.2.41	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTOTOPICA) ASISTIDA POR ROBOT		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1		57.8.1.11	57.8.1.12	SUTURA DE VEJIGA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		59.0.1.11	59.0.1.12	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		59.0.3.11	59.0.3.12	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		60.1.3.11	60.1.3.12	BIOPSIA DE VESICULA SEMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		60.4.0.11	60.4.0.12	ADENOMECTOMIA RETROPUBICA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		60.5.1.11	60.5.1.12	PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPARASCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		60.7.2.11	60.7.2.13	VESICULOTOMIA SEMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		60.7.2.12	60.7.2.14	VESICULOTOMIA SEMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		60.7.3.11	60.7.3.13	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		60.7.3.12	60.7.3.14	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		62.1.9.11	62.1.9.12	EXPLORACION ABDOMINAL DE TESTICULO NO DESCENDIDO POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		62.3.0.11	62.3.0.13	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		62.3.0.12	62.3.0.14	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		
1		60.1.1.01	60.1.1.01.1	BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL CON INFILTRACIÓN PERIPROSTÁTICA	La biopsia prostática dirigida por ecografía ha disminuido las molestias del paciente al aplicarsele infiltraciones anestésicas en los plexos periprostáticos.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1			60.1.1.01.2	BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL POR SATURACION	biopsia prostatica por saturacion en pacientes con biopsias anteriores negativas	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1		60.1.1.02	60.1.1.02.1	BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA POR ABORDAJE PERINEAL CON INFILTRACIÓN PERIPROSTÁTICA	La biopsia prostática dirigida por ecografía ha disminuido las molestias del paciente al aplicarsele infiltraciones anestésicas en los plexos periprostáticos.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1			60.1.1.02.2	BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA POR ABORDAJE PERINEAL POR SATURACION	biopsia prostatica por saturacion en pacientes con biopsias anteriores negativas	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1		87.7.8.01	87.7.8.03	UROGRAFIA POR TAC	Se ha vuelto la prueba de oro para el diagnóstico de hematurias y patologías del sistema urinario.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1		89.2.9.02	89.2.9.02.1	PRUEBA FRAMACOLOGICA CON AGENTE INTRACAVERNOSO	El estudio de impotencia se puede clasificar según las diferentes pruebas las cuales no necesariamente se hacen a todos los pacientes sino de acuerdo a la clínica y los hallazgos en el momento del diagnóstico, por lo tanto se recomienda individualizar cada prueba diagnóstica. Se agregan los procesos de instruccion al paciente para el tratamiento.	WWW.SCU.ORG.CO http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1			89.2.9.02.20	INSTRUCCIÓN AUTOINYECCION		
1			89.2.9.02.21	INSTRUCCIÓN BOMBA DE VACIO		
1			89.2.9.02.22	INSTRUCCIÓN EXTENSOR PENEANO		
1			89.2.9.02.3	DOPPLER CAVERNOSO Y PENEANO		
1			89.2.9.02.3.1	DOPPLER CAVERNOSO Y PENEANO CON AGENTE INTRACAVERNOSO		
1			89.2.9.02.40	CAVERNOSOMETRIA		
1			89.2.9.02.41	CAVERNOSOGRAFIA		
1			89.2.9.02.5	MONITOREO PENEANO		
1			89.2.9.02.6	BIOTESIOMETRIA		
1			89.2.9.02.7	POTENCIALES EVOCADOS NERVIO PUDENDO		
1		89.2.0.01	89.2.0.03	VIDEO URODINAMIA	La videourodinamia está indicado en ciertas disfunciones vesicales como método diagnóstico.	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1			89.2.0.04	ECO URODINAMIA	La ecourodinamia está indicado en ciertas disfunciones vesicales como método diagnóstico.	
1				NEUROMODULACIÓN SACRA PERIFÉRICA FASE DE PRUEBA	Procedimientos para el manejo de vejiga neurogénica que no responden a tratamiento médico	http://www.uroweb.org/
1				NEUROMODULACIÓN SACRA PERIFÉRICA MAS IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO		http://www.uroweb.org/
1				RETIRO DE IMPLANTES DE NEUROMODULACIÓN SACRA PERIFÉRICA		http://www.uroweb.org/
1				NEUROESTIMULACIÓN DE RAICES ANTERIORES + RIZOTOMÍA SELECTIVA VÍA ABIERTA EXTRADURAL + IMPLANTE DE DISPOSITIVO		http://www.uroweb.org/

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1			63.8.2.1	VASO-VASOSTOMIA MICROQUIRURJICA	procedimiento para reversion de la vasectomia con microcospio quirurgico y suturas microquirurgicas	
1			63.8.3.1	VASO, EPIDIDIMOTOSMIA MICROQUIRURJICA	procedimiento para restablecer la conexión del deferete y epididimo y el paso de espermatozoides con microcospio quirirgico y suturas microquirurjicas	
1			64.5.1.2	CAMBIO DE SEXO GENITAL DE HOMBRE A MUJER	Cirugía indicada en pacientes con síndrome de Harry Benjamin (disforia de genero) incluye penectomia orquidectomia bilateral uretroplastia vaginoplastia y realizacion de labios mayores y menores	www.wpath.org
1			64.5.1.3	CAMBIO DE SEXO GENITAL DE MUJER A HOMBRE	Cirugía indicada en pacientes con síndrome de Harry Benjamin (disforia de genero) incluye reconstruccion peneana,injerto de pene realizacion del injerto vaginectomia escrotoplastia. No incluye colocacion de protesis peneananas o testiculares	www.wpath.org
1			55.6.2.01 (56.8.9.20)	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE VIA URINARIA DE RIÑÓN TRASPLANTADO	cirugia Indicada en pacientes con trasplante renal que presentan lesion extensa del ureter o reflujo vesicoureteral del injerto renal	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1			56.01.03	RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR EN URETER CON LASER (FOTOVAPORISACION)	TRATAMIENTO PARA TUMORES UROTELIARES DE BAJO GRADO	http://www.uroweb.org/
1			55.22.03	RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR EN PELVIS RENAL (FOTOVAPORISACION)	TRATAMIENTO PARA TUMORES UROTELIARES DE BAJO GRADO	http://www.uroweb.org/
1			57.02.01	REMOCION TRANSURETRAL(ENDOSCOPICA) DE CALCULO, CUERPO EXTRAÑO O CUALGULO EN VEJIGA CON LASER (CISTOLITOTOMIA)	TRATAMIENDO ENDOSCOPICO DE CALCULOS VESICALES CIRIGIA MINIMAMENTE INVASIVA	http://www.uroweb.org/
1			57.02.02	REMOCION PERCUTANEA DE CALCULO, CUERPO EXTRAÑO O CUALGULO DE VEJIGA (CISTOLITOTOMIA)	TRATAMIENDO ENDOSCOPICO DE CALCULOS VESICALES CIRIGIA MINIMAMENTE INVASIVA	http://www.uroweb.org/
1			57.02.03	REMOCION PERCUTANEA DE CALCULO, CUERPO EXTRAÑO O CUALGULO DE VEJIGA CON LASER (CISTOLITOTOMIA)	TRATAMIENDO ENDOSCOPICO DE CALCULOS VESICALES CIRIGIA MINIMAMENTE INVASIVA	http://www.uroweb.org/
1			64.49.11	ESCISION DE NODULOS DE ENFERMEDAD DE PEYRONIE CON INJERTO AUTOLOGO	TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE QUE IMPIDE LA PENETRACION	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1			64.49.12	ESCISION DE NODULOS DE ENFERMEDAD DE PEYRONIE CON INJERTO HETEROLOGO	TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE QUE IMPIDE LA PENETRACION	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1			64.98.06	NEUROTOMIA PENEANA	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA EYACULACION PRECOZ	
1			55.02.1	CAMBIO DE NEFROSTOMIA		
1			63.9.2.01	PUNCION PERCUTANEA PARA EXTRACION DE ESPERMATOZOIDES DEL EPIDIDIMO	TRATAMIENTO PARA HOMBRES CON ESTERILIDAD, AZOOSPERMIA OBSTRUCTIVA PARA FERTILIZACION ASISTIDA	http://www.uroweb.org/
1			62.1.1.01	FUNCION PERCUTANEA PARA EXTRACION DE ESPERMATOZOIDES DEL TESTICULO	TRATAMIENTO PARA HOMBRES CON ESTERILIDAD, AZOOSPERMIA OBSTRUCTIVA PARA FERTILIZACION ASISTIDA	http://www.uroweb.org/
1			63.9.2.02	EXTRACCION MICROQUIRURGICA DE ESPERMATOZOIDES DEL EPIDIDIMO	TRATAMIENTO PARA HOMBRES CON ESTERILIDAD, AZOOSPERMIA OBSTRUCTIVA PARA FERTILIZACION ASISTIDA	http://www.uroweb.org/
1			62.1.2.01	EXTRACCION MICROQUIRURGICA DE ESPERMATOZOIDES DEL TESTICULO	TRATAMIENTO PARA HOMBRES CON ESTERILIDAD, AZOOSPERMIA OBSTRUCTIVA PARA FERTILIZACION ASISTIDA	http://www.uroweb.org/
1				RECEPCION TRANSURETRAL DE CONDUCTOS EYACULADORES OBSTRUIDOS	TRATAMIENTO DE LA AZOOSPERMIA OBSTRUCTIVA	http://www.uroweb.org/
1			64.10.00	TRANSPLANTE DE PENE	TRATAMIENTO PARA PACIENTES QUE HAN PERDIDO EL PENE POR TRAUMA, CANCER ETC, PENE DE DONANTE CADAVERICO	
1			64.9.5.01	INSERCION O REMPLAZO DE PROTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RIGIDA Y SEMIRIGIDA) CON REMODELACION PENEANA EN ENFERMEDAD DE PEYRONIE	COLOCACION DE PROTESIS EN PACIENTES CON EMFERMEDAD DE PEYRONIE QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO MEDICO	http://www.AUAnet.org http://www.uroweb.org/
1			64.9.7.01	INSERCION O SUSTITUCION DE PROTESIS DE PENE INFLABLE DE PENE CON REMODELACION EN EMFERMEDAD DE PEYRONIE	COLOCACION DE PROTESIS EN PACIENTES CON EMFERMEDAD DE PEYRONIE QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO MEDICO	
1			64.9.6.01	RETIRO DE PROTESIS PENEANA RIGIDA Y SEMIRIGIDA	RETIRO DE PROTESIS	
1			64.9.6.02	RETIRO DE PROTESIS PENEANA INFLABLE	RETIRO DE PROTESIS	
1			64.9.8.04.01	CORRECION DE ANGULACION PENEANA COMPLEJA	PACIENTES CON ANGULACION PENEANA COMPLEJA QUE NECESITA PROCEDIEMIENTOS ADICIONALES INCLUYENDO INJERTOS	
1			64.9.8.06	CORRECION DE FUGA VENOSA EN PENE	PACIENTES CON DISFUNCIOL ERECTIL POR DISFUCION VENO-OCLUSIVA (FUGA VENOSA PRIMARIO)	

Fuente: Sociedad Colombiana de Urología

Anexo 16 Ficha Técnica de Actualización Neumología y Cirugía de Tórax

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORIA	33.4.4.01		RESECCION EN MANGUITO CON RECONSTRUCCION BRONQUIAL	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION DE TUMORES PRIMARIOS O SECUNDARIOS BRONQUIALES QUE REQUIEREN RESECICON Y REIMPLANTACION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20494020
1	SUBCATEGORIA	33.4.2.10		CIERRE DE FISTULA BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TRAUMA Y NEUMOTORAX ESPONTANEO CON FISTULA BRONCOPLEURAL PERSISTENTE	http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/34531.pdf
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.10		LOBECTOMIA SEGMENTARIA (LOBECTOMIA PARCIAL O RESECCION EN CUÑA) POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO HACE 15 AÑOS PARA RESECCIONES PULMOANRES PEQUEÑAS NO ANATOMICAS DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872730
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.12		LOBECTOMIA SEGMENTARIA (LOBECTOMIA PARCIAL O RESECCION EN CUÑA) POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO HACE 15 AÑOS PARA RESECCIONES PULMOANRES PEQUEÑAS NO ANATOMICAS DE MINIMA INVASION ASISTIDO POR ROBOT	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022522313011434
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.11		LOBECTOMIA SEGMENTECTARIA PULMONAR ANATOMICA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO HACE 15 AÑOS PARA RESECCIONES PULMONARES PEQUEÑAS ANATOMICAS DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872730
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.13		LOBECTOMIA SEGMENTECTARIA PULMONAR ANATOMICA POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO HACE 15 AÑOS PARA RESECCIONES PULMONARES PEQUEÑAS ANATOMICAS DE MINIMA INVASION ASISTIDO POR ROBOT	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022522313011434
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.10		LOBECTOMIA PULMONAR TOTAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27592603
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.12		LOBECTOMIA PULMONAR TOTAL POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE TORACOSCOPIA ASISTDA POR ROBOT PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22104677
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.11		BILOBECTOMIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27592603 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22112798
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.13		BILOBECTOMIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DEL ROBOT PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27592603

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.01		BILOBECTOMIA PULMONAR	EL CODIGO NO ESTA CREADO	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22112798
1	SUBCATEGORIA	32.5.1.10		NEUMONECTOMIA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1883306
1	SUBCATEGORIA	32.5.1.11		NEUMONECTOMIA POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DEL ROBOT PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	Spaggiari L, et al. Robotically assisted pneumonectomy for lung cancer. R.G.Inderbitzi et al. (eds), Minimally Invasive Thoracic and Cardiac Surgery Textbook and Atlas. Springer-Verlag, 2012: 161-174
1	SUBCATEGORIA	32.5.2.10		NEUMONECTOMIA RADICAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1883306
1	SUBCATEGORIA	32.5.2.11		NEUMONECTOMIA RADICAL POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DEL ROBOT PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	Spaggiari L, et al. Robotically assisted pneumonectomy for lung cancer. R.G.Inderbitzi et al. (eds), Minimally Invasive Thoracic and Cardiac Surgery Textbook and Atlas. Springer-Verlag, 2012: 161-174
1	SUBCATEGORIA	32.2.1.11		REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR UNILATERAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9230727
1	SUBCATEGORIA	32.2.1.12		REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR BILATERAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9230727
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.01		RESECCION DE METASTASIS PULMONARES UNILATERALES POR TORACOTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION MULTIPLES DE LESIONES PULMONARES SECUNDARIAS A ENFERMEDAD METASTASICA	http://www.uptodate.com/contents/surgical-resection-of-pulmonary-metastases-benefits-indications-preoperative-evaluation-and-techniques

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.02		RESECCION BILATERAL DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOTOMIA O ESTERNOTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION MULTIPLES DE LESIONES PULMONARES SECUNDARIAS A ENFERMEDAD METASTASICA	http://www.uptodate.com/contents/surgical-resection-of-pulmonary-metastases-benefits-indications-preoperative-evaluation-and-techniques
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.12		RESECCION DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26830908
1	SUBCATEGORIA	32.5.3.01		PLEURO NEUMO PERICARDIECTOMIA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCION	EL CODIGO NO ESTA CREADO PROCEDIMIENTO PARA RESECCION DE MESOTELIOMA PLEURAL	http://www.cancer.org/cancer/malignantmesothelioma/detailedguide/malignant-mesothelioma-treating-surgery
1	SUBCATEGORIA	31.1.3.01		TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA	EL CODIGO NO ESTA CREADO PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION REALIZADO EN UCI NO REQUIERE ANESTESIOLOGO NO TRASLADO A SLAS DE CIRUGIA MENOS COMPLICACIONES	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27437615
1	SUBCATEGORIA	31.5.0.01		RESECCION DE TRAQUEA CON RECONSTRUCCION E INTERPOSICION DE COLGAJO	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION TRAQUEAL POR ESTENOSIS CON RECONSTRCCION COMPLEJA INTERPOSICIONES Y ROTACIOND E COLGAJOS MUSCULARES	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775259/
1	SUBCATEGORIA	31.5.0.02		RESECCION DE TUMOR DE TRAQUEA CERVICAL CON RECONSTRUCCION Y/O LINFADENECTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION TRAQUEAL POR NEIPLASIA CON RECONSTRCCION COMPLEJA Y LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775259/
1	SUBCATEGORIA	31.5.0.03		RESECCION DE TUMOR DE TRAQUEA CERVICO-TORACICA CON RECONSTRUCCION Y/O LINFADENECTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION TRAQUEAL POR NEIPLASIA CON RECONSTRCCION COMPLEJA Y LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775259/
1	SUBCATEGORIA	31.5.0.04		RESECCION DE TUMOR DE TRAQUEA TORACICA CON RECONSTRUCCION Y/O LINFADENECTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION TRAQUEAL POR NEIPLASIA CON RECONSTRCCION COMPLEJA Y LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775259/
1	SUBCATEGORIA	31.5.0.05		RESECCION DE CARINA CON REIMPLANTACION BRONQUIAL	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION DE CARINA POR NEOPLASIA CON REIMPLANTACIONES BRONQUIAL BILATERAL	http://www.ctsnet.org/article/technical-options-

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						carinal-resection-and-reconstruction
1	SUBCATEGORIA	31.7.3.02		CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION TRAQUEAL	EL CODIGO NO ESTA CREADO PROCEDIMIENTO QUE REQUIERE RESECCION TRAQUEAL Y RECONSTRCCION DE LA MISMA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775259/
1	SUBCATEGORIA	34.0.3.01		TORACOSTOMIA ABIERTA CON APLICACION DE SISTEMA ASISTIDO POR VACIO	EL CODIGO NO ESTA CREADO EL SISTEMA DE VACIO PERMITE EL DRENAJE CONTINUO DE SECRECIONES ESTIMULA LA CICATRIZACION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19766795
1	SUBCATEGORIA	34.0.3.02		LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE TORACOSTOMIA ABIERTA MAS APLICACION DE SISTEMA DE VACIO	EL CODIGO NO ESTA CREADO LAVADO DE LA TORACOSTOMIA CON CMABIO DEL SISTEMA DE VACIO	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19766795
1	SUBCATEGORIA	34.7.0.06		RECONSTRUCCION DE PARED TORACICA CON DISPOSITIVOS DE FIJACION O MATERIAL DE OSTEOSISTESIS	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TRAUMA MAYOR DE REJA COSTAL TORAX INESTABLE O EN CASOS DE RESECCIONES RADICALES DE LA PARED TORACICA INSUMOS DIFERENTES A LAS PROTESIS EL MATERIAL ES TINATINO	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694995/
1	SUBCATEGORIA	34.7.8.03		RECONSTRUCCION DE ESTERNON CON DISPOSITIVOS O MATERIAL DE OSTEOSISTESIS	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TRAUMA MAYOR DE ESTERNON TORAX INESTABLE O EN CASOS DE RESECCIONES RADICALES DE LA PARED TORACICA INSUMOS DIFERENTES A LAS PROTESIS EL MATERIAL ES TINATINO	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694995/
1	SUBCATEGORIA	34.7.8.04		FIJACION DE ESTERNON CON DISPOSITIVOS O MATERIAL DE OSTEOSISTESIS	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE OSTEOMIELITIS DE ESTERNON POR MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ESTERNOTOMIA INSUMOS DIFERENTES A LAS PROTESIS MATERIAL ES TITATNIO	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134981/
1	SUBCATEGORIA	77.9.1.06		RESECCION RADICAL DE PARED TORACICA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TUMOR MALIGNOS DE LA PARED TORACICA O TUMORES DEL PULMON CON COMPROMISO DE LA PARED TORACICA INCLUYE LINFADENECTOMIA MEDIASTINALES Y/O AXILAR	https://books.google.com.co/books?id=bVEEHmpU-1wC&pg=PA671&lpg=PA671&dq=rib+tumors&source=bl&ots=sGAxa7MTit&sig=yhLL-ctiQx0Q6ZFRGav8DLm9Z1M&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiSlOCRqIPPAhWBlB4KHcdjB804HhDoAQgjMAI#v=

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						onepage&q=rib%20tumors&f=false
1	SUBCATEGORIA	34.7.5.01		TORACOPLASTIA CON APLICACION DE BARRA DE NUSS	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE DEFORMIDAD DE LA PARED TORACICA PECTOS EXCAVATUM O CARINATUM	http://mmcts.oxfordjournals.org/content/2007/0102/mmcts.2004.000315.full.pdf http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15868582
1	SUBCATEGORIA	78.6.1.03		EXTRACCION DE ALAMBRES IMPLANTADOS EN ESTERNON	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE REACCION A CUPERO EXTRAÑO POSTERIOR A CIERRE DE ESTERNOTOMIA	NO ENCONTRE LITERATURA
1	SUBCATEGORIA	78.6.1.04		EXTRACCION DE BARRA DE NUSS	EL CODIGO NO ESTA CREADO POSTERIOR A LA TORACOSPLASTIA CON BARRA DE NUSS	http://www.brmedical.com.mx/estudios/medxpert/pes%20esp%20articulo%202%20retiro%20de%20barra%20del%20pectus%20excavatum%20de%20minima%20invasion.pdf
1	SUBCATEGORIA	34.0.2.01		TORACOTOMIA PARA ABORDAJE ANTERIOR DE COLUMNA TORACICA Y/O TORACOABDOMINAL	EL CODIGO NO ESTA CREADO ABORDAJE ANTERIOR DE COLUMNA INCLUYE CERVICO TORACOTOMIA , TORACOTOMIA O TORACOFRENOLAPAROTOMIA	http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-74342010000300008
1	SUBCATEGORIA	54.9.0.05		COLOCACION DE CATETER TORACICO IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO DISPOSITIVO CON RESERVORIO SUBCUTANEO PARA QUIMITERAPIA	http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion3/capitulo45/capitulo45.htm
1	SUBCATEGORIA	83.1.9.04		ESCALENOTOMIA CON RESECCION TOTAL DE COSTILLA	EL CODIGO NO ESTA CREADO PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE OPERCULO TORACICO	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26992617
1	SUBCATEGORIA	54.9.0.06		COLOCACION DE CATETER PLEURAL PERMANENTE	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE DERRAME PLEURALES DE DIFICIL MANEJO SIN RESPUESTA A LA PLEURODESIS	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27256467
1	SUBCATEGORIA	34.2.4.04		RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PLEURA POR TORACOTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TUMOR FIBROSO DE PLEURA DE TAMAÑO MEDIANO O GRANDE QUE NO SE PUEDA REALIZAR POR TORACOSCOPIA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930758/
1	SUBCATEGORIA	34.2.4.05		RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PLEURA POR TORACOTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TUMORES MALIGNOS DE PLEURA DE TAMAÑO MEDIANO O GRANDE QUE NO SE PUEDA REALIZAR POR TORACOSCOPIA	http://link.springer.com/article/10.1007/s11748-012-0100-9

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORIA	34.2.4.10		RESECCION DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO PARA RESECCIONES DE TUMORES DE PLEURA PLEQUEÑOS MENOR INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930758/
1	SUBCATEGORIA	34.5.1.10		PLEURECTOMIA PARIETAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE MANEJOD E NEUMOTORAX ESPONTANEO PRIMARIO O SECUNDARIO EN CASO DE DERRAME PLEURAL DE DIFICIL MANEJO	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8419713 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8702200
1	SUBCATEGORIA	34.5.3.10		DECORTICACION PULMONAR POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE EMPIEMA PLEURAL	Roberts JR. Minimally invasive surgery in the treatment of empyema: intraoperative decision making. Ann Thorac Surg 2003;76:225-30.
1	SUBCATEGORIA	07.8.2.10		ESCISION TOTAL DEL TIMO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TUMORES DEL TIMO O MIASTENIA GRAVIS REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621934/
1	SUBCATEGORIA	07.8.2.11		ESCISION TOTAL DEL TIMO POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TUMORES DEL TIMO O MIASTENIA GRAVIS REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DEL ROBOT	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693143/
1	SUBCATEGORIA	34.1.1.10		EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE MEDIASTINITIS CERVICAL DESCENDENTE O PRIMARIA MENOR INVASION	Shimizu K, et al. Successful video-assisted mediastinoscopic drainage of descending necrotizing mediastinitis. Ann Thorac Surg 2006;81:2279-81.
1	SUBCATEGORIA	34.1.1.01		LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO MAS APLICACION DE SISTEMA ASISTIDO POR VACIO	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE MEDIASTINITIS POST ESTERNOTOMIA FACILITA EL DRENAJE DE SECRECION ESTIMULA LA CICATRIZACION DISMINUYE EL TIEMPO DE EVOLUCION A LA MEJORIA	http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.596.8625&rep=rep1&type=pdf
1	SUBCATEGORIA	05.2.3.01		SIMPATECTOMIA TORACICA UNILATERAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO MANEJO DEL SINDROME DE REYNAUD	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16564187
1	SUBCATEGORIA	05.2.3.02		SIMPATECTOMIA TORACICA BILATERAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO MANEJO DE HIPERHIDROSIS FACIAL AXILAR O PALMAR MANEJO DEL SINDROME DE REYNAUD	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27187774

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORIA	34.2.6.10		BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLLO DE LA TORACOSCOPIA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20451133
1	SUBCATEGORIA	34.2.6.11		BIOPSIA DE ADENOPATIAS MEDIASTINALES POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO DIFERENTE A LA LINFADENECTOMIA SOLO TOMA DE MUESTRAS DE ADENOPATIAS DEL MEDIASTINO MENOR INVASION	http://www.ctsnet.org/article/vats-mediastinal-nodal-dissection
1	SUBCATEGORIA	34.3.2.03		RESECCION DE TUMOR NEUROGENICO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TUMORES DEL MEDIASTINO POSTERIOR SURCO COSTO VERTEBRAL	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1421128/
1	SUBCATEGORIA	40.6.4.10		LIGADURA DE CONDUCTO TORACICO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE QUILOTORAX SE REALIZA DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1522294212001511
1	SUBCATEGORIA	40.5.1.10		VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO MEDIASTINAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE MANEJO CURATIVO DEL TUMOR BRONCOGENICO ASOCIADO A LA LOBECTOMIA O NEUMONECTOMIA	http://www.ctsnet.org/article/vats-mediastinal-nodal-dissection
1	SUBCATEGORIA	40.5.1.01		VACAMIENTO RADICAL LINFATICO MEDIASTINAL POR MEDIASTINOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE LA ESTADICICACION MEDIASTINAL DE LOS TUMORES BRONCOGENICOS	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17409815
1	SUBCATEGORIA	34.1.1.03		EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE MEDIASTINITIS CERVICAL DESCENDENTE O PRIMARIA CUANDO NO ES POSIBLE SU REALIZACION POR TORACOSCOPIA POR EL ESTADO DEL PACIENTE	http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-quirurgico-mediastinitis-necrosante-descendente-S0009739X13000341?redirectNew=true
1	SUBCATEGORIA	34.8.6.10		PLICATURA DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE PARALISIS DIAFRAGMATICA PRIMARIA O SECUNDARIA CON COMPROMISO RESPIRATORIO DE MINIMA INVASION REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25712984
1	SUBCATEGORIA	53.7.0.10		REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA POR LAPAROSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE HERNIAS NO AGUDAS REALIZADO DESDE EL DESARROLO DE LA LAPAROSCOPIA MINIMA INVASION	http://www.sages.org/meetings/annual-meeting/abstracts-archive/laparoscopic-diaphragmatic-hernia-repair-with-mesh/

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORIA	53.7.1.10		REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE HERNIAS NO AGUDAS REALIZADO DESDE EL DESARROLO DE LA TORACOSCOPIA MINIMA INVASION	http://www.atcs.jp/pdf/2011_17_2/185.pdf
1	SUBCATEGORIA	33.4.3.10		CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN INTRATORACICO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TRAUMA CERRADO O PENETRANTE LACERACIONES PULMONARES LESIONES DE VASOS DE PEQUEÑO Y MEDIANO CALIBRE	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3988308/
1	SUBCATEGORIA	34.8.5.10		IMPLANTACION DE MARCAPASO DIAFRAGMATICO POR TORACOSCOPIA O LAPAROSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TRAUMA RAQUIMEDULAR LESION DEL FRENICO MINIMA INVASION POR CUALQUIERA DE LAS DOS TECNICAS	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4350829/
1	SUBCATEGORIA	37.2.6.10		BIOPSIA DE PERICARDIO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA O TUMORAL DEL PERICARDIO MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16039214
1	SUBCATEGORIA	37.3.1.10		PERICARDIECTOMIA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE RESECCION DEL PERICARDIO POR PERICARDITIS CONSTRICTIVA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379795
1	SUBCATEGORIA	37.3.1.10		ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO MENOR INVASION REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1412390
1	SUBCATEGORIA	42.4.0.10		ESOFAGECTOMIA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO MENOR INVASION REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA	http://www.atcs.jp/pdf/2005_11_4/221.pdf
1	SUBCATEGORIA	42.4.0.11		ESOFAGECTOMIA POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO MENOR INVASION REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DEL ROBOT	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037415/
1	SUBCATEGORIA	42.3.1.10		DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO MENOR INVASION REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24043908
1	SUBCATEGORIA	42.3.1.03		DIVERCITULOSTOMIA ESOFAGICA TRANSORAL	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE DIVERTICULO ESOFAGICO DE ZENKER MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24043908
1	SUBCATEGORÍA	31.3.2.03		EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA (RÍGIDA O DE FIBRA ÓPTICA) DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA CON CRIOSONDA	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, basada en la utilización de frio extremo de baja morbimortalidad de igual ó mayor eficacia que lo métodos actualmente utilizados	http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1513/AnnalsATS.201601-062FR?url_ver=Z39.88- http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1513/AnnalsATS.201601-

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						062FR?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed#.V7I_MMfn-YV
1	SUBCATEGORÍA	31.4.4.01		BIOPSIA CERRADA DE TRÁQUEA O BRONQUIO [ENDOSCÓPICA] CON CRIOSONDA	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, basada en la utilización de frio extremo de baja morbimortalidad de mayor eficacia que lo métodos actualmente utilizados	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4930966/
1	SUBCATEGORÍA	31.5.1.04		RECANALIZACIÓN ENDOSCÓPICA (RÍGIDA O DE FIBRA ÓPTICA) DE TRÁQUEA CON LÁSER, BRAQUITERAPIA, CRIOTERAPIA, ELECTROTERAPIA O DIATERMIA	Tratamiento endoscópico ideal de la obstrucción de la vía de aérea central de cualquier etiológía, en la actualidad no codificada como tal.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4907682/
1	SUBCATEGORÍA	31.5.1.04		RECANALIZACIÓN ENDOSCÓPICA (RÍGIDA O DE FIBRA ÓPTICA) DE BRONQUIO CON LÁSER, BRAQUITERAPIA, CRIOTERAPIA, ELECTROTERAPIA O DIATERMIA	Tratamiento endoscópico ideal de la obstrucción de la vía de aérea central de cualquier etiológía, en la actualidad no codificada como tal.	https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1395501
1	SUBCATEGORÍA	33.2.0.03		BRONCOSCOPIA FIBRO-ÓPTICA CON CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, basada en la utilización de frio extremo de baja morbimortalidad de igual ó mayor eficacia que lo métodos actualmente utilizados	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3827078/
1	SUBCATEGORÍA	31.9.2.03		DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA TRÁQUEA CON TRAQUEOPLASTIA	Aplicación de una tecnologia, poco invasiva, basada en la utilización de sistemas mecánicos, no codificados como tal, de baja morbimortalidad	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731900/
1	SUBCATEGORÍA	33.2.0.04		BRONCOSCOPIA FIBRO-ÓPTICA CON CRIOBIOPSIA TRAQUEAL O BRONQUIAL	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, basada en la utilización de frio extremo de baja morbimortalidad de igual ó mayor eficacia que lo métodos actualmente utilizados	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23424947
1	SUBCATEGORÍA	31.9.2.04		DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA TRÁQUEA CON INSERCION DE PROTESIS (STENT)	Tecnologia en uso desde hace varios años, no codificada de manera específica	http://www.semthorcardiovascsurg.com/article/S1043-0679(14)00010-0/pdf
1	SUBCATEGORÍA	33.2.0.03		BRONCOSCOPIA FIBRO-ÓPTICA CON IMPLANTE DE VALVULAS PARA REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, de baja morbimortalidad y alta eficacia, aun no codificada	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4904517/pdf/CRJ2016-6462352.pdf
1	SUBCATEGORÍA	33.2.0.04		BRONCOSCOPIA FIBRO-ÓPTICA CON IMPLANTE DE BOBINAS (COILS) PARA REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, de baja morbimortalidad y alta eficacia, aun no codificada	http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2529622

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORÍA	33.2.0.05		BRONCOSCOPIA FIBRO-ÓPTICA CON TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA, AUTOFLUORESCENCIA O ESPECTROSCOPIA	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, de baja morbimortalidad y alta eficacia, aun no codificada	http://journals.lww.com/co-pulmonarymedicine/pages/articleviewer.aspx?year=2016&issue=05000&article=00014&type=abstract
1	SUBCATEGORÍA	33.2.0.06		BRONCOSCOPIA FIBRO-OPTICA CON ULTRASONIDO ENDOBRONQUIAL (ECOBRONCOSCOPIA) Y BIOPSIA TRANSBRONQUIAL CON AGUJA	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, de baja morbimortalidad y alta eficacia, aun no codificada	http://www.respiratoryinvestigation.com/article/S2212-5345(16)00029-0/abstract
1	SUBCATEGORÍA	33.2.0.07		BRONCOSCOPIA FIBRO-OPTICA CON TERMOPLASTIA BRONQUIAL	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, de baja morbimortalidad y alta eficacia, aun no codificada	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269231/
1	SUBCATEGORÍA	34.0.4.00		IMPLANTE PERCUTANEO DE CATETER PERMANENTE PARA DRENAJE DE DERRAME PLEURAL CRÓNICO	Aplicación de una nueva tecnologia, poco invasiva, de baja morbimortalidad y alta eficacia, aun no codificada	http://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e011480.full.pdf+html
1	SUBCATEGORIA	33.4.4.01		RESECCION EN MANGUITO CON RECONSTRUCCION BRONQUIAL	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION DE TUMORES PRIMARIOS O SECUNDARIOS BRONQUIALES QUE REQUIEREN RESECICON Y REIMPLANTACION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20494020
1	SUBCATEGORIA	33.4.2.10		CIERRE DE FISTULA BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO EN CASO DE TRAUMA Y NEUMOTORAX ESPONTANEO CON FISTULA BRONCOPLEURAL PERSISTENTE	http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/34531.pdf
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.10		LOBECTOMIA SEGMENTARIA (LOBECTOMIA PARCIAL O RESECCION EN CUÑA) POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO HACE 15 AÑOS PARA RESECCIONES PULMOANRES PEQUEÑAS NO ANATOMICAS DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872730
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.12		LOBECTOMIA SEGMENTARIA (LOBECTOMIA PARCIAL O RESECCION EN CUÑA) POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO HACE 15 AÑOS PARA RESECCIONES PULMOANRES PEQUEÑAS NO ANATOMICAS DE MINIMA INVASION ASISTIDO POR ROBOT	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022522313011434
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.11		LOBECTOMIA SEGMENTECTARIA PULMONAR ANATOMICA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO HACE 15 AÑOS PARA RESECCIONES PULMONARES PEQUEÑAS ANATOMICAS DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872730
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.13		LOBECTOMIA SEGMENTECTARIA PULMONAR ANATOMICA POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO HACE 15 AÑOS PARA RESECCIONES PULMONARES PEQUEÑAS ANATOMICAS DE MINIMA INVASION ASISTIDO POR ROBOT	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022522313011434

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.10		LOBECTOMIA PULMONAR TOTAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27592603
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.12		LOBECTOMIA PULMONAR TOTAL POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE TORACOSCOPIA ASISTDA POR ROBOT PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22104677
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.11		BILOBECTOMIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27592603 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22112798
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.13		BILOBECTOMIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DEL ROBOT PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27592603
1	SUBCATEGORIA	32.4.2.01		BILOBECTOMIA PULMONAR	EL CODIGO NO ESTA CREADO	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22112798
1	SUBCATEGORIA	32.5.1.10		NEUMONECTOMIA POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1883306
1	SUBCATEGORIA	32.5.1.11		NEUMONECTOMIA POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DEL ROBOT PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	Spaggiari L, et al. Robotically assisted pneumonectomy for lung cancer. R.G.Inderbitzi et al. (eds), Minimally Invasive Thoracic and Cardiac Surgery Textbook and Atlas. Springer-Verlag, 2012: 161-174
1	SUBCATEGORIA	32.5.2.10		NEUMONECTOMIA RADICAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1883306
1	SUBCATEGORIA	32.5.2.11		NEUMONECTOMIA RADICAL POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DEL ROBOT PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	Spaggiari L, et al. Robotically assisted pneumonectomy for lung cancer. R.G.Inderbitzi et al. (eds), Minimally Invasive Thoracic and Cardiac Surgery Textbook and Atlas. Springer-Verlag, 2012: 161-174

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORIA	32.2.1.11		REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR UNILATERAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9230727
1	SUBCATEGORIA	32.2.1.12		REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR BILATERAL POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9230727
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.01		RESECCION DE METASTASIS PULMONARES UNILATERALES POR TORACOTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION MULTIPLES DE LESIONES PULMONARES SECUNDARIAS A ENFERMEDAD METASTASICA	http://www.uptodate.com/contents/surgical-resection-of-pulmonary-metastases-benefits-indications-preoperative-evaluation-and-techniques
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.02		RESECCION BILATERAL DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOTOMIA O ESTERNOTOMIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO RESECCION MULTIPLES DE LESIONES PULMONARES SECUNDARIAS A ENFERMEDAD METASTASICA	http://www.uptodate.com/contents/surgical-resection-of-pulmonary-metastases-benefits-indications-preoperative-evaluation-and-techniques
1	SUBCATEGORIA	32.3.1.12		RESECCION DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	EL CODIGO NO ESTA CREADO REALIZADO DESDE EL DESARROLLO DE LA TORACOSCOPIA PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26830908
1	SUBCATEGORIA	32.5.3.01		PLEURO NEUMO PERICARDIECTOMIA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCION	EL CODIGO NO ESTA CREADO PROCEDIMIENTO PARA RESECCION DE MESOTELIOMA PLEURAL	http://www.cancer.org/cancer/malignantmesothelioma/detailedguide/malignant-mesothelioma-treating-surgery
					EL CODIGO NO ESTA CREADO PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION REALIZADO EN UCI NO REQUIERE ANESTESIOLOGO NO TRASLADO A SLAS DE CIRUGIA MENOS COMPLICACIONES	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27437615

Fuente: Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax

Anexo 17 Ficha Técnica de Actualización de Otología y Neurotología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	18.0.3.02		EXTRACCION DE CERUMEN Y/O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oido externo. El lavado de oido es un procedimiento reservado exclusivamente para los cuerpos extraños redondos o lisos. Todas las demás extracciones de cuerpo extraño o de cerumen impactado que no requieran incisión se deben hacer bajo este código ya sea por visión microscópica o endoscópica.	Endican S, Garap JP, Dubey SP. Ear, nose and throat foreign bodies in Melanesian children: an analysis of 1037 cases. Int J Pediatr otorhinolaryngol. 2006 Sep; 70(9): 1539-45. Krauss BS, Green SM. Removal of foreign bodies from the ear and nose. N Engl Med. 2016 Jul 14; 375(2):194.
3	4	18.3.1.04	Auriculectomia (Parcial o total) con resección parcial o total de hueso temporal	AURICULECTOMÍA (PARCIAL O TOTAL)	Se requiere modificar código ya que la resección parcial o total del hueso temporal no se puede incluir dentro de la misma auriculectomía ya que es un procedimiento adicional, extenso, de gran experticia médico quirúrgica, que puede o no realizarse al tiempo con la auriculectomía	
2	4	19.1.1.00	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACION DE PRÓTESIS SOD	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACION DE PRÓTESIS	Se requiere retirar SOD (sin otra desagregación) ya que se desea adicionar los siguientes códigos implicando desagregación.	Presutti L., Marchioni D. Endoscopic Ear Surgery. Thieme. 2015. Pollak N. Endoscopic Ear Surgery. Plural Publishing. 2014. Endoscopic Ear Surgery. Otolaryngologic clinics of North America. Vol.46 (2); 2013: iii-260.
1	4	19.1.1.02		ESTAPEDOTOMÍA O ESTAPEDECTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS CON APOYO ENDOSCÓPICO	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oído medio con el advenimiento de las tecnologías de cirugía mínimamente invasiva como el abordaje endoscópico. Estos procedimientos nuevos no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y un entrenamiento adicional.	Presutti L., Marchioni D. Endoscopic Ear Surgery. Thieme. 2015. Pollak N. Endoscopic Ear Surgery. Plural Publishing. 2014. Endoscopic Ear Surgery. Otolaryngologic clinics of North America. Vol.46 (2); 2013: iii-260.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	19.1.1.03		ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACION DE PRÓTESIS CON LÁSER	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oído medio con el advenimiento de las tecnologías de cirugía mínimamente invasiva como el abordaje endoscópico. Estos procedimientos nuevos no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y un entrenamiento adicional. El objetivo de esta técnica es realizar la estapedotomía y aún la colocación de la prótesis con láser con el objetivo de disminuir las complicaciones posoperatorias o intraoperatorias asociadas como sordera total o vértigo incapacitante y aumentar las posibilidades de éxito.	
2	4	19.2.1.00	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDECTOMÍA SOD	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA	Se requiere retirar SOD (sin otra desagregación) ya que se desea adicionar el siguiente código implicando desagregación.	Presutti L., Marchioni D. Endoscopic Ear Surgery. Thieme. 2015. Pollak N. Endoscopic Ear Surgery. Plural Publishing. 2014. Endoscopic Ear Surgery. Otolaryngologic clinics of North America. Vol.46 (2); 2013: iii-260.
1	4	19.2.1.01		REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON LÁSER	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oído medio con el advenimiento de las tecnologías de cirugía mínimamente invasiva como el abordaje endoscópico. Estos procedimientos nuevos no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y un entrenamiento adicional. El objetivo de esta técnica es realizar la revisión de la estapedotomía o estapedectomía con el apoyo del láser con el objetivo de disminuir las complicaciones posoperatorias o intraoperatorias asociadas como sordera total o vértigo incapacitante y aumentar las posibilidades de éxito de la revisión al ampliar	Young E, Mitchell-Innes A, Jindal M. Lasers in stapes surgery: a review. J Laryngol Otol. 2015 Jul; 129(7): 627-33. Wegner I, Kamalski DM, Tange RA, Vincent R, Stegeman I, Van Der Heijden GJ, Grolman W. Laser versus conventional fenestration in stapedotomy for otosclerosis: a systematic review. Laryngoscope. 2014 jul; 124(7): 1687-93. Albers AE, Schonfeld U,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					las posibilidades de manejar el origen del fallo de la cirugia previa como recrecimiento de esclerosis o otoespongiosis activa o requerir nueva fenestración donde la precisión aumenta con el uso del láser.	Kandilakis K, Jovanovic S. CO2 Laser revision stapedotomy. Laryngoscope. 2013 Jun; 123(6): 1519-26. Stucken EZ, Brown KD, Selesnick SH. The use of KTP laser in revision stapedectomy. Otol Neurotol. 2012 Oct; 33(8): 1297-9.
2	2	19.4	Timpanoplastia : incluye aticotomía	Excluir Timpanoplastia tipo I, tipo II o tipo III y solo dejar timpanoplastia definida como el cierre de perforación o reconstrucción del timpano	Incluir los procedimientos de reconstrucción de la cadena osicular en este grupo se presta para confusión de nomenclatura, de facturación y son procedimientos diferentes en el oído medio que se pueden o NO realizar durante el mismo acto quirúrgico.	Otol Neurotol. 2012 Jun;33(4):586-90. doi: 10.1097/MAO.0b013e31824b78ba. Comparison of different grafting techniques in type I tympanoplasty in cases of significant middle ear granulation.
1	4	19.9.1.01		CIERRE DE FISTULA DE VENTANA OVAL	La fistula se puede presentar en el oído medio tanto en la ventana oval como en la ventana redonda del oído medio y son procedimientos diferentes.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America ISRN Otolaryngol. 2012 Jul 31;2012:281248. doi: 10.5402/2012/281248. Print 2012. Perilymph fistula: fifty years of controversy
1	4	19.9.1.02		CIERRE DE FISTULA DE VENTANA REDONDA	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America ISRN Otolaryngol. 2012 Jul 31;2012:281248. doi: 10.5402/2012/281248. Print 2012. Perilymph fistula: fifty years of controversy
1	3	19.9.2		OSICULOPLASTIA	Los procedimientos de reconstrucción de la cadena osicular son procedimientos independientes de la timpanoplastia, requieren	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					de una experticia adicional del cirujano, el tiempo quirúrgico puede ser inclusive mayor a la reconstrucción del tímpano y es un procedimiento independiente de la timpanoplastia.Consiste en la reconstrucción de la cadena osicular en los casos de hipoacusia por disrupción de la cadena de osiculos secundaria a infección, a un colesteatoma, por un trauma o por remoción durante algún procedimiento quirúrgico previo	
1	4	19.9.2.00		RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA OSICULAR CON INJERTO AUTÓLOGO	Los procedimientos de reconstrucción de la cadena osicular son procedimientos independientes de la timpanoplastia, requieren de una experticia adicional del cirujano, el tiempo quirúrgico puede ser inclusive mayor a la reconstrucción del tímpano y es un procedimiento independiente de la timpanoplastia.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Autologous ossiculoplasty following temporal bone fracture. Wu KC, Shu MT, Yang CC. J Laryngol Otol. 2009 Jan;123(1):50-3. doi: 10.1017/S0022215108002387. Epub 2008 May 1.
1	4	19.9.2.01		RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA OSICULAR CON PRÓTESIS ALOPLASICA	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Titanium versus nontitanium ossicular prostheses-a randomized controlled study of the medium-term outcome. Yung M, Smith P. Otol Neurotol. 2010 Jul;31(5):752-8. doi: 10.1097/MAO.0b013e3181de4937. Otol Neurotol. 2009 Apr;30(3):332-8. doi: 10.1097/MAO.0b013e31819679dd. Partial ossicular reconstruction: comparison of three different prostheses in

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						clinical and experimental studies.
2	3	20.0.1	Timpanotomía con inserción de tubo	TIMPANOSTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO	Posible error de transcripción	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.2.4.01		ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA SIN ANESTESIA	El tiempo empleado de un procedimiento sin anestesia y bajo anestesia general es muy diferente.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.2.4.02		ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA BAJO ANESTESIA GENERAL	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
2	3	20.4.1	Mastoidectomía simple	MASTOIDECTOMÍA A LIMITES CON PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR.	El término simple no es adecuado y no se utiliza en la literatura internacional. Muchas veces una mastoidectomía con preservación de la pared posterior "simple" tiene una mayor dificultad y requiere un mayor tiempo quirurgico, así como un entrenamiento adicional del cirujano experto, que una mastoidectomía radical.	
2	4	20.4.1.00	Mastoidectomía simple (atico antromastoidectomía) sod	ATICO ANTROMASTOIDECTOMÍA	El término simple no es adecuado y no se utiliza en la literatura internacional, no es un procedimiento "simple" de realizar, y no hace referencia a la mastoidectomía simple previamente descrita en la literatura.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.4.1.01		MASTOIDECTOMÍA A LIMITES CON PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la mastoides de acuerdo a la nomenclatura mundial y a nuestras guías. Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y entrenamiento adicional y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico. INCLUYE: TIMPANOTOMÍA POSTERIOR que es una técnica quirúrgica cuyo objetivo es la apertura del receso del facial limitado por la cuerda del tímpano lateralmente; el nervio facial medialmente y el butress superiormente, lo que permite exploración y resección de lesiones ubicadas en el seno timpánico, mejorar ventilación o introducir dispositivos que van de oído medio a	Guias ACON - Guias ACORL - Tympanoplasty with intact canal wall mastoidectomy for cholesteatoma: Long-term hearing outcomes. Laryngoscope. 2013 May 20. doi: 10.1002/lary.24202. [Epub ahead of print] Epitympanoplasty with cartilage obliteration in the preservation of posterior canal wall: a technique for surgical treatment of attic cholesteatoma. Otolaryngologic Clinics of

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					oído interno; Y/O EPITIMPANECTOMÍA que significa la extracción del yunque y de la cabeza del martillo en casos en los que están comprometidos y no funcionales por la enfermedad (colesteatoma, timpanosclerosis, trauma), permitiendo mejorar las posibilidades de rehabilitación auditiva con colocación de protesis de reconstrucción de la cadena osicular y la ventilación del oído medio.	North America Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Apr 16. [Epub ahead of print]
2	4	20.4.2.01	MASTOIDECTOMIA RADICAL SOD	MASTOIDECTOMÍA RADICAL CON RECONSTRUCCIÓN DE LA CAVIDAD DE OÍDO MEDIO.	La reconstrucción del oido medio es un procedimiento adicional que implica un tiempo quirurgico adicional significativo, requiere de una experticia adicional y los resultados en el paciente se modifican considerablemente.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 Aug;147(2):316-22. doi: 10.1177/0194599812445539. Epub 2012 May 7. Clinical indications for canal wall-down mastoidectomy
1	4	20.4.3		OTROS PROCEDIMIENTOS DE LA MASTOIDES	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la mastoides de acuerdo a la nomenclatura mundial y a nuestras guías. Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia con entrenamiento adicional y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.4.3.00		DESFUNCIONALIZACIÓN DE LA MASTOIDES	Es la técnica quirúrgica cuyo objetivo es la eliminación de todo el conducto auditivo extenro (CAE), cerrándolo en fondo de saco, y requiere eliminación de la membrana timpánica, martillo, yunque, superestructura del estribo, retirando cualquier resto de piel y obliterando la trompa de Eustaquio. Sus indicaciones incluyen: 1. Pacientes con oído cofótico (sin audición o con sordera total) y con otitis media crónica de	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					difícil manejo quirúrgico, con fracaso en cirugías previas o con erosión importante de la pared posterior del CAE. 2. En cirugía de implante coclear con historia de otitis media crónica, o en los que se requiera remover la pared posterior del CAE para lograr inserción del cable de electrodos en cócleas osificadas o malformadas. 3. Colocación de dispositivos auditivos implantables con antecedente de mastoidectomías radicales previas.	
1		20.4.3.01		CORRECCIÓN DE DIVERTICULO DEL SENO SIGMOIDES	En esta técnica se busca reducir u obliterar un diverticulo formado en el seno sigmoides como causa de un tinitus pulsatil. Se realiza por un abordaje transmastoideo disminuyendo u ocluyendo la luz del diverticulo con diferentes materiales dependiendo de la preferencia del cirujano.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otol Neurotol. 2007 Jan;28(1):48-53. Sigmoid sinus diverticulum: a new surgical approach to the correction of pulsatile tinnitus.
1	4	20.4.3.02		CIERRE DE FISTULA DEL CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR POR VIA TRANSMASTOIDEA	Esta técnica quirúrgica esta diseñada para corregir un defecto oseo que se presenta en el canal semicircular superior con el objetivo de disminuir los sintomas , principalmnente el vértigo que se presenta en el sindrome de tercera ventana. Se realiza a traves de un abordaje transmastoideo y el defecto óseo del canal se cubre con diferentes materiales dependiendo de la preferencia del cirujano.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Laryngoscope. 2012 Aug;122(8):1862-6. doi: 10.1002/lary.23390. Epub 2012 Jul 2. Transmastoid semicircular canal occlusion: a safe and highly effective treatment for benign paroxysmal positional vertigo and superior canal dehiscence.
1	4	20.4.3.03		CIERRE DE FISTULA O DESFUCIONALIZACIÓN DEL CANAL SEMICIRCULAR POSTERIOR POR VIA TRANSMASTOIDEA	Esta técnica quirúrgica esta diseñada para corregir un defecto oseo que se presenta en el canal semicircular posterior con el objetivo de disminuir los sintomas , principalmnente el	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Ann Otol Rhinol Laryngol.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					vértigo que se presenta en el sindrome de tercera ventana. Se realiza a traves de un abordaje transmastoideo y el defecto óseo del canal se cubre con diferentes materiales dependiendo de la preferencia del cirujano.	2013 Apr;122(4):269-72. Repair of posterior semicircular canal dehiscence from a high jugular bulb.
1	4	20.4.3.04		CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMEN MASTOIDEO POR VIA TRANSMASTOIDEA	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la mastoides de acuerdo a la nomenclatura mundial y a nuestras guías. Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia con entrenamiento adicional y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico. El objetivo de esta técnica consiste en cerrar un defecto óseo congénito o iatrogenico presente en el piso de la fosa craneal media a traves de un abordaje transmastoideo y de esta forma evitar la herniación del contenido encefalico hacia la mastoides.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.4.3.05		CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMEN TIMPANICO POR VIA TRANSMASTOIDEA	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la mastoides de acuerdo a la nomenclatura mundial y a nuestras guías. Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia con entrenamiento adicional y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico. El objetivo de esta técnica consiste en cerrar un defecto óseo congénito o iatrogenico presente en el tegmen timpanico a traves de un abordaje transmastoideo y de esta forma evitar la herniación del contenido encefalico hacia el oido medio evitando o corrigiendo problemas en la ventilación del oido medio o de hipoacusia por disrupción de la cadena osicular.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	20.5.1.00		RESECCIÓN ENDOSCÓPICA O MICROSCOPICA TRANSCANAL DE LESIONES DEL OIDO MEDIO (INCLUYE QUISTES EPITELIALES O COLESTEATOMA)	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oído medio con el advenimiento de las tecnologías de cirugía mínimamente invasiva como el abordaje endoscópico. Estos procedimientos nuevos no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y un entrenamiento adicional. Puede acompañar o complementar otros procedimientos de oído o mastoides como la mastoidectomía de muro abajo o muro arriba.	Presutti L., Marchioni D. Endoscopic Ear Surgery. Thieme. 2015. Pollak N. Endoscopic Ear Surgery. Plural Publishing. 2014. Endoscopic Ear Surgery. Otolaryngologic clinics of North America. Vol.46 (2); 2013: iii-260.
2	4	20.5.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR GLÓMICO, VÍA TRANSMASTOIDEA	RESECCIÓN DE TUMOR DE BASE DE CRÁNEO LATERAL VÍA TRANSCANAL Y/O TRANSMASTOIDEA CON Y SIN APOYO ENDOSCÓPICO	Enfocado a la resección de tumores, generalmente benignos y/o quistes epiteliales, NO SÓLO TUMORES GLÓMICOS (QUE ADEMÁS NO ES POSIBLE SABER SI LO SON O NO PREVIO A TENER EL REPORTE DE LA PATOLOGÍA), que comprometen la cavidad timpánica y/o mastoidea, pero sin erosión del foramen yugular ni del canal carotídeo, y que requieren no sólo la realización de una mastoidectomía ya sea de muro abajo o de muro arriba, según el caso, sino además de la realización de canaloplastia amplia, timpanotomía posterior para abordaje del receso facial, o timpanotomia posterior ampliada para abordaje del receso subfacial, epitimpanectomía, delimitación de nervio facial timpánico y mastoideo, adicional a la resección tumoral como tal, que suponen una alta experticia y entrenamiento quirúrgico adicional. Todos los procedimientos anteriormente nombrados requieren el uso del microscopio por lo que son procedimientos microquirúrgicos que en ocasiones requieren el apoyo endoscópico, sobre todo en áreas en donde no es posible lograr adecuada visualización con las técnicas microquirúrgicas.	Fisch U., Mattox D. Microsurgery of the Skull Base. Thieme, 2008. Sanna M., Piazza P., et al. Microsurgery of Skull Base Paragangliomas. Thieme, 2013. Sanna M., et al. Atlas of Microsurgery of the lateral skull base. Thieme. 2007. Tumors of the Ear and Lateral Skull Base. Otolaryngologic Clinics of North America. Vol.48 (2); 2015: 331 - 395.
2	4	20.5.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR GLÓMICO, CON EXTENSIÓN	RESECCIÓN DE TUMOR DE BASE DE CRÁNEO LATERAL CON ABORDAJE DE LA FOSA INFRATEMPORAL CON Y SIN APOYO ENDOSCÓPICO	Indicada para la resección de tumores, generalmente benignos y/o quistes epiteliales, NO SÓLO TUMORES GLÓMICOS (QUE ADEMÁS NO ES POSIBLE SABER SI LO SON O NO PREVIO	Fisch U., Mattox D. Microsurgery of the Skull Base. Thieme, 2008. Sanna M., Piazza P., et al.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
			EXTRATEMPORAL O CERVICAL		A TENER EL REPORTE DE LA PATOLOGÍA), que comprometen la cavidad timpánica y/o mastoidea y se encuentren en la base de cráneo lateral con compromiso extradural extenso, incluyendo los comportamientos infralaberínticos y apicales del hueso petroso, el segmento vertical de la arteria carótida interna y el espacio yugulocarotídeo superior. Requiere, aparte de todos o algunos de los procedimientos descritos en el ítem anterior, la descompresión y transposición del nervio facial, remoción completa del hueso timpanal,desfuncionalización de la mastoides y extensión a la parte superior del cuello. Todo esto previo o en conjunto, a la resección del tumor como tal, que requiere de la identificación y disección de los grandes vasos, los pares craneanos bajos y la oclusión extraluminal del seno sigmoide. Todos los procedimientos anteriormente nombrados requieren el uso del microscopio por lo que son procedimientos microquirúrgicos altamente especializados, que en ocasiones requieren el apoyo endoscópico, sobre todo en áreas en donde no es posible lograr adecuada visualización con las técnicas microquirúrgicas.	Microsurgery of Skull Base Paragangliomas. Thieme, 2013. Sanna M., et al. Atlas of Microsurgery of the lateral skull base. Thieme. 2007. Tumors of the Ear and Lateral Skull Base. Otolaryngologic Clinics of North America. Vol.48 (2); 2015: 331 - 395.
2	4	20.5.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR GLÓMICO	RESECCIÓN DE TUMOR DE BASE DE CRANEO LATERAL CON ABORDAJE DE LA FOSA INFRATEMPORAL CON EXTENSIÓN TRANSCONDILAR, TRANSCOCLEAR O TRANSLABERÍNTICA	Indicada para la resección de tumores, generalmente benignos y/o quistes epiteliales, NO SÓLO TUMORES GLÓMICOS (QUE ADEMÁS NO ES POSIBLE SABER SI LO SON O NO PREVIO A TENER EL REPORTE DE LA PATOLOGÍA), que comprometen la cavidad timpánica y/o mastoidea, que se encuentren en la base de cráneo lateral con compromiso extradural extenso, incluyendo los compartimientos infralaberínticos y apicales del hueso petroso, el segmento vertical de la arteria carótida interna y el espacio yugulocarotídeo superior, con erosión ósea del canal carotídeo y el foramen yugular, con compromiso de pares craneanos bajos o del laberinto óseo del oído interno o del	Fisch U., Mattox D. Microsurgery of the Skull Base. Thieme, 2008. Sanna M., Piazza P., et al. Microsurgery of Skull Base Paragangliomas. Thieme, 2013. Sanna M., et al. Atlas of Microsurgery of the lateral skull base. Thieme. 2007. Tumors of the Ear and Lateral Skull Base. Otolaryngologic Clinics of

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					seno cavernoso. Requiere, aparte de todos o algunos de los procedimientos descritos en el ítem anterior, petrosectomía subtotal o total, esqueletonización de la dura de la fosa posterior y la fosa media, remoción de la punta de la mastoides y remoción de la apófisis estiloides. Todo esto previo o en conjunto, con la resección del tumor como tal, que requiere de la identificación y disección de los grandes vasos, los pares craneanos bajos y la oclusión extraluminal del seno sigmoide.Todos los procedimientos anteriormente nombrados requieren el uso del microscopio por lo que son procedimientos microquirúrgicos altamente especializados, que en ocasiones requieren el apoyo endoscópico, sobre todo en áreas en donde no es posible lograr adecuada visualización con las técnicas microquirúrgicas.	North America. Vol.48 (2); 2015: 331 - 395.
1	4	20.5.9.01		RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE HUESO TEMPORAL CON RESECCIÓN PARCIAL DEL HUESO TEMPORAL	El carcinoma de hueso temporal es un diagnostico ominoso, afortundamente poco frecuente, pero cuyo tratamiento y pronóstico dependen estrechamente de una resección exitosa que se determina de acuerdo a la extensión de la enfermedad con márgenes claros libres de enfermedad. Los avances en las técnicas quirúrgicas han permitido mejorar el pronóstico de estas lesiones. La resección parcial de hueso temporal está indicada para el cáncer de hueso temporal que está limitado al conducto auditivo externo (T1 y T2). El nervio facial, el estribo y el promontorio son el límite medial de la resección. Puede o no incluir resección del pabellón auricular. Requiere de gran experticia quirúrgica y amplio entrenamiento pues es un procedimiento de alta complejidad y morbilidad.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otol Neurotol. 2013 Jul;34(5):898-907. doi: 10.1097/MAO.0b013e318281e0a9. Guidelines for treating temporal bone carcinoma based on long-term outcomes.
1	4	20.5.9.02		RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE HUESO TEMPORAL CON RESECCIÓN SUBTOTAL DEL HUESO TEMPORAL	El carcinoma de hueso temporal es un diagnostico ominoso, afortundamente poco frecuente, pero cuyo tratamiento y pronóstico dependen estrechamente de una resección exitosa que se determina de acuerdo a la	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otol Neurotol. 2013 Jul;34(5):898-907. doi:

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					extensión de la enfermedad con márgenes claros libres de enfermedad. Los avances en las técnicas quirúrgicas han permitido mejorar el pronóstico de estas lesiones. La resección subtotal del hueso temporal está indicada para el cáncer de hueso temporal que involucre el espacio del oído medio o el nervi facial (T3 o T4). La disección se extiende medialmente dentro de la cápsula ótica y la porción petrosa del hueso temporal para obtener márgenes negativos. El límite medial de la disección es el conducto auditivo interno, el límite superior es la dura de la fosa media y el límite anterior es la fosa glenoidea. Idealmente se debe hacer una resección en bloque pero en ocasiones esto no es posible por la tridimensionalidad del hueso temporal. Puede requerir disección del bulbo de la yugular o de la arteria carótida interna por lo que se requiere tener control cervical de estas estructuras y de los pares craneanos bajos. También requiere control de la porción vertical de la arteria carótida interna intrapetrosa por lo que requiere fresado anterior a la coclea y al hipotímpano. Puede o no requerir auriculectomía total o parcial. Requiere de gran experticia quirúrgica y amplio entrenamiento pues es un procedimiento de alta complejidad y morbilidad.	10.1097/MAO.0b013e318281e0a9. Guidelines for treating temporal bone carcinoma based on long-term outcomes.
1	4	20.5.9.03		RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE HUESO TEMPORAL CON RESECCIÓN TOTAL DEL HUESO TEMPORAL	El carcinoma de hueso temporal es un diagnostico ominoso, afortundamente poco frecuente, pero cuyo tratamiento y pronóstico dependen estrechamente de una resección exitosa que se determina de acuerdo a la extensión de la enfermedad con márgenes claros libres de enfermedad. Los avances en las técnicas quirúrgicas han permitido mejorar el pronóstico de estas lesiones. La resección total del hueso temporal está indicada cuando el tumor ha transgredido los límites de las resecciones parcial y subtotal descritas previamente y la principal diferencia con la	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America J Neurosurg. 2008 Mar;108(3):501-10. doi: 10.3171/JNS/2008/108/3/0501. Long-term outcome following radical temporal bone resection for lateral skull base malignancies: a neurosurgical perspective.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					resección subtotal es que la resección total incluye ademas el ápex petroso, significando entonces una excisión completa de la pirámide petrosa con resección del hueso adyacente a la dura de las fosa posterior y de la fosa media, la arteria caròtida interna, el foramen yugular y el complejo de los pares craneanos separando el contenido del seno cavernoso y del clivus. Requiere de gran experticia quirúrgica y amplio entrenamiento pues es un procedimiento de alta complejidad y morbilidad.	
2	4	20.9.6	Otros Procedimientos en oído medio e interno	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS	Se realiza una modificación taxonómica para poder incluir los procedimientos quirurgicos relacionados con diferentes dispositivos autivos que se estan utilizando en la actualidad.	
1	4	20.9.6.03		REVISIÓN DE INSERCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR DE CANAL MÚLTIPLE	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.9.6.04		RETIRO DE PRÓTESIS COCLEAR DE CANAL MÚLTIPLE	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.9.6.05		INSERCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR DE CANAL MÚLTIPLE BILATERAL SIMULTANEO	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas. Estas permiten la realizacion de implantes cocleares bilateral, en donde los dos electrodos van a un mismo procesador, uno de los electrodos se pasa por un tunel subcutaneo a nivel occipital hasta la coclea contralateral.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Acta Otorrinolaringol Esp. 2013 Jan-Feb;64(1):31-6. doi: 10.1016/j.otorri.2012.06.011. Epub 2012 Oct 9. [Bilateral cochlear implants in children: acquisition of binaural hearing].
1	4	20.9.6.06		INSERCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR CON PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVO PARA ESTIMULACION ELECTROACUSTICA	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas. La preservacion de restos auditivos con tecnicas quirurgicas atraumaticas por cocleosotomia y/o insercion por la ventana redonda con	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Braz J Otorhinolaryngol. 2012 Feb;78(1):43-50. Electro acoustic stimulation of the

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					electrodos cortos, permite conservar restos auditvos en las frecuencias graves y asi estimular el mismo oido con un implante coclear y audifono.	auditory system: UNICAMP's surgical approach. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012 Dec 7. [Epub ahead of print] Observations on hearing preservation in patients with hybrid-L electrode implanted at Poznan University of Medical Sciences in Poland.
1	4	20.9.6.07		IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE CONDUCCIÓN OSEA OSEOINTEGRADO PERCUTÁNEO SOD+	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas	
1	4	20.9.6.08		IMPLANTACIÓN DE AUDÍFONO DE CONDUCCIÓN ÓSEA OSEOINTEGRADO PERCUTÁNEO, CON EXTERIORIZACIÓN EN UN SOLO TIEMPO QUIRÚRGICO.	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otol Neurotol. 2013 Jun;34(4):604-10. doi: 10.1097/MAO.0b013e31828864c5. Hearing performance with 2 different high-power sound processors for osseointegrated auditory implants. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Jan 29. [Epub ahead of print] A new bone-anchored hearing implant: short-term retrospective data on implant survival and subjective benefit.
1	4	20.9.6.09		IMPLANTACIÓN DE AUDÍFONO DE CONDUCCIÓN ÓSEA OSEOINTEGRADO PERCUTÁNEO, PRIMER TIEMPO QUIRÚRGICO.	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Dec;76(12):1814-8. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.09.007. Epub 2012 Sep 23. One-stage vs. two-stage BAHA implantation in a pediatric population.
1	4	20.9.6.10		IMPLANTACIÓN DE AUDÍFONO DE CONDUCCIÓN ÓSEA OSEOINTEGRADO PERCUTÁNEO, SEGUNDO TIEMPO QUIRURGICO.	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012 Dec;76(12):1814-8. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.09.007. Epub 2012 Sep 23. One-stage vs. two-stage BAHA implantation in a pediatric population.
1	4	20.9.6.11		REVISIÓN DE IMPLANTACIÓN DE AUDÍFONO DE CONDUCCIÓN ÓSEA OSEOINTEGRADO PERCUTÁNEO	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.9.6.12		IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE CONDUCCIÓN ÓSEA TRANSCUTÁNEO SOD+	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Comparison Between a New Implantable Transcutaneous Bone Conductor and Percutaneous Bone-Conduction Hearing Implant. Hear Res. 2013 Jul;301:93-9. doi: 10.1016/j.heares.2013.02.003. Epub 2013 Mar 1. The Bonebridge: Preclinical evaluation of a new transcutaneously-activated bone anchored hearing device.
1	4	20.9.6.13		IMPLANTACIÓN DE AUDÍFONO DE CONDUCCIÓN ÓSEA TRANSCUTÁNEO	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Comparison Between a New Implantable Transcutaneous Bone Conductor and Percutaneous Bone-Conduction Hearing Implant. Hear Res. 2013 Jul;301:93-9. doi: 10.1016/j.heares.2013.02.003. Epub 2013 Mar 1. The Bonebridge: Preclinical evaluation of a new transcutaneously-activated bone anchored hearing device.
1	4	20.9.6.14		REVISIÓN O SUSTITUCIÓN DE AUDÍFONO DE CONDUCCIÓN ÓSEA TRANSCUTÁNEO	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.9.6.15		IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVA ACTIVA DE OÍDO MEDIO SOD+	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas	
1	4	20.9.6.16		COLOCACIÓN DE IMPLANTE AUDITIVO ACTIVO DE OÍDO MEDIO	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Int J Audiol. 2013 Apr;52(4):209-18. doi: 10.3109/14992027.2012.750431. A comparative study of hearing aids and round window application of the vibrant sound bridge (VSB) for patients with mixed or conductive hearing loss.
1	4	20.9.6.17		REVISIÓN O SUSTITUCIÓN DE IMPLANTE AUDITIVO ACTIVO DE OÍDO MEDIO	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.9.6.18		IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVA COMPLETAMENTE IMPLANTABLE SOD+	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas	
1		20.9.6.19		COLOCACIÓN DE AUDÍFONO COMPLETAMENTE IMPLANTABLE	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Acta Otolaryngol. 2010 Oct;130(10):1147-53. doi: 10.3109/00016481003671244. Fully implantable Otologics MET Carina(™) device for the treatment of sensorineural and mixed hearing loss: Audio-otological results.
1	4	20.9.6.20		REVISIÓN O SUSTITUCIÓN DE AUDÍFONO COMPLETAMENTE IMPLANTABLE	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1		20.4.3.08		CIRUGIA DE DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO POR VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL CON BALON	Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una experticia diferente y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico. El objetivo de este procedimiento es corregir los bloqueos, estrechez y adherencias en la trompa de Eustaquio en su porción cartilaginosa por via endocopica transnasal.	Dean M., Lian T. Transnasal Endoscopic Eustachian Tube Surgery. Otolaryngol Clin North Am. 2016 Oct;49(5):1163-71 Silvola J, Kivekas I, Poe DS. Balloon Dilation of the cartilaginous portion of the eustachian tube. Otolaryngol Head Neck Surg 2014; 151 (1): 125-30.
1				CIRUGIA DE TROMPA DE EUSTAQUIO O TUBOPLASTIA TRANSTIMPANICA	Evaluación del segmento protimpánico de la trompa de Eustaquio es factible durante la cirugía del oído crónica . La dilatación con balón de ese segmento permite corregir bloqueos, estrechez o adherencias de la trompa de Eustaquio, permitiendo mejorar la ventilación del oído medio y con ésto aumentar las probabilidades de éxito de la cirugía de oído medio crónico.	Otolaryngol Clin North Am. 2016 Oct;49(5):1149-62. doi: 10.1016/j.otc.2016.05.013. The Role of Transtympanic Dilatation of the Eustachian Tube During Chronic Ear Surgery.Tarabichi M1, Kapadia M2.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Acta Otolaryngol. 2015 Jul;135(7):640-4. doi: 10.3109/00016489.2015.1009640. Epub 2015 Mar 11.Transtympanic dilatation of the eustachian tube during chronic ear surgery.Tarabichi M1, Najmi M.
1			Reconstrucción facial mediante interposición de injertos nerviosos cruzados contralaterales. (ver 045101). Hace falta incluir los ipsilaterales y	Reconstrucción facial mediante interposición de injertos nerviosos cruzados contralaterales. (ver 045101). Hace falta incluir los ipsilaterales y		http://www.oto.theclinics.com/
2			INGRESAR EL PROCEDIMIENTO Neurotización de nervio facial mediante anastomosis microquirúrgica, incluye anastomosis de nervio hipogloso a facial, nervio accesorio de espinal a facial o rama motora de nervio masetero a facial. (Codigo 047101)	INGRESAR EL PROCEDIMIENTO Neurotización de nervio facial mediante anastomosis microquirúrgica, incluye anastomosis de nervio hipogloso a facial, nervio accesorio de espinal a facial o rama motora de nervio masetero a facial. (Codigo 047101)		
1			INCLUIR Neurorrafia en nervio facial	INCLUIR Neurorrafia en nervio facial técnica microquirúrgica		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
			técnica microquirúrgica			
1			Reanimación facial mediante colgajo libre microvascular, incluye colgajo libre de Musculo Gracilis, M. lattsimus dorsi , M dorsal pedio o M. Recto abdominal.	Reanimación facial mediante colgajo libre microvascular, incluye colgajo libre de Musculo Gracilis, M. lattsimus dorsi , M dorsal pedio o M. Recto abdominal.		
1			Neurolisis de nervio facial, incluye exploración intraparotidea de nervio facial	Neurolisis de nervio facial, incluye exploración intraparotidea de nervio facial		
1			Reanimación facial con colgajo muscular regional: Colgajo musculo temporal o musculo masetero . 04.7.1.04	Reanimación facial con colgajo muscular regional: Colgajo musculo temporal o musculo masetero . 04.7.1.04		
1				INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN OIDO MÉDIO		
1	4	18.0.3.02		EXTRACCION DE CERUMEN Y/O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oido externo. El lavado de oido es un procedimiento reservado exclusivamente para los cuerpos extraños redondos o lisos. Todas las demás extracciones de cuerpo extraño o de cerumen impactado que no requieran incisión se deben hacer bajo este código ya sea por visión microscópica o endoscópica.	Endican S, Garap JP, Dubey SP. Ear, nose and throat foreign bodies in Melanesian children: an analysis of 1037 cases. Int J Pediatr otorhinolaryngol. 2006 Sep; 70(9): 1539-45. Krauss BS, Green SM. Removal of foreign bodies from the ear and

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						nose. N Engl Med. 2016 Jul 14; 375(2):194.
3	4	18.3.1.04	Auriculectomia (Parcial o total) con resección parcial o total de hueso temporal	AURICULECTOMÍA (PARCIAL O TOTAL)	Se requiere modificar código ya que la resección parcial o total del hueso temporal no se puede incluir dentro de la misma auriculectomía ya que es un procedimiento adicional, extenso, de gran experticia médico quirúrgica, que puede o no realizarse al tiempo con la auriculectomía	
2	4	19.1.1.00	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACION DE PRÓTESIS SOD	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACION DE PRÓTESIS	Se requiere retirar SOD (sin otra desagregación) ya que se desea adicionar los siguientes códigos implicando desagregación.	Presutti L., Marchioni D. Endoscopic Ear Surgery. Thieme. 2015. Pollak N. Endoscopic Ear Surgery. Plural Publishing. 2014. Endoscopic Ear Surgery. Otolaryngologic clinics of North America. Vol.46 (2); 2013: iii-260.
1	4	19.1.1.02		ESTAPEDOTOMÍA O ESTAPEDECTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS CON APOYO ENDOSCÓPICO	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oído medio con el advenimiento de las tecnologías de cirugía mínimamente invasiva como el abordaje endoscópico. Estos procedimientos nuevos no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y un entrenamiento adicional.	Presutti L., Marchioni D. Endoscopic Ear Surgery. Thieme. 2015. Pollak N. Endoscopic Ear Surgery. Plural Publishing. 2014. Endoscopic Ear Surgery. Otolaryngologic clinics of North America. Vol.46 (2); 2013: iii-260.
1	4	19.1.1.03		ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACION DE PRÓTESIS CON LÁSER	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oído medio con el advenimiento de las tecnologías de cirugía mínimamente invasiva como el abordaje endoscópico. Estos procedimientos nuevos no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y un entrenamiento adicional. El objetivo de esta técnica es realizar la estapedotomía y aún la colocación de la prótesis con láser con el objetivo de disminuir las complicaciones	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					posoperatorias o intraoperatorias asociadas como sordera total o vértigo incapacitante y aumentar las posibilidades de éxito.	
2	4	19.2.1.00	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDECTOMÍA SOD	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA	Se requiere retirar SOD (sin otra desagregación) ya que se desea adicionar el siguiente código implicando desagregación.	Presutti L., Marchioni D. Endoscopic Ear Surgery. Thieme. 2015. Pollak N. Endoscopic Ear Surgery. Plural Publishing. 2014. Endoscopic Ear Surgery. Otolaryngologic clinics of North America. Vol.46 (2); 2013: iii-260.
1	4	19.2.1.01		REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON LÁSER	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oído medio con el advenimiento de las tecnologías de cirugía mínimamente invasiva como el abordaje endoscópico. Estos procedimientos nuevos no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y un entrenamiento adicional. El objetivo de esta técnica es realizar la revisión de la estapedotomía o estapedectomía con el apoyo del láser con el objetivo de disminuir las complicaciones posoperatorias o intraoperatorias asociadas como sordera total o vértigo incapacitante y aumentar las posibilidades de éxito de la revisión al ampliar las posibilidades de manejar el origen del fallo de la cirugia previa como recrecimiento de esclerosis o otoespongiosis activa o requerir nueva fenestración donde la precisión aumenta con el uso del láser.	Young E, Mitchell-Innes A, Jindal M. Lasers in stapes surgery: a review. J Laryngol Otol. 2015 Jul; 129(7): 627-33. Wegner I, Kamalski DM, Tange RA, Vincent R, Stegeman I, Van Der Heijden GJ, Grolman W. Laser versus conventional fenestration in stapedotomy for otosclerosis: a systematic review. Laryngoscope. 2014 jul; 124(7): 1687-93. Albers AE, Schonfeld U, Kandilakis K, Jovanovic S. CO2 Laser revision stapedotomy. Laryngoscope. 2013 Jun; 123(6): 1519-26. Stucken EZ, Brown KD, Selesnick SH. The use of KTP laser in revision stapedectomy. Otol Neurotol. 2012 Oct; 33(8): 1297-9.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	2	19.4	Timpanoplastia : incluye aticotomía	Excluir Timpanoplastia tipo I, tipo II o tipo III y solo dejar timpanoplastia definida como el cierre de perforación o reconstrucción del timpano	Incluir los procedimientos de reconstrucción de la cadena osicular en este grupo se presta para confusión de nomenclatura, de facturación y son procedimientos diferentes en el oído medio que se pueden o NO realizar durante el mismo acto quirúrgico.	Otol Neurotol. 2012 Jun;33(4):586-90. doi: 10.1097/MAO.0b013e31824b78ba. Comparison of different grafting techniques in type I tympanoplasty in cases of significant middle ear granulation.
1	4	19.9.1.01		CIERRE DE FISTULA DE VENTANA OVAL	La fistula se puede presentar en el oído medio tanto en la ventana oval como en la ventana redonda del oído medio y son procedimientos diferentes.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America ISRN Otolaryngol. 2012 Jul 31;2012:281248. doi: 10.5402/2012/281248. Print 2012. Perilymph fistula: fifty years of controversy
1	4	19.9.1.02		CIERRE DE FISTULA DE VENTANA REDONDA	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America ISRN Otolaryngol. 2012 Jul 31;2012:281248. doi: 10.5402/2012/281248. Print 2012. Perilymph fistula: fifty years of controversy
1	3	19.9.2		OSICULOPLASTIA	Los procedimientos de reconstrucción de la cadena osicular son procedimientos independientes de la timpanoplastia, requieren de una experticia adicional del cirujano, el tiempo quirúrgico puede ser inclusive mayor a la reconstrucción del tímpano y es un procedimiento independiente de la timpanoplastia.Consiste en la reconstrucción de la cadena osicular en los casos de hipoacusia por disrupción de la cadena de osiculos secundaria a infección, a un colesteatoma, por un trauma o por remoción durante algún procedimiento quirúrgico previo	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	19.9.2.00		RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA OSICULAR CON INJERTO AUTÓLOGO	Los procedimientos de reconstrucción de la cadena osicular son procedimientos independientes de la timpanoplastia, requieren de una experticia adicional del cirujano, el tiempo quirúrgico puede ser inclusive mayor a la reconstrucción del tímpano y es un procedimiento independiente de la timpanoplastia.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Autologous ossiculoplasty following temporal bone fracture. Wu KC, Shu MT, Yang CC. J Laryngol Otol. 2009 Jan;123(1):50-3. doi: 10.1017/S0022215108002387. Epub 2008 May 1.
1	4	19.9.2.01		RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA OSICULAR CON PRÓTESIS ALOPLASICA	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Titanium versus nontitanium ossicular prostheses-a randomized controlled study of the medium-term outcome. Yung M, Smith P. Otol Neurotol. 2010 Jul;31(5):752-8. doi: 10.1097/MAO.0b013e3181de4937. Otol Neurotol. 2009 Apr;30(3):332-8. doi: 10.1097/MAO.0b013e31819679dd. Partial ossicular reconstruction: comparison of three different prostheses in clinical and experimental studies.
2	3	20.0.1	Timpanotomía con inserción de tubo	TIMPANOSTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO	Posible error de transcripción	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.2.4.01		ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA SIN ANESTESIA	El tiempo empleado de un procedimiento sin anestesia y bajo anestesia general es muy diferente.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	20.2.4.02		ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA BAJO ANESTESIA GENERAL	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
2	3	20.4.1	Mastoidectomía simple	MASTOIDECTOMÍA A LIMITES CON PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR.	El término simple no es adecuado y no se utiliza en la literatura internacional. Muchas veces una mastoidectomía con preservación de la pared posterior "simple" tiene una mayor dificultad y requiere un mayor tiempo quirurgico, así como un entrenamiento adicional del cirujano experto, que una mastoidectomía radical.	
2	4	20.4.1.00	Mastoidectomía simple (atico antromastoidectomía) sod	ATICO ANTROMASTOIDECTOMÍA	El término simple no es adecuado y no se utiliza en la literatura internacional, no es un procedimiento "simple" de realizar, y no hace referencia a la mastoidectomía simple previamente descrita en la literatura.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.4.1.01		MASTOIDECTOMÍA A LIMITES CON PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la mastoides de acuerdo a la nomenclatura mundial y a nuestras guías. Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y entrenamiento adicional y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico. INCLUYE: TIMPANOTOMÍA POSTERIOR que es una técnica quirúrgica cuyo objetivo es la apertura del receso del facial limitado por la cuerda del tímpano lateralmente; el nervio facial medialmente y el butress superiormente, lo que permite exploración y resección de lesiones ubicadas en el seno timpánico, mejorar ventilación o introducir dispositivos que van de oído medio a oído interno; Y/O EPITIMPANECTOMÍA que significa la extracción del yunque y de la cabeza del martillo en casos en los que están comprometidos y no funcionales por la enfermedad (colesteatoma, timpanosclerosis, trauma), permitiendo mejorar las posibilidades de rehabilitación auditiva con colocación de protesis de reconstrucción de la cadena osicular	Guias ACON - Guias ACORL - Tympanoplasty with intact canal wall mastoidectomy for cholesteatoma: Long-term hearing outcomes. Laryngoscope. 2013 May 20. doi: 10.1002/lary.24202. [Epub ahead of print] Epitympanoplasty with cartilage obliteration in the preservation of posterior canal wall: a technique for surgical treatment of attic cholesteatoma. Otolaryngologic Clinics of North America Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Apr 16. [Epub ahead of print]

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					y la ventilación del oído medio.	
2	4	20.4.2.01	MASTOIDECTOMIA RADICAL SOD	MASTOIDECTOMÍA RADICAL CON RECONSTRUCCIÓN DE LA CAVIDAD DE OÍDO MEDIO.	La reconstrucción del oido medio es un procedimiento adicional que implica un tiempo quirurgico adicional significativo, requiere de una experticia adicional y los resultados en el paciente se modifican considerablemente.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 Aug;147(2):316-22. doi: 10.1177/0194599812445539. Epub 2012 May 7. Clinical indications for canal wall-down mastoidectomy
1	4	20.4.3		OTROS PROCEDIMIENTOS DE LA MASTOIDES	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la mastoides de acuerdo a la nomenclatura mundial y a nuestras guías. Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia con entrenamiento adicional y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.4.3.00		DESFUNCIONALIZACIÓN DE LA MASTOIDES	Es la técnica quirúrgica cuyo objetivo es la eliminación de todo el conducto auditivo extenro (CAE), cerrándolo en fondo de saco, y requiere eliminación de la membrana timpánica, martillo, yunque, superestructura del estribo, retirando cualquier resto de piel y obliterando la trompa de Eustaquio. Sus indicaciones incluyen: 1. Pacientes con oído cofótico (sin audición o con sordera total) y con otitis media crónica de difícil manejo quirúrgico, con fracaso en cirugías previas o con erosión importante de la pared posterior del CAE. 2. En cirugía de implante coclear con historia de otitis media crónica, o en los que se requiera remover la pared posterior del CAE para lograr inserción del cable de electrodos en cócleas	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					osificadas o malformadas. 3. Colocación de dispositivos auditivos implantables con antecedente de mastoidectomías radicales previas.	
1		20.4.3.01		CORRECCIÓN DE DIVERTICULO DEL SENO SIGMOIDES	En esta técnica se busca reducir u obliterar un diverticulo formado en el seno sigmoides como causa de un tinitus pulsatil. Se realiza por un abordaje transmastoideo disminuyendo u ocluyendo la luz del diverticulo con diferentes materiales dependiendo de la preferencia del cirujano.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otol Neurotol. 2007 Jan;28(1):48-53. Sigmoid sinus diverticulum: a new surgical approach to the correction of pulsatile tinnitus.
1	4	20.4.3.02		CIERRE DE FISTULA DEL CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR POR VIA TRANSMASTOIDEA	Esta técnica quirúrgica esta diseñada para corregir un defecto oseo que se presenta en el canal semicircular superior con el objetivo de disminuir los sintomas , principalmnente el vértigo que se presenta en el sindrome de tercera ventana. Se realiza a traves de un abordaje transmastoideo y el defecto óseo del canal se cubre con diferentes materiales dependiendo de la preferencia del cirujano.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Laryngoscope. 2012 Aug;122(8):1862-6. doi: 10.1002/lary.23390. Epub 2012 Jul 2. Transmastoid semicircular canal occlusion: a safe and highly effective treatment for benign paroxysmal positional vertigo and superior canal dehiscence.
1	4	20.4.3.03		CIERRE DE FISTULA O DESFUCIONALIZACIÓN DEL CANAL SEMICIRCULAR POSTERIOR POR VIA TRANSMASTOIDEA	Esta técnica quirúrgica esta diseñada para corregir un defecto oseo que se presenta en el canal semicircular posterior con el objetivo de disminuir los sintomas , principalmnente el vértigo que se presenta en el sindrome de tercera ventana. Se realiza a traves de un abordaje transmastoideo y el defecto óseo del canal se cubre con diferentes materiales dependiendo de la preferencia del cirujano.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Ann Otol Rhinol Laryngol. 2013 Apr;122(4):269-72. Repair of posterior semicircular canal dehiscence from a high jugular bulb.
1	4	20.4.3.04		CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMEN MASTOIDEO POR VIA TRANSMASTOIDEA	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la mastoides de acuerdo a la nomenclatura mundial y a	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					nuestras guías. Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia con entrenamiento adicional y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico. El objetivo de esta técnica consiste en cerrar un defecto óseo congénito o iatrogenico presente en el piso de la fosa craneal media a traves de un abordaje transmastoideo y de esta forma evitar la herniación del contenido encefalico hacia la mastoides.	
1	4	20.4.3.05		CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMEN TIMPANICO POR VIA TRANSMASTOIDEA	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la mastoides de acuerdo a la nomenclatura mundial y a nuestras guías. Los procedimientos nuevos incluidos son procedimientos que no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia con entrenamiento adicional y pueden o no ser realizados en un mismo acto quirúrgico. El objetivo de esta técnica consiste en cerrar un defecto óseo congénito o iatrogenico presente en el tegmen timpanico a traves de un abordaje transmastoideo y de esta forma evitar la herniación del contenido encefalico hacia el oido medio evitando o corrigiendo problemas en la ventilación del oido medio o de hipoacusia por disrupción de la cadena osicular.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.5.1.00		RESECCIÓN ENDOSCÓPICA O MICROSCOPICA TRANSCANAL DE LESIONES DEL OIDO MEDIO (INCLUYE QUISTES EPITELIALES O COLESTEATOMA)	Es necesario modificar e incluir los diferentes procedimientos que se realizan en el oído medio con el advenimiento de las tecnologías de cirugía mínimamente invasiva como el abordaje endoscópico. Estos procedimientos nuevos no están incluidos dentro de otros procedimientos y requieren de un tiempo adicional, una mayor experticia y un entrenamiento adicional. Puede acompañar o complementar otros procedimientos de oído o	Presutti L., Marchioni D. Endoscopic Ear Surgery. Thieme. 2015. Pollak N. Endoscopic Ear Surgery. Plural Publishing. 2014. Endoscopic Ear Surgery. Otolaryngologic clinics of North America. Vol.46 (2); 2013: iii-260.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					mastoides como la mastoidectomía de muro abajo o muro arriba.	
2	4	20.5.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR GLÓMICO, VÍA TRANSMASTOIDEA	RESECCIÓN DE TUMOR DE BASE DE CRÁNEO LATERAL VÍA TRANSCANAL Y/O TRANSMASTOIDEA CON Y SIN APOYO ENDOSCÓPICO	Enfocado a la resección de tumores, generalmente benignos y/o quistes epiteliales, NO SÓLO TUMORES GLÓMICOS (QUE ADEMÁS NO ES POSIBLE SABER SI LO SON O NO PREVIO A TENER EL REPORTE DE LA PATOLOGÍA), que comprometen la cavidad timpánica y/o mastoidea, pero sin erosión del foramen yugular ni del canal carotídeo, y que requieren no sólo la realización de una mastoidectomía ya sea de muro abajo o de muro arriba, según el caso, sino además de la realización de canaloplastia amplia, timpanotomía posterior para abordaje del receso facial, o timpanotomia posterior ampliada para abordaje del receso subfacial, epitimpanectomía, delimitación de nervio facial timpánico y mastoideo, adicional a la resección tumoral como tal, que suponen una alta experticia y entrenamiento quirúrgico adicional. Todos los procedimientos anteriormente nombrados requieren el uso del microscopio por lo que son procedimientos microquirúrgicos que en ocasiones requieren el apoyo endoscópico, sobre todo en áreas en donde no es posible lograr adecuada visualización con las técnicas microquirúrgicas.	Fisch U., Mattox D. Microsurgery of the Skull Base. Thieme, 2008. Sanna M., Piazza P., et al. Microsurgery of Skull Base Paragangliomas. Thieme, 2013. Sanna M., et al. Atlas of Microsurgery of the lateral skull base. Thieme. 2007. Tumors of the Ear and Lateral Skull Base. Otolaryngologic Clinics of North America. Vol.48 (2); 2015: 331 - 395.
2	4	20.5.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR GLÓMICO, CON EXTENSIÓN EXTRATEMPORAL O CERVICAL	RESECCIÓN DE TUMOR DE BASE DE CRÁNEO LATERAL CON ABORDAJE DE LA FOSA INFRATEMPORAL CON Y SIN APOYO ENDOSCÓPICO	Indicada para la resección de tumores, generalmente benignos y/o quistes epiteliales, NO SÓLO TUMORES GLÓMICOS (QUE ADEMÁS NO ES POSIBLE SABER SI LO SON O NO PREVIO A TENER EL REPORTE DE LA PATOLOGÍA), que comprometen la cavidad timpánica y/o mastoidea y se encuentren en la base de cráneo lateral con compromiso extradural extenso, incluyendo los comportamientos infralaberínticos y apicales del hueso petroso, el segmento vertical de la arteria carótida interna y el espacio yugulocarotídeo superior. Requiere, aparte de todos o algunos de los procedimientos descritos en el ítem anterior, la	Fisch U., Mattox D. Microsurgery of the Skull Base. Thieme, 2008. Sanna M., Piazza P., et al. Microsurgery of Skull Base Paragangliomas. Thieme, 2013. Sanna M., et al. Atlas of Microsurgery of the lateral skull base. Thieme. 2007. Tumors of the Ear and Lateral Skull Base. Otolaryngologic Clinics of

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					descompresión y transposición del nervio facial, remoción completa del hueso timpanal,desfuncionalización de la mastoides y extensión a la parte superior del cuello. Todo esto previo o en conjunto, a la resección del tumor como tal, que requiere de la identificación y disección de los grandes vasos, los pares craneanos bajos y la oclusión extraluminal del seno sigmoide. Todos los procedimientos anteriormente nombrados requieren el uso del microscopio por lo que son procedimientos microquirúrgicos altamente especializados, que en ocasiones requieren el apoyo endoscópico, sobre todo en áreas en donde no es posible lograr adecuada visualización con las técnicas microquirúrgicas.	North America. Vol.48 (2); 2015: 331 - 395.
2	4	20.5.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR GLÓMICO	RESECCIÓN DE TUMOR DE BASE DE CRANEO LATERAL CON ABORDAJE DE LA FOSA INFRATEMPORAL CON EXTENSIÓN TRANSCONDILAR, TRANSCOCLEAR O TRANSLABERÍNTICA	Indicada para la resección de tumores, generalmente benignos y/o quistes epiteliales, NO SÓLO TUMORES GLÓMICOS (QUE ADEMÁS NO ES POSIBLE SABER SI LO SON O NO PREVIO A TENER EL REPORTE DE LA PATOLOGÍA), que comprometen la cavidad timpánica y/o mastoidea, que se encuentren en la base de cráneo lateral con compromiso extradural extenso, incluyendo los compartimientos infralaberínticos y apicales del hueso petroso, el segmento vertical de la arteria carótida interna y el espacio yugulocarotídeo superior, con erosión ósea del canal carotídeo y el foramen yugular, con compromiso de pares craneanos bajos o del laberinto óseo del oído interno o del seno cavernoso. Requiere, aparte de todos o algunos de los procedimientos descritos en el ítem anterior, petrosectomía subtotal o total, esqueletonización de la dura de la fosa posterior y la fosa media, remoción de la punta de la mastoides y remoción de la apófisis estiloides. Todo esto previo o en conjunto, con la resección del tumor como tal, que requiere de la identificación y disección de los grandes vasos, los pares craneanos bajos y la oclusión	Fisch U., Mattox D. Microsurgery of the Skull Base. Thieme, 2008. Sanna M., Piazza P., et al. Microsurgery of Skull Base Paragangliomas. Thieme, 2013. Sanna M., et al. Atlas of Microsurgery of the lateral skull base. Thieme. 2007. Tumors of the Ear and Lateral Skull Base. Otolaryngologic Clinics of North America. Vol.48 (2); 2015: 331 - 395.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					extraluminal del seno sigmoide.Todos los procedimientos anteriormente nombrados requieren el uso del microscopio por lo que son procedimientos microquirúrgicos altamente especializados, que en ocasiones requieren el apoyo endoscópico, sobre todo en áreas en donde no es posible lograr adecuada visualización con las técnicas microquirúrgicas.	
1	4	20.5.9.01		RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE HUESO TEMPORAL CON RESECCIÓN PARCIAL DEL HUESO TEMPORAL	El carcinoma de hueso temporal es un diagnostico ominoso, afortundamente poco frecuente, pero cuyo tratamiento y pronóstico dependen estrechamente de una resección exitosa que se determina de acuerdo a la extensión de la enfermedad con márgenes claros libres de enfermedad. Los avances en las técnicas quirúrgicas han permitido mejorar el pronóstico de estas lesiones. La resección parcial de hueso temporal está indicada para el cáncer de hueso temporal que está limitado al conducto auditivo externo (T1 y T2). El nervio facial, el estribo y el promontorio son el límite medial de la resección. Puede o no incluir resección del pabellón auricular. Requiere de gran experticia quirúrgica y amplio entrenamiento pues es un procedimiento de alta complejidad y morbilidad.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otol Neurotol. 2013 Jul;34(5):898-907. doi: 10.1097/MAO.0b013e318281e0a9. Guidelines for treating temporal bone carcinoma based on long-term outcomes.
1	4	20.5.9.02		RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE HUESO TEMPORAL CON RESECCIÓN SUBTOTAL DEL HUESO TEMPORAL	El carcinoma de hueso temporal es un diagnostico ominoso, afortundamente poco frecuente, pero cuyo tratamiento y pronóstico dependen estrechamente de una resección exitosa que se determina de acuerdo a la extensión de la enfermedad con márgenes claros libres de enfermedad. Los avances en las técnicas quirúrgicas han permitido mejorar el pronóstico de estas lesiones. La resección subtotal del hueso temporal está indicada para el cáncer de hueso temporal que involucre el espacio del oído medio o el nervi facial (T3 o T4). La disección se extiende medialmente dentro de la cápsula ótica y la porción petrosa del hueso temporal para obtener márgenes	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Otol Neurotol. 2013 Jul;34(5):898-907. doi: 10.1097/MAO.0b013e318281e0a9. Guidelines for treating temporal bone carcinoma based on long-term outcomes.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					negativos. El límite medial de la disección es el conducto auditivo interno, el límite superior es la dura de la fosa media y el límite anterior es la fosa glenoidea. Idealmente se debe hacer una resección en bloque pero en ocasiones esto no es posible por la tridimensionalidad del hueso temporal. Puede requerir disección del bulbo de la yugular o de la arteria carótida interna por lo que se requiere tener control cervical de estas estructuras y de los pares craneanos bajos. También requiere control de la porción vertical de la arteria carótida interna intrapetrosa por lo que requiere fresado anterior a la coclea y al hipotímpano. Puede o no requerir auriculectomía total o parcial. Requiere de gran experticia quirúrgica y amplio entrenamiento pues es un procedimiento de alta complejidad y morbilidad.	
1	4	20.5.9.03		RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE HUESO TEMPORAL CON RESECCIÓN TOTAL DEL HUESO TEMPORAL	El carcinoma de hueso temporal es un diagnostico ominoso, afortundamente poco frecuente, pero cuyo tratamiento y pronóstico dependen estrechamente de una resección exitosa que se determina de acuerdo a la extensión de la enfermedad con márgenes claros libres de enfermedad. Los avances en las técnicas quirúrgicas han permitido mejorar el pronóstico de estas lesiones. La resección total del hueso temporal está indicada cuando el tumor ha transgredido los límites de las resecciones parcial y subtotal descritas previamente y la principal diferencia con la resección subtotal es que la resección total incluye ademas el ápex petroso, significando entonces una excisión completa de la pirámide petrosa con resección del hueso adyacente a la dura de las fosa posterior y de la fosa media, la arteria caròtida interna, el foramen yugular y el complejo de los pares craneanos separando el contenido del seno cavernoso y del clivus. Requiere de gran experticia quirúrgica y amplio	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America J Neurosurg. 2008 Mar;108(3):501-10. doi: 10.3171/JNS/2008/108/3/0501. Long-term outcome following radical temporal bone resection for lateral skull base malignancies: a neurosurgical perspective.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					entrenamiento pues es un procedimiento de alta complejidad y morbilidad.	
2	4	20.9.6	Otros Procedimientos en oído medio e interno	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS	Se realiza una modificación taxonómica para poder incluir los procedimientos quirurgicos relacionados con diferentes dispositivos autivos que se estan utilizando en la actualidad.	
1	4	20.9.6.03		REVISIÓN DE INSERCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR DE CANAL MÚLTIPLE	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.9.6.04		RETIRO DE PRÓTESIS COCLEAR DE CANAL MÚLTIPLE	Igual al anterior	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America
1	4	20.9.6.05		INSERCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR DE CANAL MÚLTIPLE BILATERAL SIMULTANEO	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas. Estas permiten la realizacion de implantes cocleares bilateral, en donde los dos electrodos van a un mismo procesador, uno de los electrodos se pasa por un tunel subcutaneo a nivel occipital hasta la coclea contralateral.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Acta Otorrinolaringol Esp. 2013 Jan-Feb;64(1):31-6. doi: 10.1016/j.otorri.2012.06.011. Epub 2012 Oct 9. [Bilateral cochlear implants in children: acquisition of binaural hearing].
1	4	20.9.6.06		INSERCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR CON PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVO PARA ESTIMULACION ELECTROACUSTICA	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciónes médicas y tecnológicas. La preservacion de restos auditivos con tecnicas quirurgicas atraumaticas por cocleosotomia y/o insercion por la ventana redonda con electrodos cortos, permite conservar restos auditvos en las frecuencias graves y asi estimular el mismo oido con un implante coclear y audifono.	Guias ACON - Guias ACORL - Otolaryngologic Clinics of North America Braz J Otorhinolaryngol. 2012 Feb;78(1):43-50. Electro acoustic stimulation of the auditory system: UNICAMP's surgical approach. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012 Dec 7. [Epub ahead of print] Observations on hearing preservation in patients with hybrid-L electrode

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						implanted at Poznan University of Medical Sciences in Poland.
1	4	20.9.6.07		IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE CONDUCCIÓN OSEA OSEOINTEGRADO PERCUTÁNEO SOD+	Es necesario incluir los diferentes procedimientos que se realizan en la actualidad en nuestra especialidad debido a las innovaciones médicas y tecnológicas	

Fuente: Asociación Colombiana de Otología y Neurotología

Anexo 18 Ficha Técnica de Actualización Otorrinolaringología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	21.6.3.01		TURBINOPLASTIA POR RADIOFRECUENCIA	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, realizar cortes por medio de la coagulación proteica de la estructura modificando la morfología del área a nivel mucoso solamente. Técnica que busca realizar modificación morfológica de la palatofaringe. Por medio de tecnología de radiofrecuencia se cual sea el medio de aplicación punta aguja o asa.	1 Radiofrequency volume turbinate reduction versus partial turbinectomy: clinical and histological features. Garzaro M, Landolfo V, Pezzoli M, Defilippi S, Campisi P, Giordano C, Pecorari G. Source Ear, Nose, and Throat Clinic, Department of Head and Neck, University of Turin, Turin, Italy. m J Rhinol Allergy. 2012 Jul-Aug;26(4):321-5. doi: 10.2500/ajra.2012.26.3788. , ... 2 Comparison of ultrasound turbinate reduction, radiofrequency tissue ablation and submucosal cauterization in inferior turbinate hypertrophy. Gindros G, Kantas I, Balatsouras DG, Kaidoglou A, Kandiloros D. Source ENT Department, G.Genimmatas General Hospital, Thessaloniki, Greece. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2010 Nov;267(11):1727-33. doi: 10.1007/s00405-010-1260-9. Epub 2010 Apr 30. . . . . 3 Radiofrequency treatment for inferior turbinate hypertrophy. Sapçı T, Güvenç MG, Evcimik MF. Source Department of Otolaryngology, Medical Faculty of İstanbul Bilim University, İstanbul, Turkey. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2011 Jan-Feb;21(1):56-60. ... ... 4 Nasal Obstruction in Children

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						with Sleep-disordered Breathing Shannon Sullivan,1MD, Kasey Li,1MD, DDS, Christian Guilleminault , Ann Acad Med Singapore 2008;37:645-8 August 2008, Vol. 37 No. 8 . **5 Microdebrider-assisted versus radiofrequencyassisted inferior turbinoplasty: a prospective study with objective and subjective outcome measure Turbinoplastica con microdebrider versus turbinoplastica con bisturi a radiofrequenze: studio prospettico con valutazioni obiettive e soggettive C. Cingi, B. Ure, H. Cakli, E. Ozudogru Department of Otorhinolaryngology, Eskisehir Osmangazi University, Eskisehir, Turkey . ACTA otorhinolaryngologica ita lica 2010;30:138-143**
1	4	27.6.2.10		ESCLEROSIS DEL PALADAR CON RADIOFRECUENCIA	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, introducir pieza de radiofrecuencia para lograr la coagulación proteica de la estructura Técnica mínimamente invasiva donde se busca realizar túneles de coagulación proteica por vaporización y coagulación generando tracto fibrotico a nivel muscular en el paladar, teniendo como efecto un aumento en el tono y la fortaleza de la estructura. Por medio de tecnología de radiofrecuencia se cual sea el medio de aplicación punta aguja o asa.	1 Surgical Modifications of the Upper Airway for Obstructive Sleep Apnea in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis Sean M. Caples, DO1; James A. Rowley, MD2; Jeffrey R. Prinsell, SLEEP, Vol. 33, No. 10, 2010 2 Practice Parameters for the Surgical Modifications of the Upper Airway for Obstructive Sleep Apnea in AdultsR. Nisha Aurora, MD1; Kenneth R. Casey, MD2; David Kristo, MD3; Sanford Auerbach, MD4; Sabin R. Bista, MD5; Susmita Chowdhuri, MD6;

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Anoop Karippot, MD7; SLEEP, Vol. 33, No. 10, 2010 3 Multilevel radiofrequency ablation for snoring and OSAHS patients therapy: long-term outcomes. De Vito A, Frassineti S, Panatta ML, Montevecchi F, Canzi P, Vicini C. Source Department of Special Surgery, Head and Neck Surgery and Oral Surgery Unit, Morgagni-Pierantoni Hospital, Via Forlanini 34, 47100 Forlì, Italy. andrea_devito@fastwebnet.it Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012 Jan;269(1):321-30. doi: 10.1007/s00405-011-1637-4. Epub 2011 May 28. 4 Histopathological and ultrastructural effects of cutting radiofrequency energy on palatal soft tissues: a prospective study. Stimpson P, Kotecha B. Source Royal National Throat, Nose and Ear Hospital, 330 Gray's Inn Road, London, UK. paulstimpson@doctors.org.uk Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011 Dec;268(12):1829-36. doi: 10.1007/s00405-011-1634-7. Epub 2011 May 19. 5 Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, Bettega G, Boudewyns A, Hamans E, Jalbert F, Paoli JR, Sanner B, Smith I, Stuck BA, Lacassagne L, Marklund M, Maurer JT, Pepin JL, Valipour A, Verse T, Fietze I; European Respiratory Society

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						task force on non-CPAP therapies in sleep apnoea. Source institute for Pneumology at the University Witten/Herdecke,Clinic for Pneumology and Allergology, Centre of Sleep Medicine and Respiratory Care, Bethanien Hospital, Solingen, Germany. randerath@klinik-bethanien.de Eur Respir J. 2011 May;37(5):1000-28. doi: 10.1183/09031936.00099710. Epub 2011 Mar 15.
1	4	25.6.1.01		ESCLEROSIS CON RADIOFRECUENCIA BASE DE LENGUA	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, introducir pieza de radiofrecuencia para lograr la coagulación proteica de la estructura Técnica mínimamente invasiva donde se busca realizar túneles de coagulación proteica por vaporización y coagulación generando tracto fibrotico a nivel muscular en linea media y paramediana de lengua, teniendo como efecto un aumento en el tono y la fortaleza de la estructura. Por medio de tecnología de radiofrecuencia se cual sea el medio de aplicación punta aguja o asa.	1 Comparison of minimally invasive techniques in tongue base surgery in patients with obstructive sleep apnea. Babademez MA, Yorubulut M, Yurekli MF, Gunbey E, Baysal S, Acar B, Karasen RM. Source Kecioren Training and Research Hospital Department of Otorhinolaryngology, Ankara, Turkey. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Nov;145(5):858-64. doi: 10.1177/0194599811414793. Epub 2011 Aug 8. 2 Surgical Modifications of the Upper Airway for Obstructive Sleep Apnea in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis Sean M. Caples, DO1; James A. Rowley, MD2; Jeffrey R. Prinsell, SLEEP, Vol. 33, No. 10, 2010 2 Practice Parameters for the Surgical Modifications of the Upper Airway for Obstructive Sleep Apnea in AdultsR. Nisha Aurora,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						MD1; Kenneth R. Casey, MD2; David Kristo, MD3; Sanford Auerbach, MD4; Sabin R. Bista, MD5; Susmita Chowdhuri, MD6; Anoop Karippot, MD7; SLEEP, Vol. 33, No. 10,
1	4	27.6.2.09		UVULOPALATOFARINGOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, realizar cortes por medio de la coagulación proteica de la estructura modificando la morfología del área a nivel mucoso solamente. Técnica que busca realizar modificación morfológica de la palatofaringe. Por medio de tecnología de radiofrecuencia se cual sea el medio de aplicación punta aguja o asa.	1 Controlled trial of combined radiofrequency-assisted uvulopalatoplasty in the treatment of snoring and mild to moderate OSAS (pilot study). Balsevi?ius T, Uloza V, Vaitkus S, Sakalauskas R, Miliauskas S. Source Department of Otolaryngology, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Eiveni? 2, Kaunas 50009, Lithuania. balseviciai@gmail.com Sleep Breath. 2013 May;17(2):695-703. doi: 10.1007/s11325-012-0744-9. Epub 2012 Jun 29. 2 Treatment of obstructive sleep apnea syndrome using radiofrequency-assisted uvulopalatoplasty with tonsillectomy. Lim DJ, Kang SH, Kim BH, Hong SC, Yu MS, Kim YH, Choi JS, Jin KH. Source Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, School of Medicine, Konkuk University Chungju Hospital, 620-5 Kyohyun-dong, Chungju-si, Chungbuk 380-704, South Korea. lim516@gmail.com Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Feb;270(2):585-93. doi: 10.1007/s00405-012-2082-8. Epub 2012 Jun 22. 3 Surgical Modifications of the

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Upper Airway for Obstructive Sleep Apnea in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis Sean M. Caples, DO1; James A. Rowley, MD2; Jeffrey R. Prinsell, SLEEP, Vol. 33, No. 10, 2010 4 Practice Parameters for the Surgical Modifications of the Upper Airway for Obstructive Sleep Apnea in AdultsR. Nisha Aurora, MD1; Kenneth R. Casey, MD2; David Kristo, MD3; Sanford Auerbach, MD4; Sabin R. Bista, MD5; Susmita Chowdhuri, MD6; Anoop Karippot, MD7; SLEEP, Vol. 33, No. 10, 5 Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, Bettega G, Boudewyns A, Hamans E, Jalbert F, Paoli JR, Sanner B, Smith I, Stuck BA, Lacassagne L, Marklund M, Maurer JT, Pepin JL, Valipour A, Verse T, Fietze I; European Respiratory Society task force on non-CPAP therapies in sleep apnoea. Source institute for Pneumology at the University Witten/Herdecke,Clinic for Pneumology and Allergology, Centre of Sleep Medicine and Respiratory Care, Bethanien Hospital, Solingen, Germany. randerath@klinik-bethanien.de Eur Respir J. 2011 May;37(5):1000-28. doi: 10.1183/09031936.00099710. Epub 2011 Mar 15.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	25.5.9.4		GLOXOPEXIA DE ACORTAMIENTO	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de punta y frenillo lingual, realizar punto de suspensión hacia la base con sutura no absorbible generando una suspensión interna de la lengua o a una estructura interna como la mandíbula fijado con o sin material de osteosíntesis, Técnica que busca realizar modificación de la posición de la lengua.	1 A neonate with Beckwith-Wiedemann syndrome who developed upper airway obstruction after glossopexy]. Kotoku R, Kinouchi K, Fukumitsu K, Taniguchi A. Source Department of Anesthesiology, Osaka Medical Center, Research Institute for Maternal and Child Health, Izumi 594-1101. Masui. 2002 Jan;51(1):46-8. 2 Distraction osteogenesis and glossopexy for Robin sequence with airway obstruction. Cheng AT, Corke M, Loughran-Fowlds A, Birman C, Hayward P, Waters KA. Department of Otolaryngology, The Children's Hospital at Westmead, Australia. atlcheng@bigpond.com ANZ J Surg. 2011 May;81(5):320-5. doi: 10.1111/j.1445-2197.2010.05588.x. Epub 2010 Dec 23. 3 Pierre Robin sequence: an institutional experience in the multidisciplinary management of airway, feeding and serous otitis media challenges. Glynn F, Fitzgerald D, Earley MJ, Rowley H. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2011 Sep;75(9):1152-5. doi: 10.1016/j.ijporl.2011.06.009. Epub 2011 Jul 18.
1	4	27.6.2.13		COLGAJO UVULOPALATAL AMPLIADO CON O SIN AMIGDALECTOMIA	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, bajo anestesia general, se realiza si está o no indicado amigdalotomía convencional, con posterior talle de colgajo mucoso en rombo en paladar y úvula, incisión elevación de mucosa identificación de músculos, rotación de	1 A modified uvulopalatal flap with lateral pharyngoplasty for treatment in ninety two adults with obstructive sleep apnea syndrome. Kim MJ, Kim BY, Lee DC, Choi J, Hwang SH, Park CS,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					colgajo muscular y posteriormente cierre de mucosa con sutura absorbible. Técnica donde se busca realizar un cambio en la posición la inserción de los músculos periestafilinos dando como resultado un cambio en los vectores de cierre del paladar, ´puede o no estar acompañado con miotomias de desinserción. Teniendo como efecto un aumento en el expansión y las dimensiones de la luz de la vía aérea..	Kim SW, Kim SW, Cho JH, Park YJ. Clin Otolaryngol. 2013 Jun 4. doi: 10.1111/coa.12134. 2 Arco-palato-uvular flap: a new surgical technique for the treatment of palatal snoring in tonsillectomized patients. Vukoje NJ, Enöz M, Cvetinov M, Lapeña JF. ulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2011 Sep-Oct;21(5):261-5. doi: 10.5606/kbbihtisas.2011.038. 3 Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, Bettega G, Boudewyns A, Hamans E, Jalbert F, Paoli JR, Sanner B, Smith I, Stuck BA, Lacassagne L, Marklund M, Maurer JT, Pepin JL, Valipour A, Verse T, Fietze I; European Respiratory Society task force on non-CPAP therapies in sleep apnoea. Source institute for Pneumology at the University Witten/Herdecke,Clinic for Pneumology and Allergology, Centre of Sleep Medicine and Respiratory Care, Bethanien Hospital, Solingen, Germany. randerath@klinik-bethanien.de Eur Respir J. 2011 May;37(5):1000-28. doi: 10.1183/09031936.00099710. Epub 2011 Mar 15. 4 Uvulopalatal flap for obstructive sleep apnea: short-term and long-term results. neruntarat C. Laryngoscope. 2011 Mar;121(3):683-7. doi:

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						10.1002/lary.21157. Epub 2011 Jan 4.
1	4	27.6.2.11		COLGAJO UVULOPALATAL AMPLIADO SIMPLE	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, bajo anestesia general, con posterior talle de colgajo mucoso en rombo en paladar y úvula, incisión elevación de mucosa identificación de músculos, rotación de colgajo mucoso y cierre de mucosa con sutura absorbible. Técnica donde se busca realizar un cambio en la posición del paladar, puede o no estar acompañado con miotomias de desinserción. Teniendo como efecto un aumento en el expansión y las dimensiones de la luz de la vía aérea..	1 A modified uvulopalatal flap with lateral pharyngoplasty for treatment in ninety two adults with obstructive sleep apnea syndrome. Kim MJ, Kim BY, Lee DC, Choi J, Hwang SH, Park CS, Kim SW, Kim SW, Cho JH, Park YJ. Clin Otolaryngol. 2013 Jun 4. doi: 10.1111/coa.12134. 2 Arco-palato-uvular flap: a new surgical technique for the treatment of palatal snoring in tonsillectomized patients. Vukoje NJ, Enöz M, Cvetinov M, Lapeña JF. ulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2011 Sep-Oct;21(5):261-5. doi: 10.5606/kbbihtisas.2011.038. 3 Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, Bettega G, Boudewyns A, Hamans E, Jalbert F, Paoli JR, Sanner B, Smith I, Stuck BA, Lacassagne L, Marklund M, Maurer JT, Pepin JL, Valipour A, Verse T, Fietze I; European Respiratory Society task force on non-CPAP therapies in sleep apnoea. Source institute for Pneumology at the University Witten/Herdecke,Clinic for Pneumology and Allergology, Centre of Sleep Medicine and Respiratory Care, Bethanien Hospital, Solingen, Germany. randerath@klinik-bethanien.de Eur Respir J. 2011

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						May;37(5):1000-28. doi: 10.1183/09031936.00099710. Epub 2011 Mar 15. 4 Uvulopalatal flap for obstructive sleep apnea: short-term and long-term results. neruntarat C. Laryngoscope. 2011 Mar;121(3):683-7. doi: 10.1002/lary.21157. Epub 2011 Jan 4.
1	4	27.6.2.12		COLGAJO UVULOPALATAL CORTO	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, bajo anestesia general, con posterior talle de colgajo mucoso aplanado en paladar y úvula, incisión elevación de mucosa identificación de músculos, rotación de colgajo mucoso y cierre de mucosa con sutura absorbible. Técnica donde se busca realizar un cambio en la posición del paladar, puede o no estar acompañado con miotomias de desinserción. Teniendo como efecto un aumento en el expansión y las dimensiones de la luz de la vía aérea..	Preliminary findings from our experience in anterior palatoplasty for the treatment of obstructive sleep apnea. Marzetti A, Tedaldi M, Passali FM. Head and Neck Surgery Division, San Carlo Hospital, Rome, Italy. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2013 Mar;6(1):18-22. doi: 10.3342/ceo.2013.6.1.18. Epub 2013 Mar 8.
1	4	29.5.6.05		FARINGOPLASTIA LATERAL CON O SIN AMIGDALECTOMIA	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, bajo anestesia general, se realiza si está o no indicado amigdalotomía convencional, con posterior miotomias de desinserción de musculo palatogloso en posición alta y palatofaringeo en posición media, luego miotomias de musculo constrictor faríngeo superior talle de colgajo mucoso de pilares y cupula, incisión elevación de mucosa identificación de músculos, colocación de puntos de tubelización según estén indicados, rotación de colgajo muscular y posteriormente cierre de mucosa con sutura absorbible. Técnica donde se busca realizar un cambio en la posición la inserción de los músculos faríngeos dando como resultado un cambio en los vectores de cierre del paladar y las paredes laterales faríngeas, ´puede o no estar acompañado con miotomias de desinserción más bajas. Teniendo como efecto un aumento en el expansión y las dimensiones de la luz de la vía aérea..	1 Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, Bettega G, Boudewyns A, Hamans E, Jalbert F, Paoli JR, Sanner B, Smith I, Stuck BA, Lacassagne L, Marklund M, Maurer JT, Pepin JL, Valipour A, Verse T, Fietze I; European Respiratory Society task force on non-CPAP therapies in sleep apnoea. Source institute for Pneumology at the University Witten/Herdecke,Clinic for Pneumology and Allergology, Centre of Sleep Medicine and Respiratory Care, Bethanien Hospital, Solingen, Germany.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						randerath@klinik-bethanien.de Eur Respir J. 2011 May;37(5):1000-28. doi: 10.1183/09031936.00099710. Epub 2011 Mar 15 2 A study of modified lateral pharyngoplasty for the treatment of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome: primary outcomes analysis]. Liu J, Yang D, Liu D, Wang N, Han J, Han H, Li Y. Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2011 Mar;25(6):247-9 . 3 3 Evaluation of velopharyngeal function after relocation pharyngoplasty for obstructive sleep apnea. Li HY, Lee LA, Fang TJ, Lin WN, Lin WY. Laryngoscope. 2010 May;120(5):1069-73. doi: 10.1002/lary.20850. 4 A modified uvulopalatal flap with lateral pharyngoplasty for treatment in ninety two adults with obstructive sleep apnea syndrome. Kim MJ, Kim BY, Lee DC, Choi J, Hwang SH, Park CS, Kim SW, Kim SW, Cho JH, Park YJ. Clin Otolaryngol. 2013 Jun 4. doi: 10.1111/coa.12134. [Epub ahead of print] 5 Lateral pharyngoplasty versus uvulopalatopharyngoplasty: a clinical, polysomnographic and computed tomography measurement comparison. Cahali MB, Formigoni GG, Gebrim EM, Miziara ID. Sleep. 2004 Aug 1;27(5):942-50. 6 Lateral pharyngoplasty: a new

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						treatment for obstructive sleep apnea hypopnea syndrome. Cahali MB. Laryngoscope. 2003 Nov;113(11):1961-8.
1	4	29.5.6.06		FARINGOPLASTIA LATERAL POR ZETAPLASTIA CON O SIN AMIGDALECTOMIA	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, bajo anestesia general, se realiza si está o no indicado amigdalotomía convencional, con posterior miotomias de desinserción de musculo palatogloso en posición alta y palatofaringeo en posición media, luego miotomias de musculo constrictor faríngeo superior talle de colgajo de zeta plastia de pilares y cúpula, incisión elevación de mucosa identificación de músculos, colocación de puntos de tubelización según estén indicados, rotación de colgajo muscular y posteriormente cierre de mucosa en rotación por zeta plastia de pilares con sutura absorbible. Técnica donde se busca realizar un cambio en la posición la inserción de los músculos faríngeos dando como resultado un cambio en los vectores de cierre del paladar y las paredes laterales faríngeas, ´puede o no estar acompañado con miotomias de desinserción más bajas. Teniendo como efecto un aumento en el expansión y las dimensiones de la luz de la vía aérea..	1 Surgery for obstructive sleep apnoea. Sundaram S, Bridgman SA, Lim J, Lasserson TJ Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD001004. Review. 2 Evolution of swallowing in lateral pharyngoplasty with stylopharyngeal muscle preservation. Mesti JJ, Cahali MB. Braz J Otorhinolaryngol. 2012 Dec;78(6):51-5. 3 OSAS in Down syndrome: T&A versus T&A plus lateral pharyngoplasty. Merrell JA, Shott SR. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2007 Aug;71(8):1197-203. Epub 2007 May 29.
1	4	29.5.6.07		FARINGOPLASTIA LATERAL DE AVANCE (ESFINTEROPLASTIA)	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, bajo anestesia general, se realiza si está o no indicado amigdalotomía convencional, con posterior miotomias de desinserción de musculo palatogloso en posición alta y palatofaringeo en posición media, luego miotomias de musculo constrictor faríngeo superior talle de colgajo de eversión mucoso cupula, incisión elevación de mucosa identificación de músculos, colocación de puntos de tubelización según estén indicados, rotación de colgajo muscular y posteriormente cierre de mucosa en rotación por esfinteroplastia de expansión. Técnica donde se busca realizar un cambio en la posición la inserción de los músculos faríngeos dando como resultado un cambio en los vectores de cierre del paladar y las paredes laterales faríngeas, ´puede o no estar acompañado con	1 Expansion sphincter pharyngoplasty: a new technique for the treatment of obstructive sleep apnea. Pang KP, Woodson BT. otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Jul;137(1):110-4. 2 Combined transoral robotic tongue base surgery and palate surgery in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome: Expansion sphincter pharyngoplasty versus uvulopalatopharyngoplasty. Vicini C, Montevecchi F, Pang K, Bahgat A, Dallan I, Frassineti S, Campanini A. Head Neck. 2013 Jun 14. doi: 10.1002/hed.23271.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					miotomias de desinserción más bajas. Teniendo como efecto un aumento en el expansión y las dimensiones de la luz de la vía aérea..	[Epub ahead of print] 3 Obstructive sleep apnea after dynamic sphincter pharyngoplasty. Ettinger RE, Oppenheimer AJ, Lau D, Hassan F, Newman MH, Buchman SR, Kasten SJ. J Craniofac Surg. 2012 Nov;23(7 Suppl 1):1974-6. doi: 10.1097/SCS.0b013e31825b3ba9.
1	4	25.6.1.03		GLOSECTOMIA CENTRAL	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de dorso y base lingual línea media, bajo anestesia general, realizar punto de suspensión en la punta lingual retraer la lengua, posteriormente incisión en forma de ojal de 4 a 6 cm en linea media con fabricación de cuña en línea media control hemostático remoción de franja muscular y mucosa de 1 a 2 cm de profundidad generando cavidad interna de la lengua cierre en plano muscular cierre en plano mucoso, Técnica que busca realizar modificación del tamaño de la base y dorso de la lengua.	Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, Bettega G, Boudewyns A, Hamans E, Jalbert F, Paoli JR, Sanner B, Smith I, Stuck BA, Lacassagne L, Marklund M, Maurer JT, Pepin JL, Valipour A, Verse T, Fietze I; European Respiratory Society task force on non-CPAP therapies in sleep apnoea. Source institute for Pneumology at the University Witten/Herdecke,Clinic for Pneumology and Allergology, Centre of Sleep Medicine and Respiratory Care, Bethanien Hospital, Solingen, Germany. randerath@klinik-bethanien.de Eur Respir J. 2011 May;37(5):1000-28. doi: 10.1183/09031936.00099710. Epub 2011 Mar 15. 2 Evaluation of open midline glossectomy in the multilevel surgical management of obstructive sleep apnea syndrome. Suh GD. otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Jan;148(1):166-71. doi:

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						10.1177/0194599812464331. Epub 2012 Oct 12. 3 Treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome with combined uvulopalatopharyngoplasty and midline glossectomy: outcomes from a 5-year study. Hou J, Yan J, Wang B, Zhu K, Sheng Y, Zheng G, Kang Q. Respir Care. 2012 Dec;57(12):2104-10. doi: 10.4187/respcare.01695.
1	4	25.6.1.04		AVANCE HIOIDES	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de dorso y base lingual línea media, bajo sedación o anestesia general, realizar incisión en región submentoniana y cervicotomia media sobre hioides disección de sínfisis mandibular y de hueso hioides, drille de sínfisis y o colocación de tornillo de material de osteosíntesis en cara interna, posterior túnel submucoso para sutura uniendo incisiones con fijación con sutura no absorbible de hioides y fijación del mismo a mandíbula, cierre en plano muscular cierre en planos, Técnica que busca realizar modificación de la posición de la lengua y prevenir su caída en efecto gravitacional	1 Thirteen Years of Hyoid Suspension Experience in Multilevel OSAHS Surgery: The Short-Term Results of a Bicentric Study. Canzi P, Berardi A, Tinelli C, Montevecchi F, Pagella F, Vicini C, Benazzo M. Int J Otolaryngol. 2013;2013:263043. doi: 10.1155/2013/263043. Epub 2013 Feb 20. 2 Hyoid suspension surgery with UPPP for the treatment of hypopharyngeal airway obstruction in obstructive sleep apnea. Karataylı-Özgürsoy S, Demireller A. Ear Nose Throat J. 2012 Aug;91(8):358-64. 3 3 Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, Bettega G, Boudewyns A, Hamans E, Jalbert F, Paoli JR, Sanner B, Smith I, Stuck BA, Lacassagne L, Marklund M, Maurer JT, Pepin JL, Valipour A, Verse T, Fietze I; European Respiratory Society task force on non-CPAP

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						therapies in sleep apnoea. Source institute for Pneumology at the University Witten/Herdecke,Clinic for Pneumology and Allergology, Centre of Sleep Medicine and Respiratory Care, Bethanien Hospital, Solingen, Germany. randerath@klinik-bethanien.de Eur Respir J. 2011 May;37(5):1000-28. doi: 10.1183/09031936.00099710. Epub 2011 Mar 15
1	4	31.6.5.04		SUPRAGLOTOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA O LASER	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, bajo anestesia general, realizar coagulación proteica de la estructura modificando la morfología del área a nivel mucoso solamente. Técnica que busca realizar modificación morfológica de la supraglotis. Por medio de tecnología de radiofrecuencia se cual sea el medio de aplicación punta aguja o asa.	Role of radiofrequency cautery in laryngomalacia: a study in 12 patients. Hypopharyngeal surgery in obstructive sleep apnea: practice patterns, perceptions, and attitudes. Kezirian EJ, Hussey HM, Brietzke SE, Cohen SM, Davis GE, Shin JJ, Weinberger DG, Cabana MD. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 Nov;147(5):964-71. doi: 10.1177/0194599812453000. Epub 2012 Jun 29.
1	4	25.6.1.02		RESECCION MEDIANA DE MUCOSA DE LENGUA POR RADIOFRECUENCIA	La técnica consiste en previa aplicación de anestésico tópico e infiltración de área, bajo anestesia general , realizar coagulación proteica de la estructura modificando la morfología del área a nivel muscular y mucoso en cuña . Por medio de una incisión en dorso lingual y un túnel , Técnica que busca realizar modificación morfológica y el volumen lingual. Por medio de tecnología de radiofrecuencia se cual sea el medio de aplicación punta aguja o asa.	1 Transoral robotic glossectomy for the treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. Friedman M, Hamilton C, Samuelson CG, Kelley K, Taylor D, Pearson-Chauhan K, Maley A, Taylor R, Venkatesan Tk Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 May;146(5):854-62. doi: 10.1177/0194599811434262.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Epub 2012 Jan 13. 2 2. Comparison of minimally invasive techniques in tongue base surgery in patients with obstructive sleep apnea. Babademez MA, Yorubulut M, Yurekli MF, Gunbey E, Baysal S, Acar B, Karasen RM. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Nov;145(5):858-64. doi: 10.1177/0194599811414793. Epub 2011 Aug 8. 3 Radiofrequency surgery for the treatment of obstructive sleep apnea: short-term and long-term results. Neruntarat C, Chantapant S. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009 Dec;141(6):722-6. doi: 10.1016/j.otohns.2009.09.028.
1	4	04.9.1.00		IMPLANTE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO HIPOGLOSO	La técnica consiste en realizar por incisión cervicotomia lateral alta disección de nervio hipogloso colocando una azada de electrodos con posterior incisión supraclavucular derecha con colocación de implante subcutáneo en bolsillo a la medida, fabricación de túnel subcutáneo de comunicación entre las incisiones para paso de cable de implante cierre y fijación de implante, la técnica busca como resultado la estimulación del nervio hipogloso y de esta manera generar como un marcapaso de vía aérea contracción muscular dando permeabilidad a una vía aérea colapsable durante el sueño	1 Targeted hypoglossal neurostimulation for obstructive sleep apnoea: a 1-year pilot study. Mwenge GB, Rombaux P, Dury M, Lengelé B, Rodenstein D. Eur Respir J. 2013 Feb;41(2):360-7. doi: 10.1183/09031936.00042412. Epub 2012 May 17 2 Hypoglossal neurostimulation for obstructive sleep apnoea. Barbé F, Masa JF. Eur Respir J. 2013 Feb;41(2):257-8. doi: 10.1183/09031936.00132312 3 hypoglossal nerve stimulation in the treatment of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome]. Yang TF, Jin XJ. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2012 Aug;47(8):698-701

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	2	31.2		LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION		
1	4	31.2.0.01		TIROPLASTIA DE MEDIALIZACION CON DISPOSITIVO LARINGEO	INCLUYE: PROTESIS O CON GORETEX, Tecnica quirurgica muy util en mejorar el cierre glotico,alterando la posicion del pliegue vocal,especialmente en casos de insuficiencia glotica severa o moderada,mejorando la calidad vocal y protegiendo la via aerea durante la deglucion.Indicada en pacientes con paralisis unilateral de pliegue vocal o en atrofia vocal.	Rosen C. Simpson CB. Silastic Medialization Laryngoplasty for Unilateral Vocal Fold Paralysis. Chapter 38. In Operative techniques in Laryngology. Berlin:Sprlinger-Verlag; 2008. p.241-251. Rosen C. Simpson CB. GORE-TEX Medialization Laryngoplasty. Chapter 39 In Operative techniques in Laryngology. Berlin:Sprlinger-Verlag; 2008. p.253 - 256
2	4	93.0.1.06		EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ §	Incluye: PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS,ANALISIS ACUSTICO VOCAL.Es un examen objetivo que permite la descripcion detallada de patologias vocales,el seguimiento de tratamientos fonoaudiologicos o quirugicos,estudia la articulacion vocal y permite el estudio de patrones objetivos de las emisiones de la voz.	Murry T. Speaking fundamental frequency characteristics associated with vocal pathologies. J Speech Hear Dis **1978;43:374-379**
1	4	01.5.2.06		RESECCION DE TUMORES DE BASE DE CRANEO ANTERIOR VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	La Experiencia con procedimientos endonasales transesfenoidales para la hipofisis han mostrado quepor anatomia, la cirugía a través de la nariz es mejor tolerada que la la cirugía transcraneal. Los informes clínicos iniciales de la utilidad del enfoque endonasal de meningiomas de la base del cráneo línea media se publicaron hace más de una década	1. Nicolai P, Castelnuovo P, Bolzoni Villaret A. Endoscopic resection of sinonasal malignancies. Curr Oncol Rep. 2011 Apr; 13 (2): 138-144. 2. Dave SP, Bared A, Casiano RR. Surgical outcomes and safety of transnasal endoscopic resection for anterior skull tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Jun; 136 (6): 920-927. 3. Banhiran W, Casiano RR. Endoscopic sinus surgery for benign and malignant nasal and sinus neoplasm. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Feb; 13 (1): 50-54.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	01.5.4.11		RESECCION DE TUMORES DE BASE DE CRANEO POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	La Experiencia con procedimientos endonasales transesfenoidales para la hipofisis han mostrado quepor anatomia, la cirugía a través de la nariz es mejor tolerada que la la cirugía transcraneal. Los informes clínicos iniciales de la utilidad del enfoque endonasal de meningiomas de la base del cráneo línea media se publicaron hace más de una década	1. Caroline HAYHURST1, Michael E. SUGHRUE2, Pankaj A. GORE3, Phillip A. BONNEY2, Joshua D. BURKS2, Charles TEO.Results with Expanded Endonasal Resection of Skull Base Meningiomas: Technical Nuances and Approach Selection Based on an Early Experience 2. Nicolai P, Castelnuovo P, Bolzoni Villaret A. Endoscopic resection of sinonasal malignancies. Curr Oncol Rep. 2011 Apr; 13 (2): 138-144. 3. Dave SP, Bared A, Casiano RR. Surgical outcomes and safety of transnasal endoscopic resection for anterior skull tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Jun; 136 (6): 920-927. 4. Banhiran W, Casiano RR. Endoscopic sinus surgery for benign and malignant nasal and sinus neoplasm. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Feb; 13 (1): 50-54.
1	4			RESECCION DE TUMORES DE FOSA PTERIGOPALATINA VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	Aunque la técnica endoscópica es un abordaje quirúrgico menos invasivo que las técnicas abiertas, permite también una resección radical de las lesiones que afectan a las cavidades nasales y paranasales. Las ventajas de usar los abordajes endonasales endoscópicos inclu- yen la ausencia de incisión externa y la baja morbilidad res- pecto a los abordajes abiertos; además también permite una mejor visualización y magnificación del tumor y sus lí- mites, con la consecuente posibilidad de evitar una resec- ción innecesaria de mucosa y estructuras anatómicas sanas. La técnica endoscópica también permite una visión pano- rámica, a diferencia de la visión restringida que proporcio- na el microscopio, de	1.Ernesto Pasquinia, Riccardo Ciprianib, Giulia Tentia y Vittorio Sciarrettaa. Abordaje endoscópico endonasal para el tratamiento del carcinoma adenoide quístico de fosas nasales con afección de la fosa pterigopalatina y basiesfenoides.Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58 Supl. 1:59-64 2.Pasquini E, Sciarretta V, Farneti G, Ippolito A, Mazzatenta D, Frank G. En- doscopic endonasal

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					forma que se hace posible la inspec- ción de la cavidad quirúrgica utilizando endoscopios de visión angulada	approach for the treatment of benign schwannoma of the sinonasal tract and pterygopalatine fossa. Am J Rhinol. 2002;16:113-8.
1	4			RESECCION DE TUMORES DE FOSA INFRATEMPORAL VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	Aunque la técnica endoscópica es un abordaje quirúrgico menos invasivo que las técnicas abiertas, permite también una resección radical de las lesiones que afectan a las cavidades nasales y paranasales. Las ventajas de usar los abordajes endonasales endoscópicos inclu- yen la ausencia de incisión externa y la baja morbilidad res- pecto a los abordajes abiertos; además también permite una mejor visualización y magnificación del tumor y sus límites, con la consecuente posibilidad de evitar una resec- ción innecesaria de mucosa y estructuras anatómicas sanas. La técnica endoscópica también permite una visión panorámica, a diferencia de la visión restringida que proporciona el microscopio, de forma que se hace posible la inspec- ción de la cavidad quirúrgica utilizando endoscopios de visión angulada	1.Zhou B1, Huang Q1, Shen PH2, Cui SJ1, Wang CS1, Li YC1, Yu ZK3, Chen XH1, Ye T4.The intranasal endoscopic removal of schwannoma of the pterygopalatine and infratemporal fossae via the prelacrimal recess approach.J Neurosurg. 2016 Apr;124(4):1068-73. doi: 10.3171/2015.3.JNS132702. Epub 2015 Sep 4. 2.Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2014 Oct;28(20):1547-9.[Endoscopic endonasal approach resection for anterior skull base, pterygopalatine fossa and infratemporal fossa tumors: retrospective analysis of 73 patients].Li N, Yu L, Jiang Y, Ju J, Zhang N.
1	4	04.4.1.03		DESCOMPRESIÓN DEL NERVIO TRIGEMINAL VIA ENDOSCOPICA	La descompresión microvascular Endoscópica ofrece una identificación fiable de los conflictos neurovasculares bajo una iluminación excelente , y que proporciona la cirugía mínimamente invasiva para la neuralgia del trigémino y el espasmo hemifacial . Las técnicas de transposición se han reportado como un método de descompresión para evitar la formación de adherencias y granuloma alrededor de los sitios de descompresión , proporcionando mejores resultados quirúrgicos .	1. Komatsu F1, Imai M1, Hirayama A1, Hotta K1, Hayashi N1, Oda S1, Shimoda M1, Matsumae M2.Endoscopic Microvascular Decompression with Transposition for Trigeminal Neuralgia and Hemifacial Spasm: Technical Note.J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg. 2016 Sep 5. 2. Lee JY1, Pierce JT1, Sandhu SK1, Petrov D1, Yang AI1.Endoscopic versus

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						microscopic microvascular decompression for trigeminal neuralgia: equivalent pain outcomes with possibly decreased postoperative headache after endoscopic surgery.J Neurosurg. 2016 Jul 29:1-9. [Epub ahead of print]
1	4	77.8.9.34		ODONTOIDECTOMIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	La unión craniovertebral (CVJ) es una región compleja de la columna vertebral con las relaciones anatómicas y funcionales únicas. Para aliviar los síntomas asociados con los procesos patológicos que implican el proceso odontoideo , a menudo se requiere la descompresión, incluyendo odontoidectomía . El conocimiento exacto de las tasas de complicaciones siguiendo las técnicas transoral y transnasales es esencial tanto para los pacientes y cirujanos .	1.Transoral and transnasal odontoidectomy complications: A systematic review and meta-analysis.Shriver MF, Kshettry VR, Sindwani R, Woodard T, Benzel EC, Recinos PF. Clin Neurol Neurosurg. 2016 Sep;148:121-9. doi: 10.1016/j.clineuro.2016.07.019. Epub 2016 Jul 11 2.C1 anterior arch preservation in transnasal odontoidectomy using three-dimensional endoscope: A case report.Zenga F, Marengo N, Pacca P, Pecorari G, Ducati A.Surg Neurol Int. 2015 Dec 28;6:192. doi: 10.4103/2152-7806.172696. eCollection 2015.
1	4	07.1.4.01		BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL ENDOSCOPICA	El abordaje transesfenoidal endoscópica para el tratamiento de las lesiones de la silla turca ha ganado popularidad como un método fiable y no traumático . El uso del método endoscópico endonasal ha ampliado progresivamente, incluyendo el tratamiento de diversas lesiones supra y paraselares como craneofaringiomas, meningiomas, quiste de la hendidura de Rathke, cordoma clivus, y lesiones del seno cavernoso. Cuando se compara con las técnicas que utilizan microscopios, la cirugía endoscópica permite un campo de visión más amplio, una mejor visualización de la supra y la región paraselar y de las estructuras neurovasculares (nervios ópticos, quiasma, arteria carótida, y seno cavernoso). La introducción del endoscopio en la silla turca trae a la	1. Endonasal Endoscopic Transsphenoidal Approach to Lesions of the Sellar Region in Pediatric Patients.Zhan R1, Xin T, Li X, Li W, Li X.J Craniofac Surg. 2015 Sep;26(6):1818-22. doi: 10.1097/SCS 2.Oertel J1, Gaab MR2, Linsler S3.The endoscopic endonasal transsphenoidal approach to sellar lesions allows a high radicality: The benefit of angled optics.Clin Neurol Neurosurg. 2016 Jul;146:29-34. doi:

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					vista de las estructuras y la interfaz de tejido normal / tumor facilitando así la eliminación de tumor permanece. El campo de visión lateral es más ancho, la limitación de movimiento creado por el uso del espéculo se avoided7, no hay necesidad de que el desprendimiento del tabique nasal, y, en consecuencia, hay menos daño a la fisiología nasal y una reducción de morbilidad en comparación con otros techniques5.	10.1016/j.clineuro.2016.04.016. Epub 2016 Apr 22.
1	4	02.1.2.09		CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO MEDIA VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	La cirugía endoscópica nasal es segura y muy eficaz en el cierre de las fístulas de LCR de cualquier defecto. Los injertos de fascia lata underlay y mucoperiostio del cornete medio o inferior colocados sobre la fascia consiguen la reparación de las fístulas y defectos de la base del cráneo pequen˜os y medianos. Los colgajos nasoseptales vascularizados son los más adecuados para la reconstrucción de grandes defectos al finalizar la cirugía de base de cráneo avanzada. Actualmente, diversos estudios han concluido que el cierre endoscópico de las fístulas de LCR es seguro y eficaz y debe considerarse el tratamiento estándar para la mayoría de los casos	1. Bassett E1, Farag A1, Iloreta A1, Farrell C2, Evans J2, Rosen M1, Singh A3, Nyquist G1.The extended nasoseptal flap for coverage of large cranial base defects.Int Forum Allergy Rhinol. 2016 Aug 22. doi: 10.1002/alr.21778. [Epub ahead of print] 2. El-Tarabishi MN1, Fawaz SA1, Sabri SM1, El-Sharnobi MM1, Sweed A2,3..A modification of endoscopic endonasal approach for management of encephaloceles in sphenoid sinus lateral recess.Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Jun 13. [Epub ahead of print] 3.Bernal-Sprekelsen M, Bleda-Vázquez C, Carrau RL. Ascending meningitis secondary to traumatic cerebrospinal fluid leaks. Am J Rhinol. 2000;14:257-9. 4. Jones NS, Becker DG. Advances in the management of CSF leaks. BMJ. 2001;322:122-3. 5. Psaltis AJ, Schlosser RJ, Banks CA, Yawn J, Soler ZM. A systematic review of the endoscopic repair of cerebrospinal fluid

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						leaks. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012;147:196-203.
1	4			ABORDAJE (EXPOSICION) DE FOSA CRANEAL ANTERIOR POR ENDOSCOPIA TRANSNASAL	Los abordajes transesfenoidales se han usado en el último siglo para la resección de tumores hipofisarios u otros tu- mores sellares. Recientemente los abordajes endonasales estándar se han ampliado para proporcionar acceso a otras lesiones parasellares. Con la incorporación de los endosco- pios, esta expansión tiene un potencial muy importante para la resección de las lesiones de la base de cráneo. Se re- visan y se presentan los puntos de referencia anatómicos y las técnicas quirúrgicas empleadas en los abordajes endos- cópicos ampliados a la región sellar, el clivus y la unión cervicomedular, acompañadas de ilustraciones de los casos descritos. La región sellar, la porción caudal de la base an- terior de cráneo medial y la unión cervicomedular se han dividido en módulos para su abordaje: sellar, transellar, subsellar, tercio medio de clivus, su tercio inferior y la unión cervicomedular.	1. Abordajes endonasales endoscópicos ampliados a la base de cráneo caudoventral.Amin Kassama,b, Ricardo L. Carraua,b, Carl H. Snydermana,b, Daniel M. Prevedellob, Arlan Mintzb, Paul Gardnerb y Humbert Massegurc.Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58 Supl. 1:14-30 29 2.Nicolai P, Castelnuovo P, Bolzoni Villaret A. Endoscopic resection of sinonasal malignancies. Curr Oncol Rep. 2011 Apr; 13 (2): 138-144. 3. Dave SP, Bared A, Casiano RR. Surgical outcomes and safety of transnasal endoscopic resection for anterior skull tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Jun; 136 (6): 920-927. 4. Banhiran W, Casiano RR. Endoscopic sinus surgery for benign and malignant nasal and sinus neoplasm. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Feb; 13 (1): 50-54.
1	4			ABORDAJE (EXPOSICION) DE FOSA CRANEAL MEDIA POR ENDOSCOPIA TRANSNASAL	Los abordajes transesfenoidales se han usado en el último siglo para la resección de tumores hipofisarios u otros tu- mores sellares. Recientemente los abordajes endonasales estándar se han ampliado para proporcionar acceso a otras lesiones parasellares. Con la incorporación de los endosco- pios, esta expansión tiene un potencial muy importante para la resección de las lesiones de la base de cráneo. Se re- visan y se presentan los puntos de referencia anatómicos y las técnicas quirúrgicas empleadas en los abordajes endos- cópicos ampliados a la región sellar, el clivus y la unión	1. Abordajes endonasales endoscópicos ampliados a la base de cráneo caudoventral.Amin Kassama,b, Ricardo L. Carraua,b, Carl H. Snydermana,b, Daniel M. Prevedellob, Arlan Mintzb, Paul Gardnerb y Humbert Massegurc.Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58 Supl. 1:14-30 29 2.Nicolai P, Castelnuovo P, Bolzoni Villaret A. Endoscopic

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					cervicomedular, acompañadas de ilustraciones de los casos descritos. La región sellar, la porción caudal de la base an- terior de cráneo medial y la unión cervicomedular se han dividido en módulos para su abordaje: sellar, transellar, subsellar, tercio medio de clivus, su tercio inferior y la unión cervicomedular.	resection of sinonasal malignancies. Curr Oncol Rep. 2011 Apr; 13 (2): 138-144. 3. Dave SP, Bared A, Casiano RR. Surgical outcomes and safety of transnasal endoscopic resection for anterior skull tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Jun; 136 (6): 920-927. 4. Banhiran W, Casiano RR. Endoscopic sinus surgery for benign and malignant nasal and sinus neoplasm. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Feb; 13 (1): 50-54.
1	4			ABORDAJE (EXPOSICION) DE FOSA CRANEAL POSTERIOR POR ENDOSCOPIA TRANSNASAL	Los abordajes transesfenoidales se han usado en el último siglo para la resección de tumores hipofisarios u otros tu- mores sellares. Recientemente los abordajes endonasales estándar se han ampliado para proporcionar acceso a otras lesiones parasellares. Con la incorporación de los endosco- pios, esta expansión tiene un potencial muy importante para la resección de las lesiones de la base de cráneo. Se re- visan y se presentan los puntos de referencia anatómicos y las técnicas quirúrgicas empleadas en los abordajes endos- cópicos ampliados a la región sellar, el clivus y la unión cervicomedular, acompañadas de ilustraciones de los casos descritos. La región sellar, la porción caudal de la base an- terior de cráneo medial y la unión cervicomedular se han dividido en módulos para su abordaje: sellar, transellar, subsellar, tercio medio de clivus, su tercio inferior y la unión cervicomedular.	1. Abordajes endonasales endoscópicos ampliados a la base de cráneo caudoventral.Amin Kassama,b, Ricardo L. Carraua,b, Carl H. Snydermana,b, Daniel M. Prevedellob, Arlan Mintzb, Paul Gardnerb y Humbert Massegurc.Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58 Supl. 1:14-30 29 2.Nicolai P, Castelnuovo P, Bolzoni Villaret A. Endoscopic resection of sinonasal malignancies. Curr Oncol Rep. 2011 Apr; 13 (2): 138-144. 3. Dave SP, Bared A, Casiano RR. Surgical outcomes and safety of transnasal endoscopic resection for anterior skull tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Jun; 136 (6): 920-927. 4. Banhiran W, Casiano RR. Endoscopic sinus surgery for benign and malignant nasal and sinus neoplasm. Curr Opin

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Feb; 13 (1): 50-54.
1	4			ABORDAJE (EXPOSICION) DE FOSA PTERIGOPALATINA POR ENDOSCOPIA TRANSNASAL	La fosa pterigomaxilar es una región de la base de cráneo de difícil acceso. Debido a la mayor experiencia adquirida en el tra- tamiento endonasal asistido con endoscopios de las diversas enfermedades rinosinusales, el abordaje endoscópico a esta región se ha hecho cada vez más frecuente. Entre las ventajas de este abordaje se incluyen: mejor visión, la posibilidad de que trabajen dos cirujanos simultáneamente, resección de tumores que se extiendan a la fosa infratemporal sin realizar incisiones complementarias, menos morbilidad, y menor tiempo quirúrgico y de internación.	1. Andrew, P. Lane.: Endoscopic pterygopalatine space surgery Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery; 14. 3: 212-215 A. [Links] 2. Aronsohn, Michael S., et al.: Utility of Image Guided Surgery in the Diagnosis of Pterygopalatine Fossa Lesions. Laryngoscope 2004; 114: 424-427. [Links] 3. Attia, E.L., Bentley, K.C., Head, T., Mulder, D.: A new external approach to the pterygomaxillary fossa and parapharyngeal space. Head Neck Surg. 1984; 6: 884-891. [Links] 4. Cappabianca, P., de Divitiis, E. Back to the Egyptians: neurosurgery via the nose. A five-thousand year history and the recent contribution of the endoscope. Neurosurg Rev. 2007; 30: 1-7.
1	4			ABORDAJE (EXPOSICION) DE FOSA INFRATEMPORAL POR ENDOSCOPIA TRANSNASAL	Los procesos ocupativos de la fosa infratemporal son raros. Por tanto, la cirugía de esta región es poco frecuente. Esta región no posee una patología neoplásica característica: los tumores que en ella se desarrollan pueden originarse en sus tejidos o provenir de órganos adyacentes. Sus vías de acceso son limitadas e impiden una exposición amplia Entre las ventajas de este abordaje se incluyen: mejor visión, la posibilidad de que trabajen dos cirujanos simultáneamente, resección de tumores que se extiendan a la fosa infratemporal sin realizar incisiones complementarias, menos morbilidad, y menor tiempo quirúrgico y de internación.	1. Andrew, P. Lane.: Endoscopic pterygopalatine space surgery Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery; 14. 3: 212-215 A. [Links] 2. Aronsohn, Michael S., et al.: Utility of Image Guided Surgery in the Diagnosis of Pterygopalatine Fossa Lesions. Laryngoscope 2004; 114: 424-427. [Links] 3. Attia, E.L., Bentley, K.C., Head,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						T., Mulder, D.: A new external approach to the pterygomaxillary fossa and parapharyngeal space. Head Neck Surg. 1984; 6: 884-891. [Links] 4. Cappabianca, P., de Divitiis, E. Back to the Egyptians: neurosurgery via the nose. A five-thousand year history and the recent contribution of the endoscope. Neurosurg Rev. 2007; 30: 1-7.
1	4			CIRUGIA DE TROMPA DE EUSTAQUIO O TUBOPLASTIA TRANSNASAL	le	Clin Otolaryngol. 2015 Dec;40(6):629-38. doi: 10.1111/coa.12429.Balloon Eustachian tuboplasty: a retrospective cohort study.Schröder S1, Lehmann M1, Ebmeyer J1, Upile T1, Sudhoff H1 Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015 Dec;272(12):3677-83. doi: 10.1007/s00405-014-3443-2. Epub 2014 Dec 19. Endonasal dilatation of the Eustachian tube (EET) in children: feasibility and the role of tubomanometry (Estève) in outcomes measurement. Jenckel F1, Kappo N2, Gliese A2, Loewenthal M2, Lörincz BB2, Knecht R3, Dalchow CV4.
1				APLICACION DE TOXINA BOTULINICA PARA CEFALEA	Se ha mostrado que en la migraña crónica, la aplicación de toxina botulinica es un tratamiento eficaz: disminuye el número y la intensidad de las cefaleas, produce una reducción del consumo de fármacos para las crisis (especialmente triptanes) y es seguro y bien tolerado. Todo ello favorece la adhesión de los pacientes, lo que representa una ventaja para tratamientos de larga duración.	Freitag FG. Importance of botulinum toxin for prevention of migraine. Expert Rev Neurother 2010; 10: 339¬40. Troost BT. Botulinum toxin type A (Botox) in the treatment of migraine and other headaches. Expert Rev Neurother 2004; 4: 27-31.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Silberstein SD. Botulinum toxin in headache management In Jankovic J, Albanese A, Atassi MZ, Dolly JO, Hallett M, Mayer NH, eds. Botulinum toxin: therapeutic clinical practice and science. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 214¬22. Borrell WM. Toxina botulínica en el manejo de cefaleas primarias. Rev Soc Esp Dolor 2006; 13: 285¬6.
1				APLICACION DE TOXINA BOTULINICA PARA HIPERTROFIA DE MASETEROS	La inyección de toxina Botulínica tipo A en pacientes con hipertrofia maseterina se considera un tratamiento beneficioso. La hipertrofia del músculo masetero es una entidad infrecuente de origen desconocido, importante a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de cabeza y cuello, que se localizada a nivel de la mejilla. Se han propuesto diversas opciones de tratamiento para la hipertrofia del masetero, desde farmacoterapia hasta cirugía invasiva de reducción.	Ki Young Ahn,, Seong Taek Kim: The Change of Ma- ximum Bite Force after Botulinum ToxinType A Injec- tion for Treating Masseteric Hypertrophy. Plast. Rec. Surg. 2007; 120 (6):1662. Nam-Ho Kim, Ro-Hyuk Park, Jong-Beum Park: Bo- tulinum Toxin Type A for the Treatment of Hypertrophy of the Masseter Muscle. Plast. Rec. Surg. 2010; 125 (6): 1693. Jae-Hong Kim, Jun Han Shin, Seong Taek Kim, Chong-Youl Kim: Effects of Two Different Units of Bo- tulinum T oxin T ype A Evaluated by Computed T omo- graphy and Electromyographic Measurements of Human Masseter Muscle. Plast. Rec. Surg.; 2007; 119 (2): 771.
1				SIALOPLASTIA ENDOSCOPICA UNICA, BILATERAL O MULTIPLE	Es una opción razonable para tratar la sialolitiasis mínimamente invasiva que evita la necesidad de la escisión de la glándula salival	Marchal, F., Dulguerov, P. Sialolithiasis management: the state of the art. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129:951–956. Marchal, F. A combined endoscopic and external

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						approach for extraction of large stones with preservation of parotid and submandibular glands. Laryngoscope. 2007;117:373–377. Nahlieli, O., Nakar, L.H., Nazarian, Y. et al, Sialoendoscopy: a new approach to salivary gland obstructive pathology. J Am Dent Assoc. 2006;137:1394–1400. Marchal, F., Dulguerov, P., Becker, M. et al, Submandibular diagnostic and interventional sialendoscopy: new procedure for ductal disorders. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2002;111:27–35. Marchal, F., Dulguerov, P., Becker, M. et al, Specificity of parotid sialendoscopy. Laryngoscope. 2001;111:264–271.
1	4			AMIGDALECTOMIA ROBOTICA	La cirugía robótica transoral supone un paso adelante en la evolución de la cirugía mínimamente invasiva en cabeza y cuello, que optimiza las dos exigencias básicas de este tipo de abordajes quirúrgicos: excelente visión y libertad de manipulación.La visualización 3D y ampliación a diez veces la ampliación del campo operatorio mejorar la profundidad de campo y la claridad de los planos del tejido durante la disección.Mejora la ergonomía del cirujano, Esto da lugar a reducir la fatiga del cuerpo, Además, la fatiga muscular mano se reduce, que cuando se consideran junto con la visualización mejorada, hace que las tareas tales como la sutura sustancialmente más fácil. El sistema robótico elimina el "efecto de punto de apoyo" de la cirugía endoscópica y hace instrumento de manipulación y la cámara más intuitiva, emulando a otra característica de la cirugía abierta.El sistema	1. Minimally Invasive Surgery.Volume 2012 (2012), Article ID 286563, 11 pages. Robotic Surgery in Otolaryngology and Head and Neck Surgery: A Review. Caio M. Oliveira,1,2 Hiep T. Nguyen,2 Alberto R. Ferraz,1 Karen Watters,3,4 Brian Rosman,2 and Reza Rahbar 2. Kaplan MJ, Damrose EJ. Transoral robotic surgery (TORS): the natural evolution of endoscopic head and neck surgery. Oncology (Williston Park). 2010 ;24:1022-1030. 3. A. Garg, R. C. Dwivedi, S. Sayed et al., "Robotic surgery in head

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					quirúrgico elimina temblor del cirujano a través de filtros de hardware y software . Además, los movimientos se pueden ampliar , con lo que los movimientos de mano grandes se pueden traducir en micromovimientos en el interior del campo quirúrgico , lo que permite al cirujano más precisión.	and neck cancer: a review," Oral Oncology, vol. 46, no. 8, pp. 571–576, 2010. 4. View at Publisher · View at Google Scholar · M. J. Mack, "Minimally invasive and robotic surgery," JAMA, vol. 285, no. 5, pp. 568–572, 2001. 5. M. Hashizume, K. Konishi, N. Tsutsumi, S. Yamaguchi, and R. Shimabukuro, "A new era of robotic surgery assisted by a computer-enhanced surgical system," Surgery, vol. 131, no. 1, supplement 1, pp. S330–S333, 2002. 6. A. R. Lanfranco, A. E. Castellanos, J. P. Desai, and W. C. Meyers, "Robotic sSurgery: a current perspective," Annals of Surgery, vol. 239, no. 1, pp. 14–21, 2004. View at Publisher · 7.E. J. Moore, K. D. Olsen, and J. L. Kasperbauer, "Transoral robotic surgery for oropharyngeal squamous cell carcinoma: a prospective study of feasibility and functional outcomes," Laryngoscope, vol. 119, no. 11, pp. 2156–2164, 2009. View at Publisher · View at Google Scholar ·
1	4			EXÉRESIS DE BASE DE LENGUA ROBOTICA	La cirugía robótica transoral supone un paso adelante en la evolución de la cirugía mínimamente invasiva en cabeza y cuello, que optimiza las dos exigencias básicas de este tipo de abordajes quirúrgicos: excelente visión y libertad de manipulación.La visualización 3D y ampliación a diez veces la ampliación del campo operatorio mejorar la profundidad de campo y la claridad de los planos del tejido durante la disección.Mejora la ergonomía del	1. Minimally Invasive Surgery.Volume 2012 (2012), Article ID 286563, 11 pages. Robotic Surgery in Otolaryngology and Head and Neck Surgery: A Review. Caio M. Oliveira,1,2 Hiep T. Nguyen,2 Alberto R. Ferraz,1 Karen Watters,3,4 Brian Rosman,2 and

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					cirujano, Esto da lugar a reducir la fatiga del cuerpo, Además, la fatiga muscular mano se reduce, que cuando se consideran junto con la visualización mejorada, hace que las tareas tales como la sutura sustancialmente más fácil. El sistema robótico elimina el "efecto de punto de apoyo" de la cirugía endoscópica y hace instrumento de manipulación y la cámara más intuitiva, emulando a otra característica de la cirugía abierta.El sistema quirúrgico elimina temblor del cirujano a través de filtros de hardware y software . Además, los movimientos se pueden ampliar , con lo que los movimientos de mano grandes se pueden traducir en micromovimientos en el interior del campo quirúrgico , lo que permite al cirujano más precisión.	Reza Rahbar 2. Kaplan MJ, Damrose EJ. Transoral robotic surgery (TORS): the natural evolution of endoscopic head and neck surgery. Oncology (Williston Park). 2010 ;24:1022-1030. 3. A. Garg, R. C. Dwivedi, S. Sayed et al., "Robotic surgery in head and neck cancer: a review," Oral Oncology, vol. 46, no. 8, pp. 571–576, 2010. 4. View at Publisher · View at Google Scholar · M. J. Mack, "Minimally invasive and robotic surgery," JAMA, vol. 285, no. 5, pp. 568–572, 2001. 5. M. Hashizume, K. Konishi, N. Tsutsumi, S. Yamaguchi, and R. Shimabukuro, "A new era of robotic surgery assisted by a computer-enhanced surgical system," Surgery, vol. 131, no. 1, supplement 1, pp. S330–S333, 2002. 6. A. R. Lanfranco, A. E. Castellanos, J. P. Desai, and W. C. Meyers, "Robotic sSurgery: a current perspective," Annals of Surgery, vol. 239, no. 1, pp. 14–21, 2004. View at Publisher · 7.E. J. Moore, K. D. Olsen, and J. L. Kasperbauer, "Transoral robotic surgery for oropharyngeal squamous cell carcinoma: a prospective study of feasibility and functional outcomes," Laryngoscope, vol. 119, no. 11, pp. 2156–2164, 2009. View at Publisher · View at Google Scholar ·

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4			LARINGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA ROBOTICA	La cirugía robótica transoral supone un paso adelante en la evolución de la cirugía mínimamente invasiva en cabeza y cuello, que optimiza las dos exigencias básicas de este tipo de abordajes quirúrgicos: excelente visión y libertad de manipulación.La visualización 3D y ampliación a diez veces la ampliación del campo operatorio mejorar la profundidad de campo y la claridad de los planos del tejido durante la disección.Mejora la ergonomía del cirujano, Esto da lugar a reducir la fatiga del cuerpo, Además, la fatiga muscular mano se reduce, que cuando se consideran junto con la visualización mejorada, hace que las tareas tales como la sutura sustancialmente más fácil. El sistema robótico elimina el "efecto de punto de apoyo" de la cirugía endoscópica y hace instrumento de manipulación y la cámara más intuitiva, emulando a otra característica de la cirugía abierta.El sistema quirúrgico elimina temblor del cirujano a través de filtros de hardware y software . Además, los movimientos se pueden ampliar , con lo que los movimientos de mano grandes se pueden traducir en micromovimientos en el interior del campo quirúrgico , lo que permite al cirujano más precisión.	1. Minimally Invasive Surgery.Volume 2012 (2012), Article ID 286563, 11 pages. Robotic Surgery in Otolaryngology and Head and Neck Surgery: A Review. Caio M. Oliveira,1,2 Hiep T. Nguyen,2 Alberto R. Ferraz,1 Karen Watters,3,4 Brian Rosman,2 and Reza Rahbar 2. Kaplan MJ, Damrose EJ. Transoral robotic surgery (TORS): the natural evolution of endoscopic head and neck surgery. Oncology (Williston Park). 2010 ;24:1022-1030. 3. A. Garg, R. C. Dwivedi, S. Sayed et al., "Robotic surgery in head and neck cancer: a review," Oral Oncology, vol. 46, no. 8, pp. 571–576, 2010. 4. View at Publisher · View at Google Scholar · M. J. Mack, "Minimally invasive and robotic surgery," JAMA, vol. 285, no. 5, pp. 568–572, 2001. 5. M. Hashizume, K. Konishi, N. Tsutsumi, S. Yamaguchi, and R. Shimabukuro, "A new era of robotic surgery assisted by a computer-enhanced surgical system," Surgery, vol. 131, no. 1, supplement 1, pp. S330–S333, 2002. 6. A. R. Lanfranco, A. E. Castellanos, J. P. Desai, and W. C. Meyers, "Robotic sSurgery: a current perspective," Annals of Surgery, vol. 239, no. 1, pp. 14–21, 2004. View at Publisher · 7.E. J. Moore, K. D. Olsen, and J.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						L. Kasperbauer, "Transoral robotic surgery for oropharyngeal squamous cell carcinoma: a prospective study of feasibility and functional outcomes," Laryngoscope, vol. 119, no. 11, pp. 2156–2164, 2009. View at Publisher · View at Google Scholar ·
1	4			FARINGOPLASTIA ROBOTICA	La cirugía robótica transoral supone un paso adelante en la evolución de la cirugía mínimamente invasiva en cabeza y cuello, que optimiza las dos exigencias básicas de este tipo de abordajes quirúrgicos: excelente visión y libertad de manipulación.La visualización 3D y ampliación a diez veces la ampliación del campo operatorio mejorar la profundidad de campo y la claridad de los planos del tejido durante la disección.Mejora la ergonomía del cirujano, Esto da lugar a reducir la fatiga del cuerpo, Además, la fatiga muscular mano se reduce, que cuando se consideran junto con la visualización mejorada, hace que las tareas tales como la sutura sustancialmente más fácil. El sistema robótico elimina el "efecto de punto de apoyo" de la cirugía endoscópica y hace instrumento de manipulación y la cámara más intuitiva, emulando a otra característica de la cirugía abierta.El sistema quirúrgico elimina temblor del cirujano a través de filtros de hardware y software . Además, los movimientos se pueden ampliar , con lo que los movimientos de mano grandes se pueden traducir en micromovimientos en el interior del campo quirúrgico , lo que permite al cirujano más precisión.	1. Minimally Invasive Surgery.Volume 2012 (2012), Article ID 286563, 11 pages. Robotic Surgery in Otolaryngology and Head and Neck Surgery: A Review. Caio M. Oliveira,1,2 Hiep T. Nguyen,2 Alberto R. Ferraz,1 Karen Watters,3,4 Brian Rosman,2 and Reza Rahbar 2. Kaplan MJ, Damrose EJ. Transoral robotic surgery (TORS): the natural evolution of endoscopic head and neck surgery. Oncology (Williston Park). 2010 ;24:1022-1030. 3. A. Garg, R. C. Dwivedi, S. Sayed et al., "Robotic surgery in head and neck cancer: a review," Oral Oncology, vol. 46, no. 8, pp. 571–576, 2010. 4. View at Publisher · View at Google Scholar · M. J. Mack, "Minimally invasive and robotic surgery," JAMA, vol. 285, no. 5, pp. 568–572, 2001. 5. M. Hashizume, K. Konishi, N. Tsutsumi, S. Yamaguchi, and R. Shimabukuro, "A new era of robotic surgery assisted by a computer-enhanced surgical system," Surgery, vol. 131, no. 1,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						supplement 1, pp. S330–S333, 2002. 6. A. R. Lanfranco, A. E. Castellanos, J. P. Desai, and W. C. Meyers, "Robotic sSurgery: a current perspective," Annals of Surgery, vol. 239, no. 1, pp. 14–21, 2004. View at Publisher · 7.E. J. Moore, K. D. Olsen, and J. L. Kasperbauer, "Transoral robotic surgery for oropharyngeal squamous cell carcinoma: a prospective study of feasibility and functional outcomes," Laryngoscope, vol. 119, no. 11, pp. 2156–2164, 2009. View at Publisher · View at Google Scholar ·
1	4			CONTROL ENDOSCÓPICO DE EPISTAXIS	Cuando la epistaxis no se encuentra en zona II nasal, el paciente debe ser llevado a control endoscopico de epistaxis para acceder mas facilmente a la zona por medio de una nasosinuscopia.	Abdelkader M, Leong SC, White PS. Endoscopic control of the sphenopalatine artery for epistaxis: long-term results. J Laryngol Otol. 2007;121:759–62. [PubMed] Kotecha B, Fowler S, Harkness P, Walsmsey J, Brown P, Topham J. Management of epistaxis: a national survey. Ann R Coll Surg Engl. 1996;78:444–6. [PMC free article] [PubMed] Schaitkin B, Strauss M, Hounck JR. Epistaxis: medical versus surgical therapy, a comparison of efficacy complications and economic considerations. Laryngoscope. 1987;97:1392–5. [PubMed]
1	4			SINUPLASTIA CON BALON	La sinuplastia con balón representa una herramienta adicional en la otorrinolaringología. En si, no es una nueva técnica quirúrgica, sino que es una nueva herramienta que no suple la obligación y necesidad	Brown CL, Bolger WE. Safety and feasibility of balloon catheter dilation of paranasal sinus ostia: a preliminary investigation. Ann

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					del otorrinolaringólogo de dominar la técnica tradicional de la cirugía funcional endoscópica de mínima invasión. En los resultados publicados hasta el momento en diferentes protocolos se puede concluir que es una buena herramienta quirúrgica como complemento de la Cirugía endoscópica transnasal.	Otol Rhinol Laryngol. 2006; 115 (4): 293-299. Friedman A, Schalch P, Lin SC, et al. Functional endoscopic dilatation of the sinuses: patient satisfaction, postoperative pain, and cost. Am J Rhinol. 2008; 22: 204-209. Bolger WE, Vaughan W. Catheter based dilation of the sinus ostia: initial safety and feasibility in a cadaver model. Am J Rhinol. 2006; 20 (6): 290-294. Bolger WE, Brown CL, Church CA, et al. Safety and outcomes of balloon catheter sinusotomy: a multicenter 24-week analysis in 115 patients. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007; 137: 10-20. Kuhn FA, Church CA, Goldberg AN, et al. Balloon catheter sinusotomy: one-year follow-up-outcomes and role in functional endoscopic sinus surgery. Otolaryngol Head Neck Surg. 2008; 139: S27-S37.
1	4	09.8.1.04		DACRIOCISTORRINOSTOMIA LASER	La DCR asistida por láser comenzó con Massaro et al. en 1990; Se pueden usar los laser de diodo de argón , fosfato de titanilo de potasio (KTP) , holmio YAG , CO2, Nd: YAG , y láseres de erbio . El objetivo es formar un nuevo ostium por medio del láser desde un enfoque intranasal o transcanalicular	Lee S., Yen M. T. Laser-assisted dacryocystorhinostomy: a viable treatment option? Current Opinion in Ophthalmology. 2011;22(5):413–418. Strong E. B. Endoscopic dacryocystorhinostomy. Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction. 2013;6(2):67–74. Massaro B. M., Gonnering R. S., Harris G. J. Endonasal laser dacryocystorhinostomy. a new approach to nasolacrimal duct obstruction. Archives of Ophthalmology.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Gonnering R. S., Lyon D. B., Fisher J. C. Endoscopic laser-assisted lacrimal surgery. American Journal of Ophthalmology. 1991;111(2):152–157. Woog J. J., Metson R., Puliafito C. A. Holmium: YAG endonasal laser dacryocystorhinostomy. American Journal of Ophthalmology. 1993;116(1):1–10. doi: 10.1016/s0002-9394(14)71736-2. [PubMed] [Cross Ref]
1	4	09.8.1.05		DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDOSCOPICA UNILATERAL CON INTUBACION	La Dacriocistorrinostomia endonasal bajo visualización endoscópica, normalmente practicada por especialistas en otorrinolaringología (ORL), en la que es habitualmente recortada la mucosa nasal a nivel de la rama ascendente del maxilar, seguida de la práctica de una osteotomía sobre la zona de unión de este hueso con el lagrimal y de una apertura sin posterior sutura de la pared interna del saco lagrimal y conducto lacrimonasal con o sin intubación de la nueva vía lagrimal	Dacriocistorrinostomía endoscópica.Endoscopic dacryocystorhinostomy.Carlos Balcero, MD*, Luz Nelly Tobar, MD**, María Carolina Pérez, MD***
1	4			TOMA DE FOTOGRAFIA MEDICA FACIAL	La evaluación cuantitativa del tamaño y la forma del tejido blando facial es ampliamente utilizado en varios campos de la medicina , tales como ortodoncia, cirugía maxilofacial y plástico, y la genética clínica para el diagnóstico, la planificación del tratamiento y la evaluación postoperatoria	Fariaby J., Hossini A., Saffari E. Photographic analysis of faces of 20-year-old students in Iran. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 2006;44(5):393–396. doi: 10.1016/j.bjoms.2005.07.029.] Ferrario V.F., Sforza C., Serrao G. A three-dimensional quantitative analysis of lips in normal young adults. Cleft Palate Craniofac. J. 2000;37(1):48–54. doi: 10.1597/1545-1569(2000)037<0048:ATDQAO>2.3.CO;2. Sommer DD, Mendelsohn M. Pitfalls of nonstandardized

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						photography in facial plastic surgery patients. Plast Reconstr Surg. 2004;114:10–4. Neff LL, Humphrey CD, Kriet JD. Setting up a medical portrait studio. Facial Plast Surg Clin North Am. 2010;18:231–6. Shah AR, Dayan SH, Hamilton GS., 3rd Pitfalls of photography for facial resurfacing and rejuvenation procedures. Facial Plast Surg. 2005;21:154–61. Mukherjee B, Nair AG. Principles and practice of external digital photography in ophthalmology. Indian J Ophthalmol. 2012;60:119–25. Galdino GM, DaSilva And D, Gunter JP. Digital photography for rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 2002;109:1421–34.
1	4			PERFILOMETRIA Y ANALISIS FACIAL	El análisis cefalométrico es esencial para la planificación de tratamiento en cirugía facial maxilofacial y estética El conocimiento y análisis de las técnicas quirúrgicas , así como las medidas antropométricas de la nariz hacen posible el análisis cuantitativo de los resultados , que es de gran importancia para el cirujano y para los servicios en relación con la cirugía plástica facial.Por este motivo es que el análisis de los angulos faciales reviste tanta importancia. Se uede realizar durante el análisis facial realizado con las fotografías o a través del análisis mediante soft- ware.	1. Plast Reconstr Surg. 2016 Feb;137(2):313e-317e. doi: 10.1097/01.prs.0000475752.25591.5a.Bergamo 3D Rhinoplasty Software: Select, Store, and Share Surgical Maneuvers in a Three-Dimensional Nasal Model. Codazzi D1, Bruschi S, Mazzola RF, Bocchiotti MA, Bogetti P, Ortelli L, Robotti E. 2. Aesthetic Plast Surg. 2016 Feb;40(1):149-56. doi: 10.1007/s00266-015-0569-6. Epub 2015 Nov 3. Reliability of Nasofacial Analysis Using Rhinobase® Software.Meruane M1,2, Ayala MF1,2, García-Huidobro MA1,2, Andrades 3. Berger C. Electronic data collection for the analysis of

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						surgical maneuvers on patients submitted to rhinoplasty. Int Arch Otorhinolaryngol. 2012;16(4):497–501. [PMC free article] [PubMed] 4. Leong S CL, White P S. A comparison of aesthetic proportions between the healthy Caucasian nose and the aesthetic ideal. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59(3):248–252. [PubMed] 5. Farkas L G, Katic M J, Forrest C R. et al. International anthropometric study of facial morphology in various ethnic groups/races. J Craniofac Surg. 2005;16(4):615–646. [PubMed]
1	4			RECONSTRUCCION NASAL PARCIAL/EN VARIOS TIEMPOS	La reconstruccion nasal en algunos casos requiere de varias intervenciones, para al ifnal del procedimiento obstener los resultados esperados	Nasal Reconstruction: Extending the Limits. Farid Rezaeian, MD,corresponding author*† Marcus Corsten, MD,* Sebastian Haack, MD,* Wolfgang M. Gubisch, MD,* and Helmut Fischer, MD*. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1985;76:239–247. Burget GC, Menick FJ. Aesthetic Reconstruction of the Nose. St. Louis: Mosby; 1994. Menick FJ. A 10-year experience in nasal reconstruction with the three-stage forehead flap. Plast Reconstr Surg. 2002;109:1839–1855. Menick FJ. Nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010;125:138e–150e.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4			RESECCION DE LESIONES DE PIEL FACIALES CON LASER	Las lesiones vasculares cutáneas superficiales (SCVLs) son bastante comunes . Varios tipos de láser se han utilizado para el tratamiento de estas lesiones	Single-center experience with potassium titanyl phosphate (KTP) laser for superficial cutaneous vascular lesions in face.Solak B, Sevimli Dikicier B, Oztas Kara R, Erdem T.J Cosmet Laser Ther. 2016 Aug 5:1-4. A comparative study of combined treatment with fractional carbon dioxide and targeted ultraviolet B phototherapy for facial vitiligo.Kanokrungsee S, Chanprapaph K, Chaiyabutr C, Vachiramon V.Lasers Med Sci. 2016 Jun 13. A prospective, split-face, double-blinded, randomized study of the efficacy and safety of a fractional 1064-nm Q-switched Nd:YAG laser for photoaging-associated mottled pigmentation in Asian skin. Won KH, Lee SH, Lee MH, Rhee DY, Yeo UC, Chang SE.J Cosmet Laser Ther. 2016 Jul 19:1-6. Treatment of lipoid proteinosis with ablative Er:YAG laser resurfacing.Çalıskan E, Açıkgöz G, Tunca M, Koç E, Arca E, Akar A.Dermatol Ther. 2015 Sep-Oct;28(5):291-5. doi: 10.1111/dth.12247. Epub 2015 Jun 2. Fractional carbon dioxide laser-assisted photodynamic therapy for patients with actinic keratosis.Song HS, Jung SE, Jang YH, Kang HY, Lee ES, Kim YC.Photodermatol

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Photoimmunol Photomed. 2015 Nov;31(6):296-301. PHACES syndrome: Diode laser photocoagulation of intraoral hemangiomas in six young patients.Favia G, Limongelli L, Tempesta A, Favia M, Maiorano E.Int J Surg Case Rep. 2015;11:124-8.
1	4			NASOFIBROLARINGOSCOPIA CON SUEÑO INDUCIDO FARMACOLOGICAMENTE	Tradicionalmente , el examen vía aérea superior se realiza mientras el paciente está despierto . Sin embargo, en las últimas dos décadas , la endoscopia del sueño inducido por fármacos (DISE) se ha utilizado como un método de evaluación tridimensional de la vía aérea superior durante el sueño inducido farmacológicamente	Upper airway structural changes induced by CPAP in OSAS patients: a study using drug-induced sleep endoscopy.Jung SH, Koo SK, Choi JW, Moon JS, Lee SH.Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Jul 29. Snoring Sounds Predict Obstruction Sites and Surgical Response in Patients with Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome.Lee LA, Lo YL, Yu JF, Lee GS, Ni YL, Chen NH, Fang TJ, Huang CG, Cheng WN, Li HY. Multimodality assessment of upper airway obstruction in children with persistent obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy.Clark C, Ulualp SO.Laryngoscope. 2016 Jul 14. doi: 10.1002/lary.26174. Comparison of drug-induced sleep endoscopy and Müller's maneuver in diagnosing obstructive sleep apnea using a VOTE classification system.Yegïn Y, Çelik M, Kaya KH, Koç AK, Kayhan FT. Braz J Otorhinolaryngol. 2016 Jun 20. pii: S1808-8694(16)30114-8.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4			EVALUACION ENDOSCOPICA FUNCIONAL DE LA DEGLUCION	La evaluación fibroscópica de la deglución es una técnica que permite estudiar la fisiología de la deglución, estimar el riesgo de aspiración y orientar sobre la forma más segura de alimentar al paciente.	Lind CD. Dysphagia: evaluation and treatment. Gastroenterol Clin N Am 2003; 32: 553-75. Aguilera M, Torrejón M. Chile hacia el 2050: Proyecciones de población. Instituto Nacional de Estadísticas 2005; 1:5-29. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonía and dysphagia in the elderly. Chest 2003; 124:328-36. Barquist E, Brown M, Cohn S, Lundy D, Jackowski J. Postextubation fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing after prolonged endotrachealintubation: A randomized, prospective trial. Crit Care Med 2001, 29:1710-3. Morton R, Minford J, Ellis R, Pinnington L. Aspiration with dysphagia: the interaction between oropharyngeal and respiratory impairments. Dysphagia 2002; 17:192-6. Ramsey D, Smithard D, Kaira L. Silent aspiration: what do we know? Dysphagia 2005; 20:218-25. Langmore SE, Schatz K, Olson N. Endoscopio and videofluoroscopic evaluations of swallowing and aspiration. Ann Otol Rhinol Laryngol 1991; 100: 678-81. Hiss SG, Postma GN. Fiberoptic Endoscopio Evaluation of Swallowing. Laryngoscope 2003; 113:1386-93. Wu CH, Hsiao TY, Chen JC, Chang YC, Lee SY Evaluation of

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						swallowing safety with fiberoptic endoscope: comparison with videofluoroscopic technique. Laryngoscope 1997; 107: 396-401.
1	4			MIONEURECTOMIA TIROARITENOIDEA	La disfonía espasmódica (SD) sigue siendo uno de los más difíciles de patologías laríngeas de tratar.Con un papel limitado de la terapia de voz , se handesarrollado diversos métodos quirúrgicos con diferentes tasas de éxito	Vocal outcome after endoscopic thyroarytenoid myoneurectomy in patients with adductor spasmodic dysphonia.Gandhi S, Remacle M, Mishra P, Desai V.Eur Arch Otorhinolaryn. 2014 Dec;271(12):3249-54. . Epub 2014 Jun 12. Endoscopic laser thyroarytenoid myoneurectomy in patients with adductor spasmodic dysphonia: a pilot study on long-term outcome on voice quality.Tsuji DH, Takahashi MT, Imamura R, Hachiya A, Sennes LU. J Voice. 2012 Sep;26(5):666.e7-12. doi: 10.1016/j.jvoice.2011.07.009. Epub 2011 Sep 22. Transoral laser ventricular fold resection and thyroarytenoid myoneurectomy for adductor spasmodic dysphonia: long-term outcome.Su CY, Lai CC, Wu PY, Huang HH.Laryngoscope. 2010 Feb;120(2):313-8. . Transoral approach to laser thyroarytenoid myoneurectomy for treatment of adductor spasmodic dysphonia: short-term results.Su CY, Chuang HC, Tsai SS, Chiu JF.Ann Otol Rhinol Laryngol. 2007 Jan;116(1):11-8.
2	3 Y 4	21.8.8.02	21.8.8.01	NASOFIBROLARINGOSCOPIA CON SUEÑO INDUCIDO FARMACOLOGICAMENTE	La septoplastia es una operación muy frecuente en rinoplastia que consiste en la corrección del septum	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					nasal desviado, que ocasiona dificultad respiratoria por obstrucción de una o ambas fosas nasales.	
2	3 Y 4	21.8.8.02	21.8.4.03	CIERRE DE PERFORACION SEPTAL	La cirugía del septum representa la primera causa de perforación septal seguida por la inhalación de cocaína que representa la segunda causa en las estadísticas americanas. Las perforaciones precedidas de ulceración (úlcera de Hajek), dependen de porción cartilaginosa.El tratamiento de las perforaciones septales puede ser sencillo cuando son pequeñas o extremadamente difíciles si son grandes. Este procedimiento sólo debe ser realizado por un cirujano con experiencia en la reparación del tabique perforación ya que este procedimiento conlleva una alta tasa de fracaso quirúrgico .	1. JAMA Facial Plast Surg. 2016 Aug 4. doi: 10.1001/jamafacial.2016.0829. [Epub ahead of print].Long-term Results of Combined Rhinoplasty and Septal Perforation Repair.Hong SN1, Mutsumay S2, Jin HR2. 2.Otolaryngol Head Neck Surg. 2016 Jul 12. pii: 0194599816659277. [Epub ahead of print]. Endoscopic Endonasal Repair of Septal Perforation with Interpositional Auricular Cartilage Grafting via a Mucosal Regeneration Technique.Ozturan O1, Yenigun A2, Senturk E1, Eren SB1, Aksoy F1. 3.Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2016 Jun;9(2):181-4. doi: 10.1055/s-0035-1570073. Epub 2015 Dec 21.Large Septal Perforation Repair with Pericranial Flap and Intraoperative Fluorescence Angiography.Williams R1, Lee MK1, Most SP1. 4.Plast Reconstr Surg. 2015 Oct;136(4):700-3. doi: 10.1097/PRS.0000000000000157 1.Septal Perforation Repair Using Polydioxanone Plates: A 10-Year Comparative Study.Sand JP1, Desai SC, Branham GH.
1			21.8.4.04	SEPTOPLASTIA ENDOSCOPICA	El advenimiento de la endoscopia nasal diagnostica resultó fundamental en el estudio detallado de la patología del septum nasal, inclusive por encima de la	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					tomografía computarizada. Y posteriormente la septoplastia/septumplastia con asistencia endoscópica nasal o Cirugía funcional endoscópica del septum permitió corregir en forma precia, menos cruenta y con mínimas resecciones las deformidades y desviaciones, bajo visón directa.	
1	4		21.8.4.05	SEPTOPLASTIA REVISIONAL	La obstrucción nasal persistente en la válvula nasal interna es un problema común que se observa después de septoplastia y la resección submucosa	1.Vestn Otorinolaringol. 2013;(5):8-13.[Secondary operations for the treatment of nasal septum deformities].[Article in Russian].Lopatin AS, Sharoĭko MV. 2.Temporal differences in improvement of nasal obstruction between primary and revision septoplasty.Jeong JI, Hong SD, Kim SJ, Dhong HJ, Chung SK, Kim HY.Am J Rhinol Allergy. 2016 Jul;30(4):134-8. doi: 10.2500/ajra.2016.30.4334. 3.Am J Rhinol. 2008 Jul-Aug;22(4):440-4. doi: 10.2500/ajr.2008.22.3200.Revision septoplasty: review of sources of persistent nasal obstruction.Becker SS1, Dobratz EJ, Stowell N, Barker D, Park SS.
1	4		21.8.4.06	SEPTOPLASTIA EXTRACORPOREA	"Desviaciones septales complejas no pueden ser corregidas con las técnicas habituales. En estos casos se debería extraer todo el cartílago septal, corregirlo y volver a recolocarlo lo más derecho posible" Gubisch. W (1)	1. Outcomes of Open-Approach Extracorporeal Septoplasty Without Simultaneous Rhinoplasty: Effects on Nasal Tip Projection and Rotation.Unsal O, Bozkurt G, Akpinar M, Akova P, Turk B, Coskun BU.JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016 Aug 4. doi: 10.1001/jamaoto.2016.1891. PMID: 27490193 2.Discussion: New Suturing Techniques to Reconstruct the

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Keystone Area in Extracorporeal Septoplasty.Guyuron B.Plast Reconstr Surg. 2016 Aug;138(2):383-4. doi: 10.1097/PRS.0000000000002427.PMID: 27465162 3.Extracorporeal Septoplasty: External and Endonasal Techniques.Wu PS, Hamilton GS 3rd.Facial Plast Surg. 2016 Feb;32(1):22-8. doi: 10.1055/s-0035-1570123. Epub 2016 Feb 10.PMID: 26862960 4.Role of Extracorporeal Septoplasty in Deviated Noses.Ghaisas V, Parab SR.Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Sep;67(3):205-9. doi: 10.1007/s12070-015-0892-x. Epub 2015 Sep 15. Review.
1			21.8.8.02	SEPTECTOMIA	Se reseca el mucoperiostio de la porción posterior y superior del septum nasal, creando así una ventana que comunica ambas fosas nasales. Esta maniobra permite trabajar simultáneamente por ambas fosas nasales lo cual es fundamental durante las técnicas a cuatro manos que utilizamos. La técnica de la cirugía endoscópica transnasal a través de un abordaje transeptoesfenoidal con septectomía posterosuperior para el manejo de los tumores de la región selar y supraselar, ha demostrado tener una alta tasa de efectividad y una baja morbilidad comparada con las otras técnicas disponibles. La excelente visualización recta y angulada permite resecar el tumor de zonas que son inaccesibles utilizando una técnica microquirúrgica.	1. The nasofrontal beak: A consistent landmark for superior septectomy during Draf III drill out.Craig JR, Petrov D, Khalili S, Brooks SG, Lee JY, Adappa ND, Palmer JN.Am J Rhinol Allergy. 2016 May;30(3):230-4. doi: 10.2500/ajra.2016.30.4312.PMID: 27216356. 2.Variations of mucosal-sparing septectomy for endonasal approach to the craniocervical junction.Eloy JA, Vazquez A, Marchiano E, Baredes S, Liu JK.Laryngoscope. 2016 Oct;126(10):2220-5. doi: 10.1002/lary.25858. Epub 2016 Feb 18.PMID: 26891223 3.Mucosal-sparing posterior septectomy for endoscopic

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						endonasal approach to the craniocervical junction.Eloy JA, Vazquez A, Mady LJ, Patel CR, Goldstein IM, Liu JK.Am J Otolaryngol. 2015 May-Jun;36(3):342-6. doi: 10.1016/j.amjoto.2014.12.005. Epub 2014 Dec 24.PMID: 25582640 4.Surgical nuances for nasoseptal flap reconstruction of cranial base defects with high-flow cerebrospinal fluid leaks after endoscopic skull base surgery.Liu JK, Schmidt RF, Choudhry OJ, Shukla PA, Eloy JA.Neurosurg Focus. 2012 Jun;32(6):E7. doi: 10.3171/2012.5.FOCUS1255. Review.PMID: 22655696
2	4	21.88.01	ESTA DENTRO DE OTRA SEPTOPLASTIA CUANDO ES OTRA CIRUGIA	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA	Cuando se busca una solución a la nariz obstruida por tensión excesiva o desviación del septum o tabique nasal exclusivamente, nos estamos refiriendo a la septoplastia. Existen otras estructuras dentro de la nariz, cornetes y válvulas nasales o la propia mucosa inflamada entre otras, cuyas alteraciones congénitas o adquiridas pueden contribuir o ser la causa de la obstrucción. A pesar de que éste último es un procedimiento diferente, ambas operaciones, rinoplastia y septoplastia pueden realizarse en el mismo acto operatorio en la mayoría de los casos. La cirugía que incluye ambos procedimientos se denomina septorrinoplastia o rinoplastia funcional	
2		21.8.3	21.8.3	RECONSTRUCCIÓN NASAL PARCIAL O EN VARIOS TIEMPOS		
1			21.8.3.01	RECONSTRUCCION DE VALVULA NASAL	La región de la válvula nasal juega un papel clave en la respiración nasal. En la literatura internacional , una variedad de técnicas se han descrito para rectificar el compromiso de la válvula nasal	
1			21.8.3.02	RECONSTRUCCIÓN NASAL LIMITADA		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1			21.8.3.03	RECONSTRUCCIÓN NASAL LIMITADA CON INJERTO		
1				ANTROSTOMIA MEDIA REVISIONAL	Cuando se toma la decisión de someterse a una cirugía de revisión, el paciente y el médico tienen que comprender que los cuidados postoperatorios y curaciones deben ser rigurosas y frecuentes, para poder éxito a largo plazo. El cirujano debe ser consciente de que puede existir engrosamiento óseo y que la disección será significativamente más difícil que en el caso primario	Otolaryngol Clin North Am. 2006 Jun;39(3):417-35, vii.Revision endoscopic sinus surgery.Cohen NA1, Kennedy DW.Ten pearls for safe endoscopic sinus surgery.Tewfik MA, Wormald PJ.Otolaryngol Clin North Am. 2010 Aug;43(4):933-44. doi: 10.1016/j.otc.2010.04.017. Nasal and sinus endoscopy for medical management of resistant rhinosinusitis, including postsurgical patients.Tichenor WS, Adinoff A, Smart B, Hamilos DL.J Allergy Clin Immunol. 2008 Apr;121(4):917-927.e2. Epub 2007 Nov 5. [Persistant chronic rhinosinusitis after endonasal sinus surgery].Weber RK.Laryngorhinootologie. 2006 Sep;85(9):667-85; quiz 686-8. Review. German. Revision endoscopic frontal sinus surgery.Orlandi RR, Kennedy DW.Otolaryngol Clin North Am. 2001 Feb;34(1):77-90. Review. Clinical outcomes after endoscopic sinus surgery.Bhattacharyya N.Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2006 Jun;6(3):167-71. Review. Surgery for severe rhinosinusitis.Strong EB, Senders CW.Clin Rev Allergy Immunol. 2003 Oct;25(2):165-76. Review. Comparison of the surgical outcome between primary and

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						revision endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis with nasal polyposis.Lee JY, Lee SW, Lee JD.Am J Otolaryngol. 2008 Nov-Dec;29(6):379-84. doi: 10.1016/j.amjoto.2007.11.005. Epub 2008 Jun 13.
1				ETMOIDECTOMIA ANTERIOR REVISIONAL		
1				ETMOIDECTOMIA POSTERIOR REVISIONAL		
1				ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL		
1				ESFENOIDECTOMIA REVISIONAL		
1				SINUSOTOMIA FRONTAL REVISIONAL		
1		09.8.1.03		DACRIOCISTORRINOSTOMIA REVISIONAL		
1	4			RESECCION ENDOSCOPICA DE CONCHA BULLOSA	La neumatización del cornete medio o concha bullosa, con una prevalencia del 14 al 36%, es la variación anatómica más común de esta estructu- ra3. Las conchas bullosas suelen ser de pequeño tamaño y asintomáticas, aunque ocasionalmente pueden tener el tamaño suficiente para producir obstrucción del drenaje de los senos adyacentes y dar lugar a patología sinusal.	1. Stackpole SA, Edelstein DR. Anatomic variants of the paranasal sinuses and their implications for si- nusitis. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 4: 1-6.4.- Irwin BC. Pyocele of the middle turbinate. J Laryngol Otol 1983; 97: 271-274. 2. Badia L, Parikh A, Brookes GB. Pyocele of the middle turbinate. J Laryngol Otol 1994; 108: 783-784.
1	4			CRIPTOLISIS AMIGDALINA	La eliminación o la obliteración de las criptas amigdalinas utilizando el LASER de C02, coblator y otras tecnologias, ha mostrado ser efectiva en su tratamiento. La Criptolisis es una técnica para la remoción de la porción medial expuesta de la amígdala en la orofaringe. Esta superficie amigdalina tiene hasta veinte invaginaciones en la superficie normal que se conocen como criptas. Estas invaginaciones amplifican la superficie de las amígdalas en más de un 30% y asisten en la captura de antígenos para ser procesados por los linfocitos, linfoblastos, plasmocitos y macrófagos.	

Fuente: Asociación Colombiana de Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial

Anexo 19 Ficha Técnica de Actualización de Audiología y Fonoaudiología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	4	93.0.1.07	93.0.1.10	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DEL HABLA	La denominación vigente del procedimiento (PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACION FUNCIONAL-HABLA) debe refinarse puesto que todos los procedimientos fonoaudiologicos responden a la comunicación funcional; y este procedimiento en particular, tiene como propósito examinar el comportamiento respiratorio, fonatorio, resonatorio, articulatorio y de la fluidez del habla. **Incluye:** Pruebas perceptuales del proceso respiratorio, fonatorio, resonatorio, articulatorio y de fluidez para el habla.	Kenneth G. Shipley, Julie G. McAfee (2008). Assessment in Speech-Language Pathology: A Resource Manual. Delmar Cengage Learning; 4th edition.
1	4	93.0.1.11		ANALISIS COMPUTARIZADO DE LA VOZ	Medición acústica de la fonación (tono, intensidad, calidad vocal) a través del Anagraf, Visipitch, Multidimensional Voice, Fonetograma, Wasp, Praat, oscilogramas, y otros similares.	Cortés, Escobar, Angel (2009) Efectos de la Intervención fonoaudiológica en los desórdenes de voz presentados durante los años 2006 y 2008 en el Hospital Militar Central: mediante el análisis de parámetros acústicos de la voz. Trabajo de grado para obtener el titulo de Fonoaudiología. Universidad Nacional de Colombia.
1	4	93.0.1.12		ANALISIS ACÚSTICO COMPUTARIZADO DE LA PALABRA	Medición acústica de los parámetros articulatorios y resonatorios del habla (nasalización, desnasalización, rasgos distintivos e inteligibilidad)a través de espectrogramas, Multispeech, CSL, nasometrías y otros similares.	Dromey, Christopher; Nissen, Shawn L.; Roy, Nelson; Merrill, Ray M. (2008) Articulatory Changes Following Treatment of Muscle Tension Dysphonia: Preliminary Acoustic Evidence. Journal of Speech, Language & Hearing Research. Feb2008, Vol. 51 Issue 1, p196-208.
1	4	93.0.1.13		ANALISIS AERODINAMICO COMPUTARIZADO DEL HABLA	Medición de la sincronización entre la iniciación y mantenimiento del fluido de aire y la fonación, y/o la transición entre los sonidos, efectuados mediante el empleo del PAS, palatografia, neumotacografia y otros similares.	Holmberg, E.B., R.E. Hillman, and J.S. Perkell. "Glottal aiflow and transglottal air pressure measurements for male and female speakers in soft, normal, and loud voice." Journal of the Acoustical Society of America, Vol. 84 (2), pp. 511-529, August 1988.
1	4	93.0.1.14		EVALUACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL	Evaluación del balance muscular orofacial, a través de la aplicación de la prueba de Payne,	Ballen, Perdomo, Sampallo (2012) Estudio descriptivo del patrón establecido con el Orofaciometro IMF-

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					dinamometría, mioescanografia, IOPI, orofaciometria, y otros similares.	15 en población de Bogotá. Trabajo de grado para obtener el titulo de Fonoaudiología. Universidad Nacional de Colombia. Reyes y Esquivel (2006) Medición de la Triada Muscular en Niños Bogotanos con normo oclusión que se encuentran en dentición mixta. Trabajo de grado para obtener el titulo de Especialista en TMFO y Disfagia. Universidad Nacional de Colombia.
1	4	93.0.1.15		EVALUACIÓN CLÍNICA (BEDSIDE) DE LA DEGLUCIÓN	Evaluación de la respiración en función de la deglución, el comportamiento sensorio-motor de las estructuras oro-faríngeas, y el examen de la ingesta por vía oral.	Castillo y Garcia.(1999) Disfagia Orofaríngea en el Adulto. Aproximaciones para la Prestación de Servicios Fonoaudiológicos. Trabajo de grado para obtener el titulo de Fonoaudiología. Universidad Nacional de Colombia.
1	4	93.0.1.16		VIDEO NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA LA DEGLUCION	Exploración dinámica con empleo de fibroscopio por vía nasal con registro de vídeo de la faríngе y de la laríngе, para monitorear el comportamiento faringo-laringeo antes,durante y después de la ingesta controlada de alimentos con contraste; ejecutado por un equipo multidisciplinar. **Simultáneo:** VIDEO NASOFIBROLARINGOSCOPIA (31.4.2.02)	American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Role of the speech-language pathologist in the performance and interpretation of endoscopic evaluation of swallowing: guidelines [Guidelines]. Available from www.asha.org/policy.
1	4	93.0.1.17		VIDEOFLUOROSCOPIA DE LA DEGLUCION	Exploración dinámica radiológica de la deglución, lograda por la emisión constante de rayos X (fluoroscopia) capaces de captar los complejos movimientos que intervienen en el acto de ingesta- tragado de alimentos con contraste y que son videograbados para su posterior evaluación; ejecutado por un equipo multidisciplinar. **Simultáneo:** FLUOROSCOPIA (87.2.0.70, 87.2.1.21 ó 87.2.0.22)	American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Guidelines for speech-language pathologists performing videofluoroscopic swallowing studies [Guidelines]. Available from www.asha.org/policy.
2	3	93.7.2.00		TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DEL HABLA Y LA DEGLUCION	Se elimina en el enunciado del procedimiento "PARA DESORDENES" en sincronia con la propuesta de la CIF, al enunciar la condición	M. Castells i Batlló (1992).Terapia Miofuncional Y Logopedia. Rev.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					de salud y eludiendo la condición de enfermedad. En este sentido, deben formalizarse los otros componentes del enunciado por separado en un nivel 4, por cuanto las diversas actividades y acciones que involucran los actos motores relacionados con la comunicación, son diferentes entre si.	Logop., Fon., Audiol., vol. XII, n.o 2 (85-92), 1992
2	4	93.7.2.01		TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA LA VOZ	Debe crearse el procedimiento para habilitar y/o rehabilitar la voz: tono, intensidad, duración, cualidad-calidad vocal, coordinación fono-respiratoria y eficacia fonatoria.	Hooper, Celia R. (2004) Treatment of Voice Disorders in Children. Language, Speech & Hearing Services in Schools. Oct2004, Vol. 35 Issue 4, p320-326. Sapir, Shimon; Spielman, Jennifer L.; Ramig, Lorraine O.; Story, Brad H.; Fox, Cynthia. (2007). Effects of Intensive Voice Treatment (the Lee Silverman Voice Treatment [LSVT]) on Vowel Articulation in Dysarthric Individuals With Idiopathic Parkinson Disease: Acoustic and Perceptual Findings. Journal of Speech, Language & Hearing Research. Aug2007, Vol. 50 Issue 4, p899-912.
1	4	93.7.2.02		TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA LA ARTICULACIÓN DE LA PALABRA	Debe crearse el procedimiento para habilitar y/o rehabilitar la resonancia y articulación del habla	Baker, E., & McLeod, S. (2011b). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: part 2 application to clinical practice. Lang Speech Hear Serv Sch, 42(2), 140-151.
1	4	93.7.2.03		TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA LA FLUIDEZ DEL HABLA	Debe crearse el procedimiento para habilitar y/o rehabilitar la fluidez del habla: velocidad, ritmo, entonación, acento y cadencia de la producción hablada.	David; Ingham, Roger J. (2009) Evidence-Based Treatment and Stuttering--Historical Perspective. Journal of Speech, Language & Hearing Research. Feb2009, Vol. 52 Issue 1, p254-263. 10p.
1	4	93.7.2.04		TERAPIA FONOAUDIOLOGICA MIOFUNCIONAL OROFACIAL	Debe crearse el procedimiento para habilitar y/o rehabilitar el balance miofuncional orofacial	Margaret S. Christensen M. and Marvin L. Hanson (1981) An Investigation of the Efficacy of Oral Myofunctional Therapy as a Precursor to Articulation Therapy for Pre-First Grade Children. Journal of Speech and Hearing Disorders Vol.46 160-167 May 1981.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	4	93.7.2.05		TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA DEGLUCION	Debe crearse el procedimiento para habilitar y/o rehabilitar la ingesta oral segura de alimentos, deglución funcional bajo defensa de vía aérea, mediante el uso de estrategias directas e indirectas, facilitadoras y compensatorias; en población de todas las edades.	Jimenez, Lizarazo y Angel.(2004) "Estudio cuasiexperimental de la eficacia del manejo fonoaudiológico en pacientes hospitalizados con disfagia de la Clínica Carlos Lleras Restrepo" . Revista De La Facultad De Medicina, Universidad Nacional De Colombia v.52 fasc.3 p.179 - 191
2	3	93.7.5		COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA POR FONOAUDIOLOGIA	La denominación vigente del procedimiento (OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA) debe adecuarse para que con la nueva denominación el abordaje de cuenta de la selección, adaptación y/o entrenamiento de mecanismos protesicos y adaptativos para la comunicación incluyendo: protesis de voz, tableros de comunicación, y otras formas de comunicación no convencional.	Light, J., McNaughton, D., Weyer, M., & Karg, L. (2008). Evidence-based literacy instruction for individuals who require augmentative and alternative communication: a case study of a student with multiple disabilities. Semin Speech Lang, 29(2), 120-132.
1	4	93.7.5.01		ADAPTACION DE PROTESIS DE VOZ Y OTRAS PROTESIS ORALES	Debe crearse el procedimiento para la selección y/o entrenamiento especifico de prótesis de voz, válvulas de voz, emisión de voz erigmofónica, voz traqueoesofágica, protesis maxilofaciles, obturadores o depresores palatales, y similares.	A. Desai, L. Rho, and J. Nelson, (2009) Helping the Chronically Critically Ill To Communicate: Speaking Valve Pilot Trial. American Journal of Respiratory Critical Care Medicine 179;2009:A3083
1	4	93.7.5.02		ADAPTACION DE OTROS DISPOSITIVOS DE COMUNICACIÓN	Debe crearse el procedimiento para la selección, adaptación y entrenamiento especifico de tableros de comunicación u otros dipositivos de comunicación y/o formas de comunicación no convencional.	King, Amie M.; Fahsl, Allison J. (2012) Supporting Social Competence in Children Who Use Augmentative and Alternative Communication. Teaching Exceptional Children. Sep/Oct2012, Vol. 45 Issue 1, p42-49. 8p.
1	4	95.4.1.08		FUNCIÓN AUDITIVA NEONATAL A NIVEL DE TALLO CEREBRAL (DETECCIÓN DE ALTERACIONES AUDITIVAS)	EXPLORACIÓN DEL ESTADO AUDITIVO A TRAVÉS DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS AUTOMATIZADOS AABR DE ALTA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD PARA RECIÉN NACIDOS HASTA 6 MESES DE EDAD QUE PERMITE IDENTIFICAR DE MANERA TEMPRANA PÉRDIDAS AUDITIVAS. IDENTIFICA LA ACTIVIDAD NEURAL AUDITIVA HASTA TALLO CEREBRAL. CON CRITERIOS PASA O FALLA.	file:///E:/Downloads/Factores%20de%20riesgo%20para%20el%20desarrollo%20de%20hipoacusia%20revista%20ACORL%202014.pdf%20(1).pdf file:///E:/Downloads/prevalencia%20de%20la%20p%C3%A9rdida%20auditiva%20en%20Colombia.pdf file:///E:/Downloads/Delayed%20auditory%20pathway%20maturation%20in%20the%20differential%20diagnosis%20of%20hypoacusis%20in%20young

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						%20children.pdf http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000512cnt-pesquisa-auditiva.pdf https://books.google.com.co/books?id=Xb2nDAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false file:///E:/Downloads/JOINT%20COMMITTEE%20UPDATE%202013.pdf http://web.minsal.cl/portal/url/item/de429df07a91ca3ce040010165017ea0.pdf https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/GuiasPracticasClinica/guia001-2013-anomalias-congenitas-01-08-13.pdf
1				TINNITUGRAMA/ACUFENOMETRIA	Tinnitugrama, es un software de diagnostico de Tinnitus que evalúa la intensidad y frecuencia sonora del tinnitus. Este software permite la evaluación selectiva de cada oído según el tinnitus percibido, definiéndolo de esta forma como una prueba de tipo subjetivo y objetiva, enfocando la frecuencia especifica que se va a tratar.	Am J Otolaryngol. 2016 Jan-Feb;37(1):1-5. doi: 10.1016/j.amjoto.2015.08.009. Epub 2015 Sep 2.Evaluation of tinnitus patients by audiometric configuration.Kim SI1, Kim MG2, Kim SS3, Byun JY1, Park MS1, Yeo SG4. Tinnitus Measurement With Conventional Audiometer Versus High-frequency Audiometer Miguel A. López-Gonzáleza,, , Esther Cambilb, Antonio Abrantea, Rocío López-Fernándezb, Elizabeth Bareab, Francisco Estebana a UGC Otorrinolaringología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain Received 05 May 2011, Accepted 30 September 2011
1	4	95.4.1.09		FUNCIÓN AUDITIVA NEONATAL A NIVEL DE COCLEA (DETECCIÓN DE ALTERACIONES AUDITIVAS)	EXPLORACIÓN DE LA FUNCIÓN DE LA CÓCLEA A TRAVÉS DE CON EMISIONES OTOACÚSTICAS PARA RECIÉN NACIDOS QUE PERMITE IDENTIFICAR LA FUNCIONALIDAD DE CÉLULAS CILIADAS EXTERNAS (OÍDO INTERNO). IDENTIFICA POSIBLES	-

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					ALTERACIONES AUDITIVAS. CON CRITERIOS PASA O FALLA.	
1	4	95.4.1.10		FUNCIÓN AUDITIVA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA (6 MESES EN ADELANTE) - DETECCIÓN DE ALTERACIONES AUDITIVAS	DESARROLLAR ACTIVIDADES DE DETECCIÓN DE ALTERACIONES AUDITIVAS EN NIÑOS, CON BARRIDO TONAL VÍA AÉREA EN LAS FRECUENCIAS DE 1000, 2000 Y 4000 HZ Y TIMPANOGRAMAS. ADICIONALMENTE REALIZAR PREGUNTAS CLAVE A LOS PADRES SOBRE ESTADO DE LA AUDICIÓN Y CONDICIÓN DEL OÍDO DEL NIÑO. (LAS PRUEBAS SE LLEVARÁN A CABO DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES LOCALES Y NACIONALES)	http://health.mo.gov/living/families/schoolhealth/pdf/HearingScreeningGuidelines.pdf www.med.umich.edu/childhearinginfo http://www.cincinnatichildrens.org/patients/child/health
2	4	95.4.3.02		INMITANCIA ACÚSTICA (IMPEDANCIOMETRÍA)	INCLUYE: VOLUMEN FÍSICO DEL CANAL, TIMPANOMETRÍA, GRADIENTE DEL TIMPANOGRAMA, COMPLACENCIA Y PRESIÓN DEL OÍDO MEDIO. INCLUIR MEDICIÓN DEL REFLEJO ESTAPEDIAL IPSILATERAL Y CONTRALATERAL	
3	4	95.4.3.03		MEDICIÓN UMBRAL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)	SE INCLUYE EN INMITANCIA ACÚSTICA (IMPEDANCIOMETRÍA) 95.4.3.02	
1	4	95.4.3.04		INMITANCIA ACÚSTICA MULTIFRECUENCIA	ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES POR MASA O RIGIDEZ EN OÍDO MEDIO, BASADO EN EL MANEJO DE DIFERENTES FRECUENCIAS QUE PERMITEN VARIAR LA RESONANCIA DE LA CAJA TIMPÁNICA	http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-timpanometria-alta-frecuencia-1-000hz-lactantes-S0001651916000376 file:///E:/Documents/INTERACOUSTIC/WBT/1-s2.0-S0378595515301635-main.pdf https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-laryngology-and-otology/article/diagnostic-value-of-the-wideband-acoustic-absorbance-test-in-middle-ear-effusion/58A5827DBD21EDC17B899921C27C317F

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						http://www.advancedotology.org/sayilar/90/buyuk/82-86g.pdf
1	4	95.4.3.05		EVALUACIÓN ELECTROACÚSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO	SE REGISTRA LA DIFERENCIA DE PRESIONES ENTRE EL OÍDO MEDIO Y LA NASOFARINGE, EVALUANDO LA APERTURA DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO, ESTIMULADO CON DIVERSAS MANIOBRAS INCLUYE: VALSALBA, TOYNBE, WILLIAMS ENTRE OTRAS	file:///E:/Documents/INTERACOUSTIC/WBT/FUNCION%20TUB%C3%81RICA.pdf
2		95.4.4	PRUEBAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR	PRUEBAS CLÍNICAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR	CONSISTE EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FUNCIÓN DEL SISTEMA VESTIBULAR PERIFERICO Y CENTRAL NO SÓLO DE FORMA CLÍNICA SINO A TRAVÉS DE PRUEBAS ELECTROFISIOLÓGICAS	Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC.
2	3	95.2.4		ELECTRONISTAGMOGRAFIA (ENG)	PERTENECE A LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR, POR ELLO SE PROPONE REUBICAR EN PRUEBAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR (95.4.4)	
2	4	95.4.4.00		PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR	RETIRAR **SOD** PORQUE SI HAY DESAGREGACIÓN. INCLUYE: DIX HILLPIKE, ROLL TEST, BABINSKY, ROMBERG, UTEMBERGER, HEAD SHAKING, TEST DE IMPULSO CEFALICO, ENTRE OTROS.	Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC. thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/Positioning-Tests-September-2016.pdf
2	4	95.2.4.00	95.4.4.01	ELECTRONISTAGMOGRAFÍA (ENG) O VIDEONISTAGMOGRAFÍA (VOG)	INCLUYE: PRUEBAS CALÓRICAS O TÉRMICAS EVALUACIÓN DE LOS MOVIMIENTO OCULARES PRODUCIDOS ESPONTÁNEAMENTE O ANTE ESTIMULACIÓN VESTIBULAR POR MEDIO UN SISTEMA DE REGISTRO GRAFICO Y DE VIDEO-CÁMARA ESPECIALIZADA.	Ponencia Oficial-AMORL 2013 PRUEBAS VESTIBULARES Dr Ricardo Sanz HUGetafe.pdf Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC. www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2015/04/Vestibular-Assessment-Eye-Movement-1.pdf
1	4	95.4.4.02		EVALUACIÓN DEL REFLEJO VESTIBULO OCULO-MOTOR VIDEO-ASISTIDO (VHIT)	EVALÚA LA FUNCIONALIDAD EN ALTA FRECUENCIA (FRECUENCIA FISIOLÓGICA) DEL MOVIMIENTO OCULAR EN EL REFLEJO VESTÍBULO OCULAR, INDIVIDUALIZANDO CADA UNO DE LOS 6 CANALES SEMICIRCULARES	http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/177/179 Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	95.4.4.03		POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES OCULARES (O VEMP)	EVALUAR LA FUNCIONALIDAD DEL NERVIO VESTIBULAR SUPERIOR Y EL UTRICULO DE FORMA ELECTROFISIOLÓGICA POR MEDIO DEL REFLEJO VESTIBULO-OCULO-MOTOR	http://neurosoft.com/files/file/vemp.pdf https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1641165 Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC.
1	4	95.4.4.04		POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES CERVICALES (C VEMP)	EVALUAR LA FUNCIONALIDAD DEL NERVIO VESTIBULAR INFERIOR Y EL SACULO DE FORMA ELECTROFISIOLÓGICA POR MEDIO DEL REFLEJO VESTIBULO-CÓLICO	http://neurosoft.com/files/file/vemp.pdf http://www.faso.org.ar/revistas/2015/suplemento_vestibular/8.pdf Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC.
1	4	95.4.4.05		POSTUROGRAFIA ESTATICA	POR MEDIO DE UN SISTEMA DIGITAL SE ESTABLECE EL PORCENTAJE DE ACCIÓN DE CADA UNO DE LOS SISTEMAS NEUROSENSORIALES (VISUAL, SOMATOSENSORIAL Y VESTIBULAR) QUE INTERVIENEN EL EQUILIBRIO ESTÁTICO	http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-posturografia-estatica-frente-pruebas-clinicas-S0001651908755523 http://ptjournal.apta.org/content/ptjournal/75/4/290.full.pdf Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC.
1	4	95.4.4.06		POSTUROGRAFIA DINAMICA	POR MEDIO DE UN SISTEMA DIGITAL SE ESTABLECE EL PORCENTAJE DE ACCIÓN DE CADA UNO DE LOS SISTEMAS NEUROSENSORIALES (VISUAL, SOMATOSENNSOTIAL Y VESTIBULAR) QUE INTERVIENEN EL EQUILIBRIO DINÁMICO	http://ptjournal.apta.org/content/ptjournal/75/4/290.full.pdf Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC.
2	4	95.4.6.10	95.4.9.03	TERAPIA DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR PERIFÉRICA	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO QUE CONLLEVA A LA REPOSICIÓN DE LOS OTOLITOS O A LA ADAPTACIÓN, SUSTITUCIÓN O HABITUACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN POR HIPOFUNCIÓN VESTIBULAR UNI O BILATERAL. VA EN TERAPIA	BALANCE FUNCTION ASSEEEMENT AND MANAGEMENT. SECOND EDITION, GARY P. JACOBSON, PHD. NEIL T. SHEPARD, PHD. PLURAL PUBLISHING INC.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	95.4.3.15		PRUEBAS DE LENGUAJE CON COMPETENCIA IPSI / CONTRALATERAL	INCLUYE: LOGOAUDIOMETRÍA SENSIBILIZADA	
2	4	95.4.6.01		EMISIONES OTOACÚSTICAS	INCLUYE: MEDICION CON PRODUCTOS DE DISTORSIÓN (DPOAE), MEDICIÓN CON TRANSIENTES (TEOAE) REPRESENTAN LA ACTIVIDAD DE LAS CÉLULAS CILIADAS EXTERNAS AL SER ESTIMULADAS CON ESTIMULOS TIPO CLICK; PARA SER RECOLECTADAS REQUIEREN DE UNA CONDICIÓN NORMAL DE OÍDO EXTERNO Y MEDIO	-
2	4	95.4.6.21		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	DESAGREGAR POR CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE POTENCIAL	-
2	4		95.4.6.21	POTENCIALES EVOCADOS AUDITVOS DE CORTA LATENCIA. MEDICIÓN DE INTEGRIDAD	INCLUYE: ANÁLISIS DE SITIO DE LESIÓN	https://books.google.com.co/books?id=gbhsAAAAMAAJ&q=auditory+brainstem+response&dq=auditory+brainstem+response&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiK5Na2z8rQAhXEJiYKHXR5Co0Q6AEIKDAB
2	4	95.4.6.22		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL	DESAGREGAR POR CARACTERÍSTICAS DEL TIPO DE POTENCIAL	http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781604063646_sample_96422.pdf
2	4		95.4.6.22	POTENCIALES EVOCADOS AUDITVOS DE CORTA LATENCIA. ANALISIS DE HABITUACIÓN Y SINCRONÍA NEURAL	INCLUYE: ALTA RATA (PRUEBA DE HABITUACIÓN), PRUEBA DE DIS-SINCRONÍA NEURAL AUDITIVA	http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781604063646_sample_96422.pdf
1	4	95.4.6.23		POTENCIALES EVOCADOS AUDITVOS DE CORTA LATENCIA POR VÍA ÓSEA	SE REALIZARÁ DE ACUERDO A HALLAZGOS CONDUCTIVOS EN LA AUDICIÓN DEL EVALUADO.	http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781604063646_sample_96422.pdf
1	4	95.4.6.24		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD-LATENCIA	INCLUYE: UMBRALES ELECTROFISIOLÓGICOS CON ESTÍMULO CLICK, UMBRALES DE FRECUENCUENCIA ESPECÍFICA, UMBRALES CON ESTADO ESTABLE	http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781604063646_sample_96422.pdf
1	4	95.4.6.25		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDÍA	INCLUYE: LATENCIA MEDIA (AMRL), RESPUESTA AUDITIVA TARDÍA (LATENCIA LARGA ARL), RESPUESTA P300 O RESPUESTA DE DISCORDANCIA DE LA NEGATIVIDAD (MMN), ENTRE OTRAS	http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781604063646_sample_96422.pdf

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	95.4.6.26		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PRÓTESIS AUDITIVAS	INCLUYE: POTENCIALES ELÉCTRICOS O POTENCIALES EN CAMPO LIBRE CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PRÓTESIS AUDITIVAS	-
2	4	95.4.8		ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	MODIFICAR EL INCLUYE: PRÓTESIS PROGRAMBLES ANÁLOGAS O DIGITALES COMO AUDÍFONOS, SISTEMAS DE CONECTIVIDAD (FM), SISTEMAS DE ESTIMULACIÓN CONTRALATERAL (CROS, BICROS), AUDIFONOS DE CONDUCCIÓN ÓSEA NO QUIRÚRGICOS, ENTRE OTROS.	https://www.u-cursos.cl/usuario/7c1c0bd54f14c0722cefc0fa25ea186d/mi_blog/r/transcriaudio25-03.pdf
2	4	95.4.8.02		MONITOREO DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	MODIFICAR EL INCLUYE: EVALUACIÓN, ORIENTACIÓN, VALIDACIÓN Y SEGUIMIENTO AUDIOLÓGICO; PROGRAMACIÓN AUDIOLÓGICA DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES Y NO IMPLANTABLES	https://www.u-cursos.cl/usuario/7c1c0bd54f14c0722cefc0fa25ea186d/mi_blog/r/transcriaudio25-03.pdf
1	4	95.4.8.03		EVALUACIÓN DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO	BENEFICIO LOGRADO CON LAS PRÓTESIS AUDITIVAS, MEDIDO A TRAVÉS DE AUDIOMETRÍA Y LOGOAUDIOMETRÍA EN CAMPO LIBRE.	http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2296/79784008-2011.pdf?sequence=1
1	4	95.4.8.04		MEDICIONES EN OIDO REAL: MEDICION OBJETIVA CON SONDA EN OIDO REAL DEL PACIENTE CON Y SIN AUDIFONO	EVALUACIÓN DE GANANCIA DEL AUDÍFONO TENIENDO EN CUENTA LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES, FACILITANDO PARÁMETROS REFERIDOS AL RENDIMIENTO DEL AUDÍFONO EN OÍDO REAL	http://www.auditio.com/docs/File/vol1/1/040101.pdf https://books.google.com.co/books?id=MZDu1Sti69kC&pg=PA762&lpg=PA762&dq=real+in+ear+evaluation+reir+reor&source=bl&ots=8bqqETgYKv&sig=4vP9hFK_L2e1UHRZ6yqoEsStFQw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi4iMTcnrfQAhXLPCYKHR2tB4kQ6AEINDAD#v=onepage&q=real%20in%20ear%20evaluation%20reir%20reor&f=falsehttp://audiosocial.es/2013/01/11/mediciones-en-oido-real-vii-terminologia-basica-y-procedimientos/
2	4	95.4.9.02		AJUSTES DE COMPONENTES EXTERNOS DE PROTESIS COCLEAR	MODIFICAR A REVISIÓN Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES Y NO IMPLANTABLES	http://jslhr.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=1780900&resultclick=1 https://www.researchgate.net/profile/Jean_Pierre_Gagne/publication/7095986_Factors_that_influence_the_use_of_assistance_technologies_by_older_adult

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						s_who_have_a_hearing_loss/links/54c50f980cf256ed5a98a5a0.pdf
1	4	95.4.9.03		REHABILITACIÓN AUDITIVA	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA CON ESTRATEGIAS DEFINIDAS Y ESPECÍFICAS, REQUERIDA PARA PERSONAS QUE TIENEN PRÓTESIS AUDITIVAS COMO AUDÍFONOS, IMPLANTE COCLEAR, ENTRE OTROS	http://recursos.crfptic.es:9080/jspui/bitstream/recursos/92/8/Terapia%20auditivo%20verbal.pdf http://implantecoclear.org/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=18&Itemid=125&opcio=2&ident=70
2	3	95.4.6.04	93.08.21	ELECTRONEURONOGRAFIA (ENOG)	INCLUIRLA EN ELECTRODIAGNOSTICO REPRESENTA LA PRUEBA ELECTRODIAGNÓSTICO QUE PROPORCIONA INFORMACIÓN CUANTITATIVA OBJETIVA ACERCA DE LA FUNCIÓN E INTEGRIDAD DEL NERVIO FACIAL ESTUDIOS DE LA CONDUCCIÓN NERVIOSA MOTORA Y SENSITIVA DEL NERVIO FACIAL	Balance function asseeement and management. Second Edition, Gary P. Jacobson, PhD. Neil T. Shepard, PhD. Plural Publishing INC.

Fuente: Asociación Colombiana de Otología y Neurotología

Anexo 19 Ficha Técnica de Actualización de Ortopedia y traumatología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	03.0.3.01		RESECCION QUISTES SINOVIALES FACETARIOS	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA POR HERNIACION DE CAPSULA ARTICULAR FACETARIA CON COMPRESION RADICULAR, QUE IMPLICA LA REALIZACION DE LAMINECTOMIA, FORAMINECTOMIA, RESECCION DE HERNIA DE CAPSULA ARTICULAR Y DESCOMPRESION RADICULAR.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Lumbar Facet Joint Synovial Cyst: Percutaneous Treatment with Steroid Injections and Distention—Clinical and Imaging Follow-up in 12 Patients.Nathalie J. Bureau, Phoebe A. Kaplan, and Robert G. Dussault Radiology 2001 221:1, 179-185
1	4	03.1.1.01		RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) PERCUTANEA	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO PARA MANEJO DE DOLOR CRONICO AXIAL DE ORIGEN FACETARIO QUE CONSISTE EN NEUROTOMIA DE RAMA MEDIALDE LA ARTICULACION FACETARIA POR RADIOFRECUENCIA O LASER, QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Radiofrequency Denervation of the Lumbar Zygapophysial Joints: 10-Year Prospective Clinical Audit.Michael Gofeld1, MD, Jain Jitendra2, MD, and Gil Faclier1, MD.Pain Physician 2007; 10:291-299.
1	4	03.2.3.04		LESIÓN DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAÍCES POSTERIORES [DREZ]	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN MEDULA ESPINAL QUE EN ALGUNOS CASOS REQUIERE DE CIRUGIA CON TECNICAS MICROQUIRURGICAS Y USO DE MICROBISTURI.	Microsurgical DREZotomy for pain due to brachial plexus avulsion: long-term results in a series of 37 patients.Emery, E., Blondet, E., Mertens, P., & Sindou, M. (1997). Stereotactic & Functional Neurosurgery, 68(1-4 Pt 1), 155-160.
1	4	03.4.4.04		RESECCION DE QUISTES RADICULARES DE TARLOV	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA, MEDIANTE LA REALIZACION DE LAMINECTOMIA Y FORAMINOTOMIAS LUMBOSACRAS CON EL OBJETO DE DISECAR RAICES ESPINALES Y RESECAR QUISTES PERIRADICULARES. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Surgical Results of Sacral Perineural (Tarlov) Cysts. Masato Tanakaa*, Shinnosuke Nakaharab, Yasuo Itoc, Kazuo Nakanishia, Yoshihisa Sugimotoa, Hisanori Ikumaa, and Toshifumi Ozakid.Acta Med. Okayama, 2006 Vol. 60, No. 1, pp. 65ン70
1	4	03.4.4.05		RESECCION DE QUISTE ARACNOIDEO INTRADURAL	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA POR SINDROME MULTIRADICULAR O MIELOPATICO POR PRESENCIA DE QUISTES COMPRESIVOS QUE REQUIERE RESECCION ENDOSCOPICA O CIRUGIA ABIERTA PARA SU RESECCION , QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Intradural spinal arachnoid cysts in adults.Michael Y Wang, M.D., *, Allan D.O Levi, M.D., Ph.D.†,Barth A Green, M.D.†.Surgical Neurology Volume 60, Issue 1, July 2003, Pages 49–55
1	4	03.4.4.06		RESECCION DE QUISTE EXTRADURAL ESPINAL	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA POR SINDROME MULTIRADICULAR O MIELOPATICO POR PRESENCIA DE QUISTES COMPRESIVOS QUE REQUIERE RESECCION ENDOSCOPICA O ABIERTA, QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Spinal extradural cyst and kyphosis dorsalis juvenilis. Ralph B. Cloward, Paul C. Bucy.Surgical Neurology.Volume 39, Issue 6, June 1993, Pages 469–473.
1	4	03.4.4.07		RESECCION DE TUMOR RADICULAR EN RELOJ DE	PROCEDIMIENTO TUMORAL RADICULAR ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA	Spinal dumbbell tumors: an analysis of a series of 118 cases.Ozawa H1,

				ARENA EN CANAL VERTEBRAL EXTRADURAL CON EXTENSION FORAMINAL.	CON EXTENCION INTRA Y EXTRAESPINAL Y QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Kokubun S, Aizawa T, Hoshikawa T, Kawahara C.J Neurosurg Spine. 2007 Dec;7(6):587-93.
1	4	03.4.4.08		RESECCION DE TUMOR RADICULAR EN RELOJ DE ARENA EN CANAL VERTEBRAL INTRA Y EXTRADURAL CON EXTENSION FORAMINAL.	PROCEDIMIENTO TUMORAL RADICULAR ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA CON EXTENCION INTRA Y EXTRAESPINAL, INTRA Y EXTRADURAL CON DUROPLASTIA Y QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Dumbbell-shaped neurofibroma of the upper thoracic spine: A case report.Kumar SA, Kumar M, Malgonde M.South Asian J Cancer. 2013 Oct;2(4):226
1	4	03.5.1.10		CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON RECONSTRUCCION TUBO NEURAL, RESECCIÓN DE CELE, DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN MEDULA ESPINAL QUE REQUIERE CIERRE DEL TUBO NEURAL, MEDIANTE RECONSTRUCCION DE LA PLACODA NEURAL, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Myelomeningocele Primary Repair Surgical Technique.Massimo Caldarelli, Concezio Di Rocco.In book: The Spina Bifida, pp.143-155.DOI: 10.1007/978-88-470-0651-5_10
1	4	03.5.1.11		RESECCION LIPOMA LIGADO A CORDON ESPINAL	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN MEDULA ESPINAL QUE REQUIERE RESECCION DE LIPOMA CIRCUNDANTE A LA MEDULA ESPINAL Y COLA DE CABALLO MAS RECONSTRUCCION DURAL Y LIBERACION DE LA MEDULA, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Surgical treatment for lipomyelomeningocele in children.Sheng-Li Huang, Wei Shi, Li-Gen Zhang. World Journal of Pediatrics.November 2010, Volume 6, Issue 4, pp 361–365.
1	4	03.5.4.04		DUROTOMIA ESPINAL Y DUROPLASTIA	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO DE INCISION DURAL Y AMPLIACION DURAL CON INJERTO DURAL EN CASOS DE HEMATOMA Y EDEMA MEDULAR, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	The Role of Decompression with Either Durotomy or Duraplasty Following Cervical Spinal Cord Injury.Jeremy Smith, MD, Ryan Anderson, Thu Pham, MS, Nitin Bhatia, MD, Oswald Steward, PhD, Ranjan Gupta, MD. The spine journal October 2009 Volume 9, Issue 10, Supplement, Pages 103S–104S
1	4	03.6.1.01		EPIDUROLISIS ENDOSCOPICA	PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION PARA EL TRATAMIENTO DE FIBROSIS O ADHERENCIAS PERIDURALES Y PERIRADICULARES EN PACIENTES CON DOLOR CRONICO LUMBAR BAJO Y ESPALDA FALLIDA.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	The effectiveness of endoscopic epidurolysis in treatment of degenerative chronic low back pain: a prospective analysis and follow-up at 48 months.Donato AD1, Fontana C, Pinto R, Beltrutti D, Pinto G.Acta Neurochir Suppl. 2011;108:67-73. doi: 10.1007/978-3-211-99370-5_11.
1	4	03.7.5.01		DERIVACION LUMBORETROPERITONEAL	PROCEDIMIENTO DE DERIVACION ESPINAL HACIA EL RETROPERITONEO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Lumboperitoneal shunts: Review of 409 cases.Y. R. Yadav, Sanjay Pande,* Vijay K. Raina,** Manish

						Singh.Neurology India June 2004 Vol 52 Issue 2.
1	4	77.0.9.34		DRENAJE DE COLECCIÓN SUBCUTANEA, SUBMUSCULAR Y LAVADO QUIRURGICO EN COLUMNA VERTEBRAL	PROCEDIMIENTO DE LAVADO QUIRURGICO EN CASOS DE SEROMAS, REACCION A CUERPO EXTRAÑO O HEMATOMAS CONTENIDOS, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Post-Laminectomy Wound Infections: Colonized Seromas Mimicking Wound Infections.Burke A. Cunha , Eileen D. Abruzzo and Paul E. Schoch J. Clin. Med. 2014, 3, 191-196
1	4	77.0.9.35		DRENAJE DE COLECCIÓN Y LAVADO QUIRURGICO E IRRIGACION CONTINUA EN COLUMNA VERTEBRAL	PROCEDIMIENTO DE LAVADO QUIRURGICO EN CASOS DE INFECCION POSOPERATORIA DE COLUMNA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	OSTEOMIELITIS VERTEBRAL Documento de Consenso Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas .Julián Palomino Nicás,Francisco Villanueva Pareja, José M Reguera Iglesias, Manuel E Jiménez Mejías, Rafael Luque Márquez, Julio Valencia Anguita, Juan de Dios Colmenero Castillo.
1	4	77.0.9.36		DRENAJE DE COLECCIÓN Y LAVADO QUIRURGICO Y COLOCACION DE SISTEMA DE VACIO EN COLUMNA VERTEBRAL	PROCEDIMIENTO DE LAVADO QUIRURGICO EN CASOS DE INFECCION POSOPERATORIA DE COLUMNA QUE REQUIERE DE DISMINUCION DE LA CARGA BACTERIANA, ESTIMULACION DE LA GRANULACION Y MEJORIA DE LA MICROCIRCULACION DEL AREA EXPUESTA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Postoperative Spinal Wound Infections and Postprocedural Diskitis.Saad B Chaudhary, MD, Michael J Vives, MD, Sushil K Basra, MD, and Mitchell F Reiter, MD.J Spinal Cord Med. 2007; 30(5): 441–451.
1	4	77.0.9.37		EXPLORACION PARAVERTEBRAL Y RESECCION DE CUERPO EXTRAÑO	PROCEDIMIENTO MUSCULOS PARAVERTEBRALES PARA LA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR EL RIESGO DE INFECCION, DOLOR CRONICO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Seudotumor secundario a cuerpo extraño intraoperatorio. A.X. Casal Rodrígueza, M. Arias Gonzálezb, A. Iglesias Castañón.Radiologia. Vol. 51. Núm. 6. Noviembre - Diciembre 2009
1	4	77.2.9.33		OSTEOTOMIA FACETARIA	PROCEDIMIENTO DE RESECCION FACETARIA UNI O BILATERAL PARA DESCOMPRESION RADICULAR POR VIA MEDIAL O LATERAL DE LA ARTICULACION FACETARIA O PARA PROCEDIMIENTOS DE CORRECCION DE DEFORMIDAD. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Lumbar Facetectomy .Remi Nader, MD, CM, FRCS(C), FACS, FAANS; Chief Editor: Remi Nader, MD, CM, FRCS(C), FACS, FAANS .Medscape,News & Perspective
1	4	77.2.9.34		OSTEOTOMIA ARCO POSTERIOR, TIPO PONTE	PROCEDIMIENTO DE RESECCION DE LIGAMENTO SUPRAESPINOSO INTERESPINOSO, LIGAMENTO AMARILLO, OSTEOTOMIA FACETARIA Y PARS ARTICULARES, UTIL EN PROCEDIMIENTOS DE DEFORMACION PARA FACILITAR LA ELONGACION NATURAL DE LA COLUMNA	The Ponte procedure: posterior only treatment of Scheuermann's kyphosis using segmental posterior shortening and pedicle screw instrumentation.Geck MJ1, Macagno A, Ponte A, Shufflebarger HL.J Spinal Disord Tech. 2007 Dec;20(8):586-93.

					VERTEBRAl. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	
1	4	77.2.9.35		OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR	PROCEDIMIENTO DE LAMINECTOMIA, FACETECTOMIA, RESECCION PEDICULAR, OSTEOTOTOMIA VERTEBRAL PARA EL TRATAMIENTO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA CONGENITA Y EN CASOS DE DEFORMIDAD ESTRUCTURADA , NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Pedicle subtraction osteotomies (PSO) in the lumbar spine for sagittal deformities.Berjano P1, Aebi M.Eur Spine J. 2015 Jan;24 Suppl 1:S49-57.
1	4	77.2.9.36		EXTIRPACION DE HIPEROSTOSIS DIFUSA CERVICAL ANTERIOR.	PROCEDIMIENTO DE CERVICOTOMIA LONGITUDINAL PARA LA EXTIRPACION DE HIPEROSTOSIS DEL LIGAMENTO COMUN VERTEBRAL ANTERIOR, MEDIANTE OSTEOTOMIA MULTIPLE, QUE COMPRIME FARINGE, ESOFAGO O LARINGE .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Enfermedad de Forestier-Rotes Querol (hiperostosis difusa esquelética idiopática) Forestier-Rotes Querol disease (diffuseidiopathic skeletal hyperostosis) F. Sánchez Gonzáleza, I. Benito Arroyob, J. Urbano Urbanoa, A. Paulino Herreraa.SEMERGEN. 2006;32(9):461-3
1	4	77.8.9.54		VERTEBRECTOMIA PARCIAL,VERTEBRECTOMIA LATERAL, VERTEBRECTOMIA DEL DOMO SACRO, SUBSTRACCION PEDICULAR, EGG SHELL	PROCEDIMIENTOS DE RESECCION PARCIAL DE CUERPO VERTEBRAL PARA EL MANEJO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Thoracic vertebrectomy and spinal reconstruction via anterior, posterior, or combined approaches: clinical outcomes in 91 consecutive patients with metastatic spinal tumors.Xu R1, Garcés-Ambrossi GL, McGirt MJ, Witham TF, Wolinsky JP, Bydon A, Gokaslan ZL, Sciubba DM.J Neurosurg Spine. 2009 Sep;11(3):272-84.
1	4	77.9.9.38		VERTEBRECTOMIA MAS DISCECTOMIAS.	PROCEDIMIENTOS DE RESECCION VERTEBRAL, CON INCLUSION DISCAL PARA EL MANEJO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA SEVERAS.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Single-stage posterior vertebrectomy and replacement combined with posterior instrumentation for spinal metastasis.Akeyson EW1, McCutcheon IE.J Neurosurg. 1996 Aug;85(2):211-20.
1	4	77.9.9.39		VERTEBRECTOMIA MULTIPLE	PROCEDIMIENTOS DE RESECCION VERTEBRAL MULTIPLE , CON INCLUSION DISCAL PARA EL MANEJO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA SEVERAS CON CIFOSIS ASOCIADA.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	The treatment of spondylotic cervical myelopathy by multiple subtotal vertebrectomy and fusion.Jamjoom A1, Williams C, Cummins B.Br J Neurosurg. 1991;5(3):249-55.
1	4	78.6.9.32		EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O IMPLANTE EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA LATERAL	PROCEDIMIENTOS PARA LA EXTRACCION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN COLUMNA POR VIA LATERAL, PARA EVITAR AREAS DE FIBROSIS O ESTRUCTURAS VASCULARES.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Technical Note – Lateral Approach to the Lumbar Spine for the Removal of Interbody Cages. Marc Moisi,corresponding author Jeni Page, David Paulson, and Rod J Oskouian.Cureus. 2015 May; 7(5): e268

1	4	78.6.9.33		EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR DOS SEGMENTOS	PROCEDIMIENTO DE EXTRACION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN COLUMNA QUE SE EXTIENDE A DOS REGIONES DIFERENTES DE LA COLUMNA VERTEBRAL. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Implant removal for late-developing infection after instrumented posterior spinal fusion for scoliosis: reinstrumentation reduces loss of correction. A retrospective analysis of 45 cases.Michael Muschik,corresponding author Wiebke Lück, and Dietrich Schlenzka.Eur Spine J. 2004 Nov; 13(7): 645–651.
1	4	78.6.9.34		EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR MAS DE DOS SEGMENTOS	PROCEDIMIENTO DE EXTRACION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN COLUMNA QUE SE EXTIENDE A MAS DE DOS REGIONES DIFERENTES DE LA COLUMNA VERTEBRAL. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Neuromuscular scoliosis TechNical moNograph Intra-operative Techniques for Complex Deformities in a Diverse Patient Population.Randal R. Betz, MD.www.depuysynthes.com
1	4	79.0.9.34		COLOCACION DE TRACCION ESQUELETICA CERVICAL (GANCHO)	PROCEDIMIENTO DE INMOVILIZACION CERVICAL, ALINEACION Y REDUCCION DE FRACTURA CERVICAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	The effect of axial traction during orotracheal intubation of the trauma victim with an unstable cervical spine. MD Herbert G Bivins *, *, MD Scott Ford *, MD Zrino Bezmalinovic †, MD Harold M Price †, Justin L Williams ‡ Annals of Emergency Medicine .Volume 17, Issue 1, January 1988, Pages 25-29
1	4	79.0.9.35		COLOCACION DE TRACCION HALO-CRANEAL	PROCEDIMIENTO DE INMOVILIZACION CERVICAL, ALINEACION Y REDUCCION DE FRACTURA CERVICAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Halo immobilization of cervical spine fractures Indications and results.Paul R. Cooper, M.D., Kenneth R. Maravilla, M.D., Frederick H. Sklar, M.D., Sarah F. Moody, R.N., and W. Kemp Clark, M.D.Journal of Neurosurgery May 1979 / Vol. 50 / No. 5 / Pages 603-610
1	4	79.0.9.36		COLOCACION DE TRACCION ESQUELETICA CERVICAL Y FEMORAL (HALO-FEMORAL) O HALO PELVICO	PROCEDIMIENTO DE TRACCION DE COLUMNA PARA MEJORAR SU ALINEACION, EXPANSIÓN PULMONAR, CORRECCION DE DEFORMIDAD, PREVIA A CIRUGIA DE DEFORMIDAD DE COLUMNA.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Posterior Only Pedicle Screw Instrumentation With Intraoperative Halo-Femoral Traction in the Surgical Treatment of Severe Scoliosis (>100°).Hamzaoglu, Azmi MD*; Ozturk, Cagatay MD*; Aydogan, Mehmet MD*; Tezer, Mehmet MD*; Aksu, Neslihan MD; Bruno, Marco B. MD†.Spine: 20 April 2008 - Volume 33 - Issue 9 - pp 979-983

1	4	79.0.9.37		REDUCCION DE FRACTURA SACROILIACO, CON TRACCION FEMORAL	PROCEDIMIENTO DE TRACCION DE MIEMBROS INFERIORES CON EL OBJETO DE REDUCIR Y ALINEAR LA ARTICULACION SACROILIACA PREVIO A FIJACION QUIRURGICA.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	PELVIC RING FRACTURES: SHOULD THEY BE FIXED?.MARVIN TILE.J Bone Joint Surg [Br] 1988;70-B:l-l2.
1	4	79.0.9.38		RETIRO DE TRACCION CERVICAL	PROCEDIMIENTO DE EXTRACCION DE GANCHO DE TRACCION CRANEANA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Tratamiento de la luxación cervical mediante reducción cerrada segmento inferior (C-3 a C-7) (Uso del halo cefálico y tenazas de tracción) Ozcar Felipe García López. Medigraphic. Volumen 3, Número 3 Jul.-Sep. 2007
1	4	79.0.9.39		RETIRO DE HALO-CRANEAL	PROCEDIMIENTO DE EXTRACCION DE HALO CRANEANO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Lesiones medulares traumauticas. Dr. Gonzalo Santiago Tipac* Dr. Juan Carlos García Osornio.
1	4	79.0.9.40		RETIRO DE TRACCION HALO FEMORAL, O HALO PELVICO	PROCEDIMIENTO DE EXTRACCION DE HALO CRANEANO Y CLAVOS FEMORALES USADOS EN TRACCION. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	HALO PELVIC TRACTION.JOHN P. O'BRIEN,* ARTHUR C. M. C. YAU,t TAYLOR K. SMITH4 and ARTHUR R. HODGSON, . JBJS VOL. 53B, NO. 2, MAY 1971
1	4	79.0.9.41		RETIRO DE TRACCION FEMORAL	PROCEDIMIENTO DE EXTRACCION DE CLAVOS FEMORALES USADOS EN TRACCION DE MIEMBROS INFERIORES. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Comparison of effectiveness of Halo-femoral traction after anterior spinal release in severe idiopathic and congenital scoliosis: a retrospective study.Yong QiuEmail author, Zhen Liu, Feng Zhu, Bin Wang, Yang Yu, Zezhang Zhu, Bangping Qian and Weiwei Ma.Journal of Orthopaedic Surgery and Research20072:23
1	4	79.0.9.42		RETIRO DE HALO CHALECO O HALO YESO	PROCEDIMIENTOS DE EXTRACCION DE HALO CRANEAL Y RETIRO DE CHALECO EN POLIPROPILENO O DE YESO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Long term results of halo-vest fixation for upper cervical spine fractures.Daniele Fabris Monterumici.Riccardo Sinigaglia.Chirurgia narzadow ruchu i ortopedia polska 72(1):71-9 · November 2006
1	4	79.0.9.43		COLOCACION DE YESO TORACOLUMBOSACRO	PROCEDIMIENTO DE COLOCACION DE YESO TORACOLUMBAR EN EXTENSION EN EL MANEJO CERRADO DE FRACTURAS TORACOLUMBARES. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Tratamiento no quirúrgico de las fracturas vertebrales tóraco-lumbares.Dr. Aldo Hernández German, Dr. Manuel Dufoo Olvera, Dr. José Antonio Aburto Trejo, Dr. Ozcar F.

						García López.Rev Mex Ortop Traum 2000; 14(1): Ene.-Feb: 48-52
1	4	79.0.9.44		COLOCACION DE ESPICA DE YESO	PROCEDIMIENTO DE INMOVILIZACION LUMBOSACRA ESPECIALMENTE EN CASOS DE INFECCION DISCAL LUMBAR BAJA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Infecciones en columna vertebral.Dr. CARLOS A. SOLA.Rev, Asoc. Arg. Órtop. y Traumatol., Vol. 59, N° págs. 375-385 .
1	4	79.0.9.45		RETIRO DE YESO EN COLUMNA O ESPICA DE YESO	PROCEDIMIENTO DE RETIRO DE YESOS DE COLUMNA UNA VEZ CONCLUIDO EL TRATAMIENTO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Infecciones vertebrales. Miguel Maria Sánchez Martín. VIII JORNADAS CANARIAS DE TRAUMATOLOGIA y CIRUGIA ORTOPEDICA.
1	4	79.3.9.54		REDUCCION FRACTURA TORACOLUMBAR, ALINEACION, ESTABILIZACION Y ARTRODESIS CON CLAVOS DE SHANZ	PROCEDIMIENTO DE CIRUGIA DE COLUMNA EN LA TRANCISION TORACOLUMBAR PARA EL MANEJO DE CIFOSIS POSTRAUMATICA CON CORRECCION DE DEFORMIDAD.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Traumatismos recientes de la columna toracolumbar. Técnicas quirúrgicas.J.-P. Steib, A. Mitulescu, I. Bogorin, X. Chiffolot.EMC - Técnicas Quirúrgicas - Ortopedia y Traumatología Volume 1, Issue 1, 2009, Pages 1–15
1	4	79.3.9.55		FIJACION INTERCRESTILIA	PROCEDIMIENTO DE FIJACION Y ESTABILIZACION ARTICULACION SACROILIACA BILATERAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Fijación interna de las fracturas de pelvis.Graciela Gallardo García.medigraphic Artemisa. Ene.-Mar. 2006.Volumen 2, Número 1.
1	4	79.3.9.56		FIJACION SACROIILACO CON INSTRUMENTACION	PROCEDIMIENTO DE FIJACION Y ESTABILIZACION ARTICULACION SACROILIACA UNI O BILATERAL BILATERAL CON TORNILLOS ILIOSACROS.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Unstable pelvic ring fracture: osteosynthesis of the posterior lesion by percutaneous sacroiliac fixation .Tayot O , Meusnier T , Fessy MH , Beguin L , Carret JP , Bejui J .Revue de Chirurgie Orthopedique et Reparatrice de L'appareil Moteur [2001, 87(4):320-330]
1	4	79.3.9.61		REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL POR VERTEBROPLASTIA, ESTENTOPLASTIA,XIFOPLASTIA O COLOCACION DE EXPANSOR INTRAVERTEBRAL Y FIJACION INTRAOSEA.(AUMENTOPLASTIA VERTEBRAL)	PROCEDIMIENTO DE RECUPERACION DE ALTURA VERTEBRAL, ALINEACION DE PLATILLOS VERTEBRALES, EVITAR FRACTURA VERTEBRAL EN PROCESOS PATOLOGICOS TUMORALES, MANEJO DE DOLOR POR INSUFICIENCIA OSEA Y MEJORAR LA DENSIDAD VERTEBRAL, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Height restoration and maintenance after treating unstable osteoporotic vertebral compression fractures by cement augmentation is dependent on the cement volume used.Antonio Krügera,Gamal Baroudb,David Noriegac, Jens Figield, Christine Dorschela, Steffen Ruchholtza, Ludwig Oberkirchera.Clinical Biomechanics. Volume 28, Issue 7, August 2013, Pages 725–730.

1	4	80.5.1.36		DISCECTOMIA EXTREMOLATERAL	PROCEDIMIENTO DE RESECCION DISCAL QUE PRODUCE COMPRESION RADICULAR POR FUERA DEL FORAMEN NEURAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Surgical Management of Extreme Lateral Lumbar Disc Herniations: Review of 138 Cases.Abdullah, Adel F. M.D.; Wolber, Paul G. H. M.D.; Warfield, John R. M.D.; Gunadi, Krist I. M.D.Neurosurgery 22:648-653, 1988)
1	4	80.5.1.37		DISCECTOMIA, CURETAJE Y ARTRODESIS SIMPLE	PROCEDIMIENTO DE RESECCION Y CURETAJE DISCAL EN CASOS DE INFLAMACION QUE REQUIEREN ARTRODESIS SEGMENTARIA CON SOPORTE EXTERNO POSOPEATORIO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Espondilodiscitis infecciosa . Dr. Rolando Telo Crespo,I Dr. Rolando William Telo Haedo,II Dr. Pedro Nemesio Alemán Cruz,II Dr. Yerardys Rodríguez TorresI.Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2012; 26(1) 53-63
1	4	80.5.9.02		FORAMINOPLASTIA ENDOSCOPICA LASER O RADIOFRECUENCIA	PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO DE AMPLIACION FORAMINAL CON SALIDA LIBRE DE RAIZ ESPINAL, EN CASOS DE ESTRECHES FORAMINAL POR PERDIDA DE ALTURA DEL FORAMEN NEURAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	DISCOLITIS PERCUTÁNEA ENDOSCÓPICA LUMBAR CON HOLMIUM YAG LÁSER. EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS. Jorge Felipe Ramírez L. José G. Rugeles O.
1	4	80.5.9.03		DISCECTOMIA ENDOSCOPICA MECANIZADA	PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO DEL DISCO INTERVERTEBRAL CON DISCECTOMIA MEDIANTE EL USO DE FORCEPS.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Discectomía cervical microquirúrgica asistida por endoscopía: presentación de dos casos Ángel Jesús Lacerda Gallardo1, Sandro Pérez Leal2, Julio Cesar Martín Pardo3, Raisa Montero Álvarez4, Daiyan Martín Chaviano5, Johanna Quintana Záez5.Rev Cubana Neurol Neurocir. 2014;4(1):53–6
1	4	80.5.9.04		TERMODISCOPLASTIA POR RADIOFRECUENCIA O LASER	PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO DEL DISCO INTERVERTEBRAL PARA EL TRATAMIENTO DE RUPTURA DEL ANILLO FIBROSO DISCAL O EN PATOLOGIA DISCO NEGRO SINTOMATICO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Intradiscal temperature variation resulting from radiofrequency thermal therapy. Cadaver study]. Ramírez-León JF, Rugeles-Ortiz JG, Barreto-perea JA, Alonso-cuéllar GO.
1	4	81.0.1.11		ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA PÓSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR, Y AMARRE INTERLAMINAR.	PROCEDIMIENTO DE FIJACION C1-C2 Y CORRECCION DE LISTESIS MEDIANTE AMARRE Y ARTRODESIS INTERLAMINAR. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Posterior atlantoaxial fixation: a review of all techniques. Huang DG1, Hao DJ2, He BR1, Wu QN1, Liu TJ1, Wang XD1, Guo H1, Fang XY1.Spine J. 2015 Oct 1;15(10):2271-81
1	4	81.0.3.04		LAMINOPLASTIA CERVICAL	PROCEDIMIENTO DE COLUMNA CERVICAL PARA EL TRATAMIENTO DE CANAL ESTRECHO MULTISEGMENTARIO SIN AFECTAR LA MOVILIDAD CERVICAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Expansive Open-Door Laminoplasty for Cervical Spinal Stenotic Myelopathy.HIRABAYASHI, KIYOSHI MD; WATANABE, KENICHI MD; WAKANO, KOICHI MD; SUZUKI,

						NOBUMASA MD; SATOMI, KAZUHIKO MD; ISHII, YOSHIAKI MD. Spine October 1983 - Volume 8 - Issue 7.
1	4	81.0.3.05		ARTRODESIS CERVICO-TORACICO	PROCEDIMIENTO EN ZONA DE TRANSICION DE DOS REGIONES ESPINALES MEDIANTE EL USO DE DOS TIPOS DE INSTRUMENTAL DIFERENTES Y DONDE SE REQUIERE MANTENER EL EJE SAGITAL NATURAL DE LORDOSIS CERVICAL Y CIFOSIS DORSAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Spinal Disorders at the Cervicothoracic Junction.An, Howard S. MD; Vaccaro, Alexander MD; Cotler, Jerome M. MD; Lin, Sheldon MD.Spine November 1994 - Volume 19 - Issue 22
1	4	81.0.7.03		ARTRODESIS LATERAL INTERCORPORAL (DLIF, XLIF, OLIF)	PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASION LATERAL DE COLUMNA LUMBAR Y LUMBOSACRA CON RESECCION DISCAL Y ARTRODESIS ANTERIOR MEDIANTE LA COLOCACION DE DISPOSITIVOS QUE MANTIENEN O RECUPERAN LA ALTURA DEL DISCO INTERVERTEBRAL EN UNO O VARIOS NIVELES , Y MEJORAN LA ALINEACION CORONAL Y SAGITAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Direct Lateral Lumbar Interbody Fusion for Degenerative Conditions: Early Complication Profile. Knight, Reginald Q. MD; Schwaegler, Paul MD; Hanscom, David MD; Roh, Jeffery MD.Journal of Spinal Disorders & Techniques: February 2009 - Volume 22 - Issue 1 - pp 34-37
1	4	81.0.8.13		FIJACION ILIOLUMBAR	PROCEDIMIENTO DE FIJACION LUMBOPELVICA PARA EL MANEJO DE DEFORMIDAD LUMBAR, DEFORMIDADES LARGAS LUMBARES ,INESTABILIDAD LUMBOSACRA, EN PRESENCIA DE TUMORES O INFECCIONES LUMBOSACRAS Y PARA EVITAR SOBRECARGA SACROILIACA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Spinopelvic Fixation in Complex Sacral Fractures.Gregory D. Schroeder , MD; Jason W. Savage , MD; Alpesh A. Patel , MD; Michael D. Stover , MD JBJS Reviews, 2015 Mar; 3 (3):
1	4	81.0.8.14		FIJACION SACROLUMBAR	PROCEDIMIENTO DE FIJACION LUMBOSACRO MEDIANTE COLOCACION DE INJERTO ESTRUCTURADO O IMPLANTE DE DISPOSITIVO SACROLUMBAR EN CASO DE LISTESIS DE ALTO GRADO LUMBOSACRO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Transvertebral Transsacral strut grafting for high-grade isthmic spondylolisthesis L5-S1 with fibular allograft. Sasso RC1, Shively KD, Reilly TM.J Spinal Disord Tech. 2008 Jul;21(5):328-33
1	4	81.0.8.15		COLOCACION DE ESPACIADOR INTERESPINOSO PERCUTANEO	PROCEDIMIENTO DE AUMENTO DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCION INTERVERTEBRAL PARA EL MANEJO DE CANAL ESTRECHO MEDIANTE EL AUMENTO DEL ESPACIO INTERESPINOSO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Lumbar Interspinous Spacers: A Systematic Review of Clinical and Biomechanical Evidence Kabir, Syed M. R. FRCSEd (NeuroSurg)*†; Gupta, Sanjay R. MCh*†; Casey, Adrian T. H. FRCS (SN)*.Spine: 1

						December 2010 - Volume 35 - Issue 25 - pp E1499-E1506
1	4	81.0.8.16		COLOCACION DE ESPACIADOR INTERESPINOSO / INTERLAMINAR TECNICA ABIERTA	PROCEDIMIENTO DE AUMENTO DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCION INTERVERTEBRAL PARA EL MANEJO DE CANAL ESTRECHO MEDIANTE EL AUMENTO DEL ESPACIO INTERESPINOSO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Treatment of neurogenic claudication by interspinous decompression: application of the X STOP device in patients with lumbar degenerative spondylolisthesisPaul A. Anderson, M.D., Cliff B. Tribus, M.D., and Scott H. Kitchel, M.D.Journal of Neurosurgery: Spine June 2006 / Vol. 4 / No. 6 / Pages 463-471
1	4	81.0.8.17		COLOCACION DE ESPACIADOR INTERFACETARIO	PROCEDIMIENTO DE AUMENTO DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCION INTERVERTEBRAL PARA EL MANEJO DE CANAL ESTRECHO MEDIANTE LA COLOCACION DE DISPSITIVO INTERFACETARIO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Cervical interfacet spacers and maintenance of cervical lordosis.Lee A. Tan, MD, David C. Straus, MD, and Vincent C. Traynelis, MD.Journal of Neurosurgery: Spine May 2015 / Vol. 22 / No. 5 / Pages 466-469
1	4	81.0.9.25		REFUSION DE COLUMNA VERTEBRAL POR TECNICA LATERAL	PROCEDIMIENTO DE REVISION LATERAL DE COLUMNA MEDIANTE EXTRACCION DE DISPOSITIVO PREVIAMENTE COLOCADO, RESECCION DE FIBROSIS E IMPLANTE DE NUEVO DISPOSITIVO Y ARTRODESIS ANTERIOR. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Intraoperative and Early Postoperative Complications in Extreme Lateral Interbody Fusion: An Analysis of 600 Cases. Rodgers, W. Blake MD; Gerber, Edward J. PA-C; Patterson, Jamie BA.Spine: 1 January 2011 - Volume 36 - Issue 1 - p 26–32
1	3	81.2.10		**ARTROPLASTIA EN COLUMNA**	PROCEDIMIENTOS DE REEMPLAZO DE LA ARTICULACION DISCAL VERTEBRAL. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Spine arthroplasty: a historical review.Marek Szpalski, Robert Gunzburg, Michael Mayer.European Spine Journal. October 2002, Volume 11, Supplement 2, pp S65–S84
1	4	81.2.10.01		ARTROPLASTIA CERVICAL	PROCEDIMIENTOS DE REEMPLAZO DE LA ARTICULACION DISCAL CERVICAL. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Results of Cervical Arthroplasty Compared with Anterior Discectomy and Fusion: Four-Year Clinical Outcomes in a Prospective, Randomized Controlled Trial.Rick C. Sasso, MD; Paul A. Anderson, MD; K. Daniel Riew, MD; John G. Heller, MD.J Bone Joint Surg Am, 2011 Sep 21; 93 (18): 1684 -1692
1	4	81.2.10.02		ARTROPLASTIA LUMBOSACRA	PROCEDIMIENTOS DE REEMPLAZO DE LA ARTICULACION DISCAL LUMBAR. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Long-term Results of One-Level Lumbar Arthroplasty: Minimum 10-Year Follow-up of the CHARITÉ

						Artificial Disc in 106 Patients.David, Thierry MD.Spine: 15 March 2007 - Volume 32 - Issue 6 - pp 661-666
1	4	81.2.10.03		REEMPLAZO ARTICULACION FACETARIA	PROCEDIMIENTOS DE REEMPLAZO DE LA ARTICULACION FACETARIA CON EL OBJETO DE MANTENER LA MOVILIDAD ARTICULAR. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Effect of the Total Facet Arthroplasty System after complete laminectomy-facetectomy on the biomechanics of implanted and adjacent segments .Frank M. Phillips, MDa, Michael N. Tzermiadianos, MDb, Leonard I. Voronov, MD, PhDb,Robert M. Havey, BSb, Gerard Carandang, MSc, Susan M. Renner, PhDc, David M. Rosler, MSd, Jorge A. Ochoa, PhDd, Avinash G. Patwardhan, PhDb, c,The Spine Journal Volume 9, Issue 1, January 2009, Pages 96–102.
1	4	81.9.8.11		BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL (PERCUTANEA)	PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION PARA TOMA DE MUESTRAS DEL DISCO INTERVERTEBRAL EN CASO DE SOSPECHA DE INFECCION O TUMORES. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	The spectrum of intervertebral disc-space infection in children J Bone Joint Surg Am, 1978 Jan; 60 (1): 100 -108
1	4	81.9.8.12		BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL ABIERTA	PROCEDIMIENTO ABIERTO CON MINIMA INCISION PARA TOMA DE MUESTRAS DEL DISCO INTERVERTEBRAL EN CASO DE SOSPECHA DE INFECCION O TUMORES. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Pyogenic and Tuberculous Spondylodiskitis (Vertebral Osteomyelitis) in 80 Adult Patients.C. Perronne, J. Saba, Z. Behloul, D. Salmon-Céron, C. Leport, J. L. Vildé, and M. F. Kahn.Clinical Infectious Diseases Volume 19, Issue 4 Pp. 746-750.
1	2	81,11		**CORRECION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA POSTERIOR**	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA LA CORRECCION DE DEFORMIDAD Y RECONSTRUCCION VERTEBRAL CON EL OBJETO DE RECUPERAR LOS EJES SAGITAL Y CORONAL DE LA COLUMNA, QUE PERMITAN RECUPERAR LA ARMONIA ESPINAL CON UN MENOR GASTO ENERGETICO MOTOR EN LA DEAMBULACION O EN POSICION SEDANTE Y EVITAR RESTRICCION DE LAS CAVIDADES TORACICAS Y ABDOMINALES.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	THE AETIOLOGY OF SPINAL DEFORMITIES. RobertA. Dickson .The Lancet Volume 331, Issue 8595, 21 May 1988, Pages 1151-1155
1	3	81.11.1		**CORRECCION DE DEFORMIDAD CON UNA CURVA ESPINAL**	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD ESCOLIOTICA O CIFOTICA Y RECONSTRUCCION DE COLUMNA CUANDO COMPROMETE ESTRUCTURALMENTE UNA	comparison of two treatment strategy for Lenke I adolescent idiopathic scoliosis.Omer ErsEn, Serkan Bilgic, Selahattin OzyurEk, Safak Ekinci, Kenan

					SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON UNA CURVA NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	kOca, Erbil Ogu.Acta Orthop. Belg., 2014, 80, 487-492
1	4	81.11.1.01		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON UNA CURVA ESPINAL	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON UNA CURVA SIN QUE ESTE RIGIDO DESPUES DE LIBERACION LIGAMENTARIA, MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Surgical Treatment of Lenke 1 Main Thoracic Idiopathic Scoliosis: Results of a Prospective, Multicenter Study Newton, Peter O. MD*; Marks, Michelle C. PT, MA*; Bastrom, Tracey P. MA*; Betz, Randal MD†; Clements, David MD‡; Lonner, Baron MD§; Crawford, Alvin MD¶; Shufflebarger, Harry MD‖; O'Brien, Michael MD; Yaszay, Burt MD*; Harms Study Group.Spine: Spine 15 February 2013 - Volume 38 - Issue 4 - p 328–338
1	4	81.11.1.02		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON UNA CURVA ESPINAL , CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON UNA CURVA, ESTRUCTURADA, RIGIDA QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION DE LIGAMENTARIA DE LA COLUMNA HACIENDO NECESARIO REALIZAR OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE, Y MANIOBRAS DE DESROTACION VERTEBRAL O CANTELIVER , MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Corrective Osteotomies in Spine Surgery.J. Brian Gill, Andrew Levin, Tim Burd and Michael Longley .J Bone Joint Surg Am 2008;90:2509-2520
1	4	81.11.1.03		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON UNA CURVA ESPINAL , CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES, MAS VERTEBRECTOMIA POSTEROANTERIOR	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON UNA CURVA ESTRUCTURADO, RIGIDO QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION DE LIGAMENTOS INTERESPINOSOS, LIGAMENTO AMARILLO, Y RESECCION DE CAPSULAS ARTICULARES FACETARIAS HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE Y	Posterior Vertebral Column Resection For Severe Spinal Deformities.Suk, Se-Il MD, PhD; Kim, Jin-Hyok MD, PhD; Kim, Won-Joong MD, PhD; Lee, Sang-Min MD; Chung, Ewy-Ryong MD; Nah, Ki-Ho MD .Spine: 1 November 2002 - Volume 27 - Issue 21 - pp 2374-2382

					ADICIONALMENTE VERTEBRECTOMIA PARCIAL MEDIANTE TECNICA DE OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR Y MANIOBRAS DE DESROTACION VERTEBRAL, O CANTELIVER.MANTENINDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS . NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	
1	4	81.11.1.04		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON UNA CURVA ESPINAL , CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES, MAS VERTEBRECTOMIA POSTEROANTERIOR, MAS TORACOPLASTIA	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON UNA CURVA ESTRUCTURADA, RIGIDA QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION LIGAMENTARIA HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE Y ADICIONALMENTE VERTEBRECTOMIA MEDIANTE TECNICA DE OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR .MANTENINDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS. ADICIONALMENTE REQUIERE TORACOPLASTIA POR PERSISTENCIA DE GIBA DORSAL. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Papel de la costoplastia en la cirugía de la escoliosis J.L. González López, O. Riquelme García, F.J. Soleto Martín, A. Villa García, J. Vázquez Estévez.Cir Pediatr 2006; 19: 81-86
1	3	81.11.2		**CORRECCION DE DEFORMIDAD CON DOS CURVAS ESPINALES O DEFORMIDAD QUE COMPROMETE DOS REGIONES ESPINALES**	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD ESCOLIOTICA O CIFOTICA Y RECONSTRUCCION DE COLUMNA CUANDO COMPROMETE ESTRUCTURALMENTE DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON DOS CURVAS. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Cervical Sagittal Alignment in Extensive Fusions for Lenke 3C and 6C Scoliosis: The Effect of Upper Instrumented Vertebra. Yanik HS1, Ketenci IE, Erdem S.Spine (Phila Pa 1976). 2016 Jul 18.
1	4	81.11.2.01		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON DOS CURVAS ESPINALES O CUANDO COMPROMETE DOS REGIONES ESPINALES.	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE DOS REGIONES DE LA COLUMNA O PRESENTA DEFORMIDAD CON DOS CURVAS SIN QUE ESTEN RIGIDAS DESPUES DE RESECCION	Association of postoperative shoulder balance with adding-on in Lenke Type II adolescent idiopathic scoliosis. Cao K1, Watanabe K, Hosogane N, Toyama Y, Yonezawa I, Machida M, Yagi M, Kaneko S, Kawakami N, Tsuji T,

					LIGAMENTARIA, MANTENINDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Matsumoto M.Spine (Phila Pa 1976). 2014 May 20;39(12):E705-12.
1	4	81.11.2.02		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON DOS CURVAS ESPINALES, O CUANDO COMPROMETE DOS REGIONES ESPINALES. CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON DOS CURVAS , ESTRUCTURADAS, RIGIDAS QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION LIGAMENTARIA VERTEBRAL HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS , OSTEOTOMIAS MULTIPLES TIPO PONTE Y REQUIERE MANIOBRAS DE DESROTACION, TRASLACION CONSIDERANDO LA CIFOSIS Y LORDOSIS NATURAL DE LOS SEGMENTOS COMPROMETIDOS PARA NO AFECTAR EL BALANCE DE LA COLUMNA DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Comparison of standard 2-rod constructs to multiple-rod constructs for fixation across 3-column spinal osteotomies. Hyun SJ1, Lenke LG, Kim YC, Koester LA, Blanke KM.Spine (Phila Pa 1976). 2014 Oct 15;39(22):1899-904.
1	4	81.11.2.03		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON DOS CURVAS ESPINALES , O CUANDO COMPROMETE DOS REGIONES ESPINALES. CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES, MAS VERTEBRECTOMIA POSTEROANTERIOR	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON DOS CURVAS ESTRUCTURADAS, RIGIDAS QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION DE COMPONENTE LIGAMENTARIO VERTEBRAL HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE Y ADICIONALMENTE VERTEBRECTOMIA PARCIAL MEDIANTE TECNICA DE OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR .MANTENINDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL , CONSIDERANDO LA CIFOSIS Y LORDOSIS NATURAL DE LOS SEGMENTOS COMPROMETIDOS PARA NO AFECTAR EL BALANCE DE LA COLUMNA . NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Ponte osteotomies to treat major thoracic adolescent idiopathic scoliosis curves allow more effective corrective maneuvers. Pizones J1, Sánchez-Mariscal F, Zúñiga L, Izquierdo E.

1	4	81.11.2.04		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON DOS CURVAS ESPINALES , O CUANDO COMPROMETE DOS REGIONES ESPINALES. CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES, MAS VERTEBRECTOMIA POSTEROANTERIOR MAS TORACOPLASTIA	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRA O PRESENTA DEFORMIDAD CON DOS CURVAS , ESTRUCTURADAS, RIGIDAS QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION DE COMPONENTE LIGAMENTARIO VERTEBRAL HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE Y ADICIONALMENTE VERTEBRECTOMIA PARCIAL MEDIANTE TECNICA DE OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR .MANTENINDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL , CONSIDERANDO LA CIFOSIS Y LORDOSIS NATURAL DE LOS SEGMENTOS COMPROMETIDOS PARA NO AFECTAR EL BALANCE DE LA COLUMNA DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS. ADICIONALMENTE REQUIERE TORACOPLASTIA POR PERSISTENCIA DE GIBA DORSAL . NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Management of severe and rigid idiopathic scoliosis. Teixeira da Silva LE1, de Barros AG, de Azevedo GB. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2015 Jul;25 Suppl 1:S7-12
1	3	81.11.3		**CORRECCION DE DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES O DEFORMIDAD QUE COMPROMETE DOS O TRES REGIONES ESPINALES**	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION Y RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD ESCOLIOTICA O CIFOTICA Y RECONSTRUCCION DE COLUMNA CUANDO COMPROMETE ESTRUCTURALMENTE DOS O TRES REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O PRESENTA DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ADEMAS DE RESTAURAR LA REALINEACION CORONAL Y SAGITAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Management of Spinal Deformity in Adult Patients With Neuromuscular Disease.Protopsaltis TS1, Boniello AJ, Schwab FJ.J Am Acad Orthop Surg. 2016 Sep;24(9):634-44
1	4	81.11.3.01		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES O CUANDO COMPROMETE DOS O TRES REGIONES ESPINALES.	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE DOS O TRES REGIONES DE LA COLUMNA O DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES SIN QUE ESTE RIGIDO DESPUES DE RESECCION LIGAMENTARIA MANTENINDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES	Surgery for scoliosis in Duchenne muscular dystrophy. Cheuk DK1, Wong V, Wraige E, Baxter P, Cole A.Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 1;(10):CD005375

					PREDOBLADOS Y ARTRODESIS QUE PUEDE O NO INCUIR LAPELVIS..NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	
1	4	81.11.3.02		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES, O CUANDO COMPROMETE DOS O TRES REGIONES ESPINALES. CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE DOS O TRES REGIONES DE LA COLUMNA O DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES ESTRUCTURADAS, RIGIDAS QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION LIGAMENTARIA VERTEBRAL HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS , OSTEOTOMIAS MULTIPLES TIPO PONTE Y REQUIERE MANIOBRAS DE DESROTACION, TRASLACION ;CONSIDERANDO LA CIFOSIS Y LORDOSIS NATURAL DE LOS SEGMENTOS COMPROMETIDOS PARA NO AFECTAR EL BALANCE DE LA COLUMNA DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS QUE PUEDE O NO INCUIR LAPELVIS . NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Posterior multilevel vertebral osteotomy for severe and rigid idiopathic and nonidiopathic kyphoscoliosis: a further experience with minimum two-year follow-up.Modi HN1, Suh SW, Hong JY, Yang JH. Spine (Phila Pa 1976). 2011 Jun 15;36(14):1146-53.
1	4	81.11.3.03		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES , O CUANDO COMPROMETE DOS O TRES REGIONES ESPINALES. CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES, MAS VERTEBRECTOMIA POSTEROANTERIOR	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE DOS O TRES REGIONES DE LA COLUMNA O DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES ESTRUCTURADAS, RIGIDAS QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION DE COMPONENTE LIGAMENTARIO VERTEBRAL HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE Y ADICIONALMENTE VERTEBRECTOMIA PARCIAL MEDIANTE TECNICA DE OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR .MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL , CONSIDERANDO LA CIFOSIS Y LORDOSIS NATURAL DE LOS SEGMENTOS COMPROMETIDOS PARA NO AFECTAR EL BALANCE DE LA COLUMNA DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS QUE PUEDE O NO INCUIR LAPELVIS. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Vertebral column resection in children with neuromuscular spine deformity.Sponseller PD1, Jain A, Lenke LG, Shah SA, Sucato DJ, Emans JB, Newton PO.Spine (Phila Pa 1976). 2012 May 15;37(11):E655-61

1	4	81.11.3.04		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES , O CUANDO COMPROMETE DOS O TRES REGIONES ESPINALES. CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES, MAS VERTEBRECTOMIA POSTEROANTERIOR MAS TORACOPLASTIA	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE DOS O TRES REGIONES DE LA COLUMNA O DEFORMIDAD CON TRES CURVAS ESPINALES ESTRUCTURADAS, RIGIDAS QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION DE COMPONENTE LIGAMENTARIO VERTEBRAL HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE Y ADICIONALMENTE VERTEBRECTOMIA PARCIAL MEDIANTE TECNICA DE OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR .MANTENINDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL , CONSIDERANDO LA CIFOSIS Y LORDOSIS NATURAL DE LOS SEGMENTOS COMPROMETIDOS PARA NO AFECTAR EL BALANCE DE LA COLUMNA DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS QUE PUEDE O NO INCUIR LAPELVIS. ADICIONALMENTE REQUIERE TORACOPLASTIA POR PERSISTENCIA DE GIBA DORSAL . NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Management of severe and rigid idiopathic scoliosis.Teixeira da Silva LE1, de Barros AG, de Azevedo GB.Eur J Orthop Surg Traumatol. 2015 Jul;25 Suppl 1:S7-12
1	3	81.11.4		**CORRECCION DE DEFORMIDAD CON MAS DE TRES CURVAS ESPINALES O DEFORMIDAD QUE COMPROMETE MAS DE TRES REGIONES ESPINALES**	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION Y CORRECCION DE DEFORMIDAD ESCOLIOTICA O CIFOTICA Y RECONSTRUCCION DE COLUMNA CUANDO COMPROMETE ESTRUCTURALMENTE MAS DE TRES REGIONES O TIENE MAS DE TRES CURVAS .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	A retrospective study to reveal the effect of surgical correction of cervical kyphosis on thoraco-lumbo-pelvic sagittal alignment.Lee DH1, Ha JK1, Chung JH1, Hwang CJ1, Lee CS1, Cho JH2.Eur Spine J. 2016 Jul;25(7):2286-93
1	4	81.11.4.01		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON MAS DE TRES CURVAS ESPINALES O CUANDO COMPROMETE MAS DE TRES REGIONES ESPINALES.	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE MAS DE TRES REGIONES DE LA COLUMNA SIN QUE ESTEN RIGIDAS DESPUES DE RESECCION LIGAMENTARIA, DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS QUE PUEDE O NO INCUIR LAPELVIS. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Surgical treatment of scoliosis due to Duchenne muscular dystrophy.Gayet LE1.Chirurgie. 1999 Sep;124(4):423-31.
1	4	81.11.4.02		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON MAS DE	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE MAS DE TRES SEGMENTOS	Cervical Sagittal Alignment in Extensive Fusions for Lenke 3C and 6C Scoliosis: The Effect of Upper

				TRES CURVAS ESPINALES , O CUANDO COMPROMETE MAS DE TRES REGIONES ESPINALES. CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES Y O VERTEBRECTOMIA POSTEROANTERIOR	DE LA COLUMNA VERTEBRAL, O TIENE MAS DE TRES CURVAS ESTRUCTURADAS, RIGIDAS QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION DE COMPONENTE LIGAMENTARIO VERTEBRAL HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE Y ADICIONALMENTE VERTEBRECTOMIA PARCIAL MEDIANTE TECNICA DE OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR .MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL , CONSIDERANDO LA CIFOSIS Y LORDOSIS NATURAL DE LOS SEGMENTOS COMPROMETIDOS PARA NO AFECTAR EL BALANCE DE LA COLUMNA , DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS QUE PUEDE O NO INCUIR LAPELVIS. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Instrumented Vertebra. Yanik HS, Ketenci IE, Erdem S.Spine (Phila Pa 1976). 2016 Jul 18.
1	4	81.11.4.03		FIJACION PARA CORRECCION DE DEFORMIDAD CON MAS DE TRES CURVAS ESPINALES , O CUANDO COMPROMETE MAS DE TRES REGIONES ESPINALES. CON OSTEOTOMIAS POSTERIORES Y VERTEBRECTOMIA POSTEROANTERIOR MAS TORACOPLASTIA	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION Y CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE MAS DE TRES REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE MAS DE TRES CURVAS , ESTRUCTURADAS, RIGIDAS, QUE NO CORRIGE FACILMENTE CON LIBERACION DE COMPONENTE LIGAMENTARIO VERTEBRAL HACIENDO NECESARIO OSTEOTOMIAS FACETARIAS Y OSTEOTOMIAS TIPO PONTE Y ADICIONALMENTE VERTEBRECTOMIA PARCIAL MEDIANTE TECNICA DE OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR .MANTENINDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL , CONSIDERANDO LA CIFOSIS Y LORDOSIS NATURAL DE LOS SEGMENTOS COMPROMETIDOS PARA NO AFECTAR EL BALANCE DE LA COLUMNA, DESPUES DE COLOCACION DE IMPLANTES PREDOBLADOS Y ARTRODESIS QUE PUEDE O NO INCUIR LAPELVIS. ADICIONALMENTE REQUIERE TORACOPLASTIA POR PERSISTENCIA DE GIBA DORSAL . NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Single-staged anterior and posterior spinal fusion: a safe and effective alternative for severe and rigid adolescent idiopathic scoliosis in China.Li M1, Ni J, Li Y, Fang X, Gu S, Zhang Z, Zhu X.J Paediatr Child Health. 2009 May;45(5):246-53.

1	2	81,12		**CORRECION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA ANTERIOR**	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA LA CORRECCION DE DEFORMIDAD Y RECONSTRUCCION VERTEBRAL POR VIA ANTERIOR CERVICAL, DORSAL O LUMBAR. CON EL OBJETO DE RECUPERAR LOS EJES SAGITAL Y CORONAL DE LA COLUMNA, QUE PERMITAN RECUPERAR LA ARMONIA ESPINAL CON UN MENOR GASTO ENERGETICO MOTOR EN LA DEAMBULACION O EN POSICION SEDANTE .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Burnei's anterior transthoracic retropleural approach of the thoracic spine: a new operative technique in the treatment of spinal disorders.Gavriliu TS1, Japie EM2, Ghiță RA2, Hamei Ș2, Dughilă C2, Țiripa IL2, Elnayef T2.J Med Life. 2015 Apr-Jun;8(2):160-5.
1	3	81.12.1		**CORRECCION DE UNA CURVA ESPINAL. VIA ANTERIOR**	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD ESCOLIOTICA O CIFOTICA Y RECONSTRUCCION DE COLUMNA CUANDO COMPROMETE ESTRUCTURALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O LA DEFORMIDAD TEIENE UNA CURVA .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Anterior versus posterior approach in Lenke 5C adolescent idiopathic scoliosis: a meta-analysis of fusion segments and radiological outcomes. Luo M1, Wang W1, Shen M1, Xia L2.J Orthop Surg Res. 2016 Jul 11;11(1):77.
1	4	81.12.1.01		FIJACION PARA CORRECCION ANTERIOR DE UNA CURVA ESPINAL	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE UNA SOLA CURVA SIN QUE ESTE RIGIDA, MEDIANTE INJERTO ESTRUCTURADO E IMPLANTE . PUEDE SER PARTE DE UN TIEMPO QUIRURGICO EN CORRECCION DE DEFORMIDAD COMPLEJA DE COLUMNA , MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Minimally invasive L5-S1 oblique lumbar interbody fusion with anterior plate.Pham MH1, Jakoi AM2, Hsieh PC.Neurosurg Focus. 2016 Jul;41 Video Suppl 1:1.J Neurosurg Spine. 2014 Nov;21(5):785-93
1	4	81.12.1.02		FIJACION PARA CORRECCION ANTERIOR DE UNA CURVA ESPINAL, MAS DISCECTOMIAS	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE UNA SOLA CURVA QUE REQUIERE RESECCION LIGAMENTARIA ANTERIOR Y POSTERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL MAS RESECCION DISCAL MULTISEGMENTARIA Y ARTRODESIS Y COLOCACION DE IMPLANTE, MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y	Retroperitoneal oblique corridor to the L2-S1 intervertebral discs in the lateral position: an anatomic study. Davis TT1, Hynes RA, Fung DA, Spann SW, MacMillan M, Kwon B, Liu J, Acosta F, Drochner TE.J Neurosurg Spine. 2014 Nov;21(5):785-93

					CORONAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	
1	4	81.12.1.03		FIJACION PARA CORRECCION ANTERIOR DE UNA CURVA ESPINAL ,MAS DISCECTOMIAS, MAS OSTEOTOMIAS VERTEBRALES ANTERIORES O ESCARIFICACION VERTEBRAL	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE UNA SOLA CURVA QUE ESTA RIGIDA Y REQUIERE LIBERACION LIGAMENTARIA ANTERIOR Y POSTERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL MAS RESECCION DISCAL MULTISEGMENTARIA Y OSTEOTOMIA O ESCARIFICACION DEL CUERPO VERTEBRAL Y COLOCACION DE IMPLANTE Y ARTRODESIS ANTERIOR. , MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Total vertebral column resection combined with anterior mesh cage support for the treatment of severe congenital kyphoscoliosis.Yang BH, Li HP, He XJ, Zhao B, Zhang C, Zhang T, Huang SH.Zhongguo Gu Shang. 2014 May;27(5):358-62.
1	4	81.12.1.04		FIJACION PARA CORRECCION ANTERIOR DE UNA CURVA ESPINAL ,MAS DISCECTOMIAS, MAS OSTEOTOMIAS VERTEBRALES ANTERIORES O ESCARIFICACION VERTEBRAL, MAS TORACOPLASTIA	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE UNA SOLA CURVA QUE ESTA RIGIDA Y REQUIERE LIBERACION LIGAMENTARIA ANTERIOR Y POSTERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL MAS RESECCION DISCAL MULTISEGMENTARIA Y OSTEOTOMIA O ESCARIFICACION DEL CUERPO VERTEBRAL Y CORRECCION DE GIBA DORSAL MEDIANTE TECNICA DE TORACOPLASTIA INTERNA O ANTERIOR.. ADEMAS DE LA COLOCACION DE IMPLANTE Y ARTRODESIS , MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Minimally invasive, endoscopic, internal thoracoplasty for the treatment of scoliotic rib hump deformity: technical note.Mummaneni PV1, Sasso RC.Neurosurgery. 2005 Apr;56(2 Suppl):E444; discussion E444.
1	4	81.12.1.05		CORRECCION ANTERIOR MEDIANTE DISECTOMIAS MULTIPLES DE UNA CURVA ESPINAL	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION ANTERIOR DE LA COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE UNA SOLA CURVA MEDIANTE DISCECTOMIAS MULTIPLES, RESECCION LIGAMENTARIA DEL CUERPO VERTEBRAL Y ARTRODESIS SIMPLE O COLOCACION DE CAJAS INTERCORPORALES . COMO PARTE DE UN TIEMPO QUIRURGICO DE CORRECCION DE DEFORMIDADES COMPLEJAS SIN USO DE IMPLANTES	Anterior single rod instrumentation for thoracolumbar adolescent idiopathic scoliosis with and without the use of structural interbody support. Lowe TG1, Alongi PR, Smith DA, O'Brien MF, Mitchell SL, Pinteric RJ.Spine (Phila Pa 1976). 2003 Oct 1;28(19):2232-41; discussion 2241-2.

					METALICOS .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	
1	4	81.12.1.06		CORRECCION ANTERIOR MEDIANTE DISCECTOMIA, VERTEBRECTOMIA, O ESCARIFICACION VERTEBRAL, DE UNA CURVA ESPINAL.	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION ANTERIOR DE LA COLUMNA QUE COMPROMETE PRINCIPALMENTE UNA SOLA REGION DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE UNA SOLA CURVA MEDIANTE DISCECTOMIAS MULTIPLES, RESECCION LIGAMENTARIA DEL CUERPO VERTEBRAL Y CORPECTOMIA VERTEBRAL . COMO PARTE DE UN TIEMPO QUIRURGICO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD COMPLEJA DE COLUMNA SIN USO DE IMPLANTES EN COLUMNA . .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Comparison of anterior and posterior instrumentation for correction of adolescent thoracic idiopathic scoliosis.Betz RR1, Harms J, Clements DH 3rd, Lenke LG, Lowe TG, Shufflebarger HL, Jeszenszky D, Beele B.Spine (Phila Pa 1976). 1999 Feb 1;24(3):225-39.
1	3	81.12.2		**CORRECCION DE DOS CURVAS ESPINALES VIA ANTERIOR**	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD ESCOLIOTICA O CIFOTICA Y RECONSTRUCCION DE COLUMNA CUANDO COMPROMETE ESTRUCTURALMENTE DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE DOS CURVAS .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Comparison of anterior and posterior instrumentation for correction of adolescent thoracic idiopathic scoliosis.Betz RR1, Harms J, Clements DH 3rd, Lenke LG, Lowe TG, Shufflebarger HL, Jeszenszky D, Beele B. Spine (Phila Pa 1976). 1999 Feb 1;24(3):225-39.
1	4	81.12.2.01		FIJACION PARA CORRECCION ANTERIOR DE DOS CURVAS ESPINALES	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE DOS SEGMENTOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL SIN QUE ESTE RIGIDO, MEDIANTE INJERTO ESTRUCTURADO E IMPLANTE . PUEDE SER PARTE DE UN TIEMPO QUIRURGICO EN CORRECCION DE DEFORMIDAD CONPLEJA DE COLUMNA , MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Comparison of two surgical methods for treatment of idiopathic thoracic scoliosis - anterior versus posterior approaches. Chaloupka R1, Repko M, Tichý V, Leznar M, Krbec M. Acta Chir Orthop Traumatol Cech. 2012;79(5):422-8.
1	4	81.12.2.02		FIJACION PARA CORRECCION ANTERIOR DE DOS CURVAS ESPINALES, MAS DISCECTOMIAS	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE DOS CURVAS QUE REQUIEREN RESECCION LIGAMENTARIA ANTERIOR Y POSTERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL MAS RESECCION DISCAL MULTISEGMENTARIA Y ARTRODESIS Y COLOCACION DE IMPLANTE, MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y	Anterior surgery for adolescent idiopathic scoliosis.Helenius I. J Child Orthop. 2013 Feb;7(1):63-8

					CORONAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	
1	4	81.12.2.03		FIJACION PARA CORRECCION ANTERIOR DE DOS CURVAS ESPINALES ,MAS DISCECTOMIAS, MAS OSTEOTOMIAS VERTEBRALES ANTERIORES O ESCARIFICACION VERTEBRAL	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE DOS CURVAS QUE ESTAN RIGIDAS Y REQUIEREN LIBERACION LIGAMENTARIA ANTERIOR Y POSTERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL MAS RESECCION DISCAL MULTISEGMENTARIA Y OSTEOTOMIA O ESCARIFICACION DEL CUERPO VERTEBRAL Y COLOCACION DE IMPLANTE Y ARTRODESIS ANTERIOR. , MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Less invasive corrective surgery using oblique lateral interbody fusion (OLIF) including L5-S1 fusion for severe lumbar kyphoscoliosis due to L4 compression fracture in a patient with Parkinson's disease: a case report.Wakita H1, Shiga Y2, Ohtori S3, Kubota G4, Inage K5, Sainoh T6, Sato J7, Fujimoto K8, Yamauchi K9, Nakamura J10, Takahashi K11, Toyone T12, Aoki Y13, Inoue G14, Miyagi M15, Orita S16.BMC Res Notes. 2015 Apr 7;8:126.
1	4	81.12.2.04		FIJACION PARA CORRECCION ANTERIOR DE DOS CURVAS ESPINALES ,MAS DISCECTOMIAS, MAS OSTEOTOMIAS VERTEBRALES ANTERIORES O ESCARIFICACION VERTEBRAL, MAS TORACOPLASTIA	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA QUE COMPROMETE DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE DOS CURVAS QUE ESTAN RIGIDAS Y REQUIEREN LIBERACION LIGAMENTARIA ANTERIOR Y POSTERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL MAS RESECCION DISCAL MULTISEGMENTARIA Y OSTEOTOMIA O ESCARIFICACION DEL CUERPO VERTEBRAL Y CORRECCION DE GIBA DORSAL MEDIANTE TECNICA DE TORACOPLASTIA INTERNA O ANTERIOR.. ADEMAS DE LA COLOCACION DE IMPLANTE Y ARTRODESIS , MANTENIENDO ALINEACION SAGITAL Y CORONAL .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Expansion Thoracoplasty: The Surgical Technique of Opening-Wedge Thoracostomy. Robert M. Campbell Jr., MD; Melvin D. Smith, MD; Anna K. Hell-Vocke, MD.J Bone Joint Surg Am, 2004 Mar; 86 (suppl 1): 51 -64
1	4	81.12.2.05		CORRECCION ANTERIOR MEDIANTE DISECTOMIAS MULTIPLES EN DOS CURVAS ESPINALES.	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION ANTERIOR DE LA COLUMNA CUANDO ESTAN COMPROMETIDAS DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE DOS CURVAS MEDIANTE RESECCION LIGAMENTARIA , DISCTOMIAS MULTIPLES Y ARTRODESIS SIMPLE O CON COLOCACION DE CAJAS INTERCORPORALES , COMO PARTE DE UN TIEMPO QUIRURGICO DE CORRECCION DE DEFORMIDADES COMPLEJAS SIN USO DE IMPLANTES	Is anterior release effective to increase flexibility in idiopathic thoracic scoliosis? Assessment by traction films. Hempfing A1, Ferraris L, Koller H, Rump J, Metz-Stavenhagen P. Eur Spine J. 2007 Apr;16(4):515-20. Epub 2006 Oct 11.

					METALICOS .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	
1	4	81.12.2.06		CORRECCION ANTERIOR MEDIANTE DISCECTOMIAS, VERTEBRECTOMIA O ESCARIFICACION VERTEBRAL EN DOS CURVAS ESPINALES	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION ANTERIOR DE LA COLUMNA CUANDO ESTAN COMPROMETIDAS DOS REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL O TIENE DOS CURVAS MEDIANTE DISCECTOMIAS MULTIPLES, RESECCION LIGAMENTARIA DEL CUERPO VERTEBRAL Y CORPECTOMIA O ESCARIFICAION VERTEBRAL . COMO PARTE DE UN TIEMPO QUIRURGICO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD COMPLEJA DE COLUMNA SIN USO DE IMPLANTES EN COLUMNA . .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Treatment of idiopathic scoliosis exceeding 100 degrees - comparison of different surgical techniques.Potaczek T1, Jasiewicz B, Tesiorowski M, Zarzycki D, Szcześniak A.Ortop Traumatol Rehabil. 2009 Nov-Dec;11(6):485-94.
1	2	81,13		**CORRECCION DE DEFORMIDAD CON EL USO DE BARRAS DE CRECIMIENTO O IMPLANTE COSTAL**	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE EL USO DE BARRAS DE CRECIMIENTO MECANICO O ELECTROMAGNETICO PARA FACILITARA LA ELONGACION VERTEBRAL ANTES DE UNA FIJACION DEFINITIVA.	Magnetically Controlled Growing Rod in Early-Onset Scoliosis: A Minimum of 2-Year Follow-Up.Yılmaz B1, Ekşi MŞ, Işik S, Özcan-Ekşi EE, Toktaş ZO, Konya D.Pediatr Neurosurg. 2016 Aug 6.
1	3	81.13.1		**CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE COLOCACION DE BARRAS DE CRECIMIENTO O IMPLANTE COSTAL . VIA POSTERIOR**	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE EL USO DE BARRAS DE CRECIMIENTO MEDIANTE LA DISTRACCION MECANICA O CONTROL MAGNETICO PARA FACILITAR LA ELONGACION VERTEBRAL O EN EL TRATAMIENTO DEL SINDROME DE INSUFICIENCIA TORAXICA ANTES DE UNA FIJACION DEFINITIVA.	Newer technologies for the treatment of scoliosis in the growing spine. Torre-Healy A1, Samdani AF. Neurosurg Clin N Am. 2007 Oct;18(4):697-705.
1	4	81.13.1.01		CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE COLOCACION DE BARRAS DE CRECIMIENTO VIA POSTERIOR, UNILATERAL	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE EL USO DE UNA BARRA DE CRECIMIENTO PARA LA DISTRACCION MECANICA O USO DE CONTROL MAGNETICO, PARA FACILITAR LA ELONGACION VERTEBRAL ANTES DE UNA FIJACION DEFINITIVA.	Growing rods for spinal deformity: characterizing consensus and variation in current use. Yang JS1, McElroy MJ, Akbarnia BA, Salari P, Oliveira D, Thompson GH, Emans JB, Yazici M, Skaggs DL, Shah SA, Kostial PN, Sponseller PD.J Pediatr Orthop. 2010 Apr-May;30(3):264-70
1	4	81.13.1.02		CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE COLOCACION DE UNO O DOS IMPLANTES COSTALES	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE EL USO DE IMPLANTES COSTALES VERTICALES PARA FACILITAR LA ELONGACION VERTEBRAL EN EL TRATAMIENTO DEL SINDROME DE	Fusionless instrumentation systems for congenital scoliosis: expandable spinal rods and vertical expandable prosthetic titanium rib in the management of congenital spine deformities in the growing child. Yazici

					INSUFICIENCIA TORAXICA ANTES DE UNA FIJACION DEFINITIVA.	M1, Emans J. Spine (Phila Pa 1976). 2009 Aug 1;34(17):1800-7
1	4	81.13.1.03		CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE COLOCACION DE BARRAS DE CRECIMIENTO VIA POSTERIO, BILATERAL	PROCEDIMIENTO DE CORRECCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE EL USO DE BARRAS DE CRECIMIENTO PARA LA DISTRACCION MECANICA O USO DE CONTROL MAGNETICO, PARA FACILITAR LA ELONGACION VERTEBRAL ANTES DE UNA FIJACION DEFINITIVA.	Dual growing rod technique for the treatment of progressive early-onset scoliosis: a multicenter study. Akbarnia BA1, Marks DS, Boachie-Adjei O, Thompson AG, Asher MA.Spine (Phila Pa 1976). 2005 Sep 1;30(17 Suppl):S46-57.
1	4	81.13.1.04		ALARGAMIENTO DE BARRAS DE CRECIMIENTO O IMPLANTE COSTAL EN COLUMNA, TECNICA ABIERTA	PROCEDIMIENTO PERIODICO DE DISTRACCION MECANICA DE IMPLANTE YA SEMBRADO	Submuscular Isola rod with or without limited apical fusion in the management of severe spinal deformities in young children: preliminary report.Blakemore LC1, Scoles PV, Poe-Kochert C, Thompson GH.Spine (Phila Pa 1976). 2001 Sep 15;26(18):2044-8.
1	4	81.13.1.05		ALARGAMIENTO DE BARRAS DE CRECIMIENTO EN COLUMNA MEDIANTE CONTROL MAGNETICO.	PROCEDIMIENTO PERIODICO DE DISTRACCION MEDIANTE CONTROL MAGNETICO DE IMPLANTE YA SEMBRADO	Magnetically Controlled Growing Rods for the Management of Early-onset Scoliosis: A Preliminary Report.La Rosa G1, Oggiano L, Ruzzini L. J Pediatr Orthop. 2015 Jul 17
1	2	81,14		**RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD VERTEBRAL EN COLUMNA DE TRANCISION**	PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS DE RECONSTRUCCION VERTEBRAL EN ZONAS O REGIONES DE TRANCISION VERTEBRAL DONDE OCURREN DEFORMIDADES COMBINADAS EN EL PLANO SAGITAL , CORONAL Y AXIAL DE GRAN SEVERIDAD DEFORMATIVA DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y CON ALTO RIESGO DE COMPROMISO NEUROLOGICO Y VASCULAR, CON PERDIDA SEVERA DE LA ARMONIA VERTEBRAL	A unique approach to fixed occipito-cervico-thoracic deformity.Aw GE1, Mobbs RJ.J Clin Neurosci. 2013 Apr;20(4):608-11.
1	3	81.14.1		**RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD EN UNION CERVICO DORSAL. VIA POSTERIOR**	PROCEDIMIENTO RECONSTRUCTUIVO DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN LA UNION DE LA COLUMNA CERVICAL CON LA COLUMNA DORSAL DONDE SE TIENE QUE CONSIDERAR LA ORIENTACION SAGITAL Y CORONAL DE LA COLUMNA EN ESTAS REGIONES. ESTA UNION ANATOMICA ES ESPECIAL POR SU IMPORTANTE LIMITACION DE EXPOSICION ANATOMICA Y EN DONDE OCURREN DEFORMIDADES EN PLANO SAGITAL , CORONAL Y AXIAL COMPLEJAS Y COMPROMISO RESTRICTIVO PULMONAR.	Traumatic spondyloptosis at the cervico-thoracic junction without neurological deficits Ha Son Nguyen,* Ninh Doan, Andrew Lozen, Michael Gelsomino, Saman Shabani, and Shekar Kurpad. Surg Neurol Int. 2016; 7(Suppl 13): S366–S369

1	4	81.14.1.01		RECONSTRUCCION Y FIJACION DE DEFORMIDAD VERTEBRAL CERVICODORSAL	PROCEDIMIENTO RECONSTRUCTIVO DE COLUMNA EN LA UNION CERVICO DORSAL CON LAMINECTOMIAS, OSTEOTOMIAS DE PONTE, OSTEOTOMIA VERTEBRAL MEDIANTE SUSTRACCION PEDICULAR, COLOCACION DE BARRAS ESTABILIZADORAS IN SITU ALTERNANTES, , MANIOBRAS DE CORRECCION EN LOS PLANOS SAGITAL Y CORONAL HASTA LOGRAR CORRECCCION DE DEFORMIDAD, COLOCACION DE SOPORTE ANTERIOR CON IMPLANTE,SEGUIDO DE FIJACION POSTERIOR DEFINITIVA Y ARTRODESIS EN COLUMNA CERVICAL Y DORSAL RECUPERANDO LA ALINEACION LORDOTICA CERVICAL Y CIFOSIS DORSAL	Cervico-sternotomy for thoracic inlet conditions in children. Ortiz R, Domínguez E, López Fernández S, Miguel M, Pérez-Grueso FS, Martínez L, Tovar JA.Cir Pediatr. 2014 Jul;27(3):125-30
1	3	81.14.2		**RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD EN UNION TORACOLUMBAR. VIA POSTERIOR**	PROCEDIMIENTO RECONSTRUCTIVO DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN LA UNION TORACO-LUMBAR DONDE LA COLUMNA ESTA EN ORIENTACION NEUTRA EN EL PLANO SAGITAL Y CON ALTO RIESGO DE INESTABILIDAD BIOMECANICA CON GRAN DEFORMIDAD EN EL PLANO CORONAL Y SAGITAL Y CON COMPROMISO DEL POSTE TORACICO DORSAL CON RESTRICCION RESPIRATORIO.	Surgical management of complex spinal deformity.Erickson MM1, Currier BL. Orthop Clin North Am. 2012 Jan;43(1):109-22
1	4	81.14.2.01		RECONSTRUCCION Y FIJACION DE DEFORMIDAD VERTEBRAL TORACOLUMBAR	PROCEDIMIENTO DE COLUMNA EN LA UNION TORACOLUMBAR CON LAMINECTOMIA, OSTEOTOMIAS DE PONTE, OSTEOTOMIA VERTEBRAL DE SUSTRACCION PEDICULAR, COLOCACION DE BARRAS ESTABILIZADORAS IN SITU ALTERNANTES, , MANIOBRAS DE CORRECCION EN LOS PLANOS SAGITAL Y CORONAL HASTA LOGRAR CORRECCCION DE DEFORMIDAD, COLOCACION DE SOPORTE ANTERIOR CON IMPLANTE,SEGUIDO DE FIJACION POSTERIOR DEFINITIVA Y ARTRODESIS EN COLUMNA TORACICA Y LUMBAR O LUMBOPELVICO RECUPERANDO LA ALINEACION CIFOTICA DORSAL Y LORDOSIS LUMBAR	Surgical management of complex spinal deformity. Erickson MM1, Currier BL.Orthop Clin North Am. 2012 Jan;43(1):109-22
1	3	81.14.3		**CORRECCION DE DEFORMIDAD EN UNION**	PROCEDIMIENTO DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN LA ZONA DE UNION	Lumbopelvic stabilization with external fixator in a patient with lumbosacral

				LUMBOSACRA. VIA POSTERIOR.	LUMBOSACRA DONDE LA LISTESIS O TRASTORNO DE LA FORMACION VERTEBRAL GENERA DEFORMIDAD EN EL PLANO SAGITAL Y /O CORONAL Y ESTRECHES SEVERA LUMBOSACRA CON COMPROMISO MOTOR Y DE ESFINTERES	agenesis. Griffet J1, Leroux J, El Hayek T.Eur Spine J. 2011 Jul;20 Suppl 2:S161-5
1	4	81.14.3.01		RECONSTRUCION, CORRECCION Y FIJACION DE DEFORMIDAD VERTEBRAL LUMBOSACRA	PROCEDIMIENTO DE LAMINECTOMIA, DESCOMPRESION DE CANAL, FIJACION INSITU SACROLUMBAR CON IMPLANTE O INJERTO ESTRUCTURADO Y FIJACION LUMBOSACRA O ILIOLUMBAR. EN OTROS CASOS DISCECTOMIA, OSTEOTOMIA DEL DOMO SACRO, COLOCACION DE SOPORTE ANTERIOR, MANIOBRAS DE REDUCCION Y FIJACION LUMBOSACRO O ILIO LUMBAR. EN OTROS SE REALIZA RECONSTRUCCION DE COLUMNA POR AGENESIA OSEA Y POR ULTIMO TECNICA DE OSTEOTOMIA DE CIFOSIS LUMBAR Y ESTABILIZACION TORACOLUMBOPELVICO.	Surgical management of adult scoliosis. The challenge of osteoporosis and adjacent level degeneration.Quante M1, Richter A, Thomsen B, Köszegvary M, Halm H.Orthopade. 2009 Feb;38(2):159-69.
1	3	81.14.4		**RECONSTRUCCION ANTERIOR DE DEFORMIDAD EN ZONAS DE TRANSICION ESPINAL O DEFORMIDAD POR INVERSION DE LA CURVA NATURAL VERTEBRAL.**	PROCEDIMIENTOS EN ZONAS DE TRANCISION VERTEBRAL, O EN REGIONES VERTEBRALES CON INVERSION DE LA CURVA NATURAL DONDE SE PREFIERE UN ABORDAJE ANTERIOR DESCOMPRESIVO DE LA MEDULA ESPINAL O SACO DURAL CON TECNICAS DE RESECCION OSEA VERTEBRAL, LIBERACION LIGAMENTARIA SEGUIDO DE TECNICAS DE FUSION ANTERIOR CON O SIN SUPLEMENTACION POSTERIOR	Surgical correction of severe cervical kyphosis in patients with neurofibromatosis Type 1. Kawabata S1, Watanabe K, Hosogane N, Ishii K, Nakamura M, Toyama Y, Matsumoto M.J Neurosurg Spine. 2013 Mar;18(3):274-9.
1	4	81.14.4.01		RECONSTRUCCION ANTERIOR DE DEFORMIDAD EN ZONAS DE TRANSICION ESPINAL O DEFORMIDAD POR INVERSION DE LA CURVA NATURAL VERTEBRAL.	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION MEDIANTE DISCECTOMIAS, CORPECTOMIA, REEMPLAZO VERTEBRAL O DISCAL, MANIOBRAS DE CORRECCION Y COLOCACION DE IMPLANTE ANTERIOR.	Are Two Surgeries Necessary for Correction of 1 Deformity- Cervical Kyphosis in Neurofibromatosis?- A Rare Case Report.Choksey KR1, Modi JV1.J Orthop Case Rep. 2015 Jul-Sep;5(3):60-2.
1	4	81.14.4.02		RECONSTRUCCION ANTERIOR DE DEFORMIDAD EN ZONAS DE TRANSICION ESPINAL O DEFORMIDAD POR INVERSION DE LA CURVA NATURAL VERTEBRAL CON	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION MEDIANTE DISCECTOMIAS, CORPECTOMIA, REEMPLAZO VERTEBRAL O DISCAL, MANIOBRAS DE CORRECCION Y COLOCACION DE IMPLANTE ANTERIOR, CON SUPLEMENTACION DE ARTRODESIS Y FIJACION POSTERIOR.	Anterior Cervical Retropharyngeal Debridement Combined With Occipital Cervical Fusion to Upper Cervical Tuberculosis.Xing S1, Gao Y, Gao K, Zhang G, Yu Z.Spine (Phila Pa 1976). 2016 Jan;41(2):104-10.

				SUPLEMENTACION DE FIJACION POSTERIOR.		
1	2	81,15		**PROCEDIMIENTOS DE CORRECCION DE GIBA DORSAL**	PROCEDIMIENTO DE CORRECION DE GIBA DEFORMANTE DORSAL	Assessment of rib hump deformity correction in adolescent idiopathic scoliosis with or without costoplasty using the double rib contour sign. Lykissas MG1, Sharma V, V Jain V, Crawford AH.J Spinal Disord Tech. 2015 ay;28(4):134-9
1	3	81.15.1		CORRECCION DE GIBA DORSAL	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SOBRE LA PARED COSTAL QUE CONSIGUE DISMINUIR SU TAMAÑO O MODIFICAR SU FORMA	Thoracoplasty in thoracic adolescent idiopathic scoliosis.Suk SI1, Kim JH, Kim SS, Lee JJ, Han YT.Spine (Phila Pa 1976). 2008 May 1;33(10):1061-7
1	4	81.15.1.01		TORACOPLASTIA (SOD)	PROCEDIMIENTO DE DISECCION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES, DISECCION COSTAL Y PLEURAL. OSTEOTOMIA COSTAL SEGEMENTARIA CON O SIN RECOSNTRUCCION COSTAL.	Short apical rib resections thoracoplasty compared to conventional thoracoplasty in adolescent idiopathic scoliosis surgery.Yang JH1, Bhandarkar AW, Modi HN, Park SY, Cha JM, Hong JY, Suh SW. Eur Spine J. 2014 Dec;23(12):2680-8
1	2	81,16		**RECONSTRUCCION POR REFUSION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA**	PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA DEFORMIDAD HA PROGRESADO O SE HA INCREMENTADO A PESAR DE UNA CIRUGIA PREVIA	Primary Versus Revision Surgery in the Setting of Adult Spinal Deformity: A Nationwide Study on 10,912 Patients. Diebo BG1, Passias PG, Marascalchi BJ, Jalai CM, Worley NJ, Errico TJ, Lafage V.Spine (Phila Pa 1976). 2015 Nov;40(21):1674-80.
1	3	81.16.1		**RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA POR REFUSION POSTERIOR.**	PROCEDIMIENTOS CON TECNICAS DE RECONSTRUCCION VERTEBRAL POSTERIOR POR EMPEORAMIENTO DE LA DEFORMIDAD POR ENCIMA O POR DEBAJO DE LA INSTRUMENTACION PREVIA, FENOMENO DE CIGUEÑAL, PRESENCIA DE PSUDOARTROSIS, FRACTURA O DESALOJO DE IMPLANTE O PERDIDA DEL BALANCE O ALINEACION SAGITAL O CORONAL.	Proximal Junctional Failure After Long-Segment Instrumentation for Degenerative Lumbar Kyphosis With Ankylosing Spinal Disorder.Ikegami D1, Matsuoka T, Miyoshi Y, Murata Y, Aoki Y.Spine (Phila Pa 1976). 2015 Jun 15;40(12):E740-3
1	4	81.16.1.01		RECONSTRUCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA POR REFUSION , EXTENSION DE IMPLANTES , OSTEOTOMIAS Y ARTRODESIS.	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE RETIRO DE IMPLANTE , OSTEOTOMIAS MULTIPLES DE ARTRODESIS YA FORMADA, OSTEOTOMIAS DE SUSTRACCION PEDICULAR Y PONTE, MANIOBRAS DE DESROTACION, TRASLACION Y FIJACION CON NUEVOS	Halo-gravity traction combined with assisted ventilation: an effective pre-operative management for severe adult scoliosis complicated with respiratory dysfunction. Bao H1,2, Yan P1,2, Bao M3, Qiu Y1,2, Zhu Z1,2, Liu Z1,2, Cheng JC4,2, Ng

					IMPLANTES Y ARTRODESIS LARGAS INCLUSO PELVIS.	BK4,2, Zhu F5,6,7.Eur Spine J. 2016 Aug;25(8):2416-22
1	4	81.16.1.02		RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA POR REFUSION MEDIANTE EXTENSION Y SUPLEMENTACION LATERAL DE LA FIJACION ,OSTEOTOMIAS Y ARTRODESIS	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE OSTEOTOMIAS DE SUSTRACCION PEDICULAR Y PONTE, MANIOBRAS DE TRASLACION Y FIJACION MEDIANTE TECNICAS DE EXTENSION Y SUPLEMENTACION LATERAL DE IMPLANTES Y ARTRODESIS LARGAS INCLUYENDO PELVIS.	Effect of posterior multilevel vertebral osteotomies on coronal and sagittal balance in fused scoliosis deformity caused by previous surgery: preliminary results.Yang JH1, Suh SW, Cho WT, Hwang JH, Hong JY, Modi HN.Spine (Phila Pa 1976). 2014 Oct 15;39(22):1840-9
1	4	81.16.1.03		RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA POR REFUSION MEDIANTE EXTENSION Y SUPLEMENTACION LATERAL DE LA FIJACION Y ARTRODESIS, OSTEOTOMIAS Y TORACOPLASTIA	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD MEDIANTE OSTEOTOMIAS DE SUSTRACCION PEDICULAR Y PONTE, MANIOBRAS DE TRASLACION Y FIJACION CON EXTENSION Y SUPLEMENTACION LATERAL DE IMPLANTES Y ARTRODESIS LARGAS INCLUSO PELVIS , Y TORACOPLASTIA PARA REDUCCION DE GIBA DORSAL	Osteotomies in proximal junctional kyphosis in the cervicothoracic area.Cecchinato R1, Berjano P, Bassani R, Lamartina C. Eur Spine J. 2015 Jan;24 Suppl 1:S31-7
1	3	81.16.2		**RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA POR REFUSION ANTERIOR.**	PROCEDIMIENTOS DE REFUSION ANTERIOR POR PSUDOARTROSIS,FRACTURA O DESALOJO DE IMPLANTES, O PERDIDA DE BALANCE CORONAL O SAGITAL	Preoperative halo-gravity traction for severe spinal deformities at an SRS-GOP site in West Africa: protocols, complications, and results.Nemani VM1, Kim HJ, Bjerke-Kroll BT, Yagi M, Sacramento-Dominguez C, Akoto H, Papadopoulos EC, Sanchez-Perez-Grueso F, Pellise F, Nguyen JT, Wulff I, Ayamga J, Mahmud R, Hodes RM, Boachie-Adjei O; FOCOS Spine Study Group.Spine (Phila Pa 1976). 2015 Feb 1;40(3):153-61
1	4	81.16.2.01		RECONSTRUCCCION ANTERIOR DE COLUMNA POR REFUSION (SOD)	PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION MEDIANTE RETIRO DE IMPLANTES DISCECTOMIAS, CORPECTOMIA, REEMPLAZO VERTEBRAL O DISCAL, MANIOBRAS DE CORRECCION Y COLOCACION DE DE NUEVO IMPLANTE ANTERIOR.	Anterior Column Realignment (ACR) in Adult Sagittal Deformity Correction: Technique and Review of the Literature.Saigal R1, Mundis GM Jr, Eastlack R, Uribe JS, Phillips FM, Akbarnia BA. Spine (Phila Pa 1976). 2016 Apr;41 Suppl 8:S66-73
1	2	81,17		**CIRUGIAS DE ABORDAJE PARA CIRUGIA DE COLUMNA**	PROCEDIMIENTOS CON TECNICAS DE ABORDAJE ESPECIAL A LA COLUMNA POR OTRO ESPECIALISTA, CON EXPERIENCIA EN MANEJO DE ESTRUCTURAS VASCULARES, ACCESO A CAVIDAD ORAL Y CUELLO, TORAX, ABDOMEN Y PELVIS CON ACCESO A AREAS	Anterior approach to the thoracic spine. De Giacomo T1, Francioni F, Diso D, Tarantino R, Anile M, Venuta F, Coloni GF.Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2011 May;12(5):692-5.

					ESPECIFICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL QUE MINIMIZAN TIEMPO QUIRURGICO Y COMPLICACIONES , CONDUCENTES AL EXITO QUIRURGICO E INCLUYE TECNICAS DE CIERRE PARA RECONSTRCCION DE LA CIRUGIA DE EXPOCION QUIRURGICA Y MANEJO DE TUBO DE TORAX.	
1	3	81.17.1		**ABORDAJE TRANSORAL**	PROCEDIMIENTO DE ACCESO A LA UNION CRANEOCERVICAL POR VIA ANTERIOR CON MANEJO DE PALADAR BLANDO, LENGUA , FARINGE Y MUCULOS PARAVERTEBRALES E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA	The transoral approach to the superior cervical spine. A review of 53 cases of extradural cervicomedullary compression Mark N. Hadley, M.D., Robert F. Spetzler, M.D., and Volker K. H. Sonntag, M.D. Journal of Neurosurgery July 1989 / Vol. 71 / No. 1 / Pages 16-23
1	4	81.17.1.01		ABORDAJE TRANSORAL TRANSFARINGEO	PROCEDIMIENTO DE ACCESO A LA UNION CRANEOCERVICAL POR VIA ANTERIOR CON INCISON FARINGEA Y DISECCION DE MUCULOS PARAVERTEBRALES EXPOMIENDO C1'C2 , E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA	Anterior transoral atlantoaxial release and posterior instrumented fusion for irreducible congenital basilar invagination.Laheri V1, Chaudhary K2,3, Rathod A1, Bapat M4.Eur Spine J. 2015 Dec;24(12):2977-85
1	4	81.17.1.02		ABORDAJE TRANSORAL EXTENDIDO: TRANSFARINGEO, TRANSMANDIBULAR, TRANSPALATAL	PROCEDIMIENTO DE ACCESO A LA UNION CRANEOCERVICAL POR VIA ANTERIOR CON MANDIBULECTOMIA, INCISION EN PALADAR BLANDO, LENGUA , FARINGE Y MUCULOS PARAVERTEBRALES. EXPONIENDO PARTE INFERIOR DEL CLIVUS , C1-C3 Y ESTRUCTURAS LATERALES DE LA COLUMNA , E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA	Transoral Approach and Extended Modifications for Lesions of the Ventral Foramen Magnum and Craniovertebral Junction. James K. Liu, M.D.,1,2 William T. Couldwell, M.D., Ph.D.,1 and Ronald I. Apfelbaum, M.D.1.Skull Base. 2008 May; 18(3): 151–166.
1	3	81.17.2		**ABORDAJE TRANCERVICAL**	PROCEDIMIENTO DE ACCCESO ANTERIOR O LATERAL DE COLUMNA CON EXTENSION SUBMANDIBULAR O EXTENSION CAUDAL POR DESFILADERO TORACOLUMBAR, CON DISECCION DE VASOS DE CUELLO, LIGADURA DE VENAS Y ARTERIAS DE CUELLO, DISECCION DE NERVIOS Y SEPARACION DE ESOFAGO Y LARINDE DE LA COLUMNA ,E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA	High anterior cervical approach to the upper cervical spine.Seong-Hyun Park.Joo-Kyung Sung.Sun-Ho Lee.Surgical Neurology 68(5):519-24

1	4	81.17.2.01		ABORDAJE TRANCERVICAL EXTENDIDO	PROCEDIMIENTO DE ACCCESO LATERAL DE COLUMNA CON EXTENSION PROXIMAL SUBMANDIBULAR O EXTENSION CAUDAL HASTA DESFILADERO TORACOLUMBAR CON EXPOSICION DE LA COLUMNA ANTERIOR O LATERAL ,E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA	En bloc resection of a C2-C3 upper cervical chordoma: Technical note. Weil AG1, Shehadeh M1, Ayad T2, Abboud O2, Shedid D1. Surg Neurol Int. 2015 Nov 25;6(Suppl 24):S615-8.
1	4	81.17.2.02		ABORDAJE TRANSCERVICAL, TRANSESTERNAL, TRANSMEDIASTINAL	PROCEDIMIENTO DE ACCESO POR DESFILADERO TORACOLUMBAR CON ESTERNOTOMIA Y EXPOSICON DE MEDIASTINO SUPERIOR Y DISECCION DE ESTRUCTURAS ARTERIALES Y VENOSAS HASTA EXPONER COLUMNA DE LA UNION CERVICOTORAXICO HASTA T4,E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA	Surgical approaches to the cervico-thoracic junction. Miscusi M1, Bellitti A, Polli FM.J Neurosurg Sci. 2005 Jun;49(2):49-57.
1	3	81.17.3		**ABORDAJE TRANSTORACICO**	PROCEDIMIENTO DE ACCCESO LATERAL DE LA COLUMNA TORAXICA MEDIANTE ABORDAJE TRANSAXILAR , SUBESCAPULAR Y MEDIANTE TORACOTOMIA PARA EXPOSICON DE LA COLUMNA TORAXICA EN TODA SU EXTENSION DEPENDIENDO DEL ACCESO , ABIERTO O ENDOSCOPICO. , E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA Y MANEJO DE TUBO DE TORAX	Systematic Approach for Anterior Corpectomy through a Transthoracic Exposure. Puvanesarajah V1, Lina IA, Liauw JA, Lo SF, Elder BD, Wolinsky JP, Bydon A, Sciubba DM, Gokaslan ZL, Witham TF. Turk Neurosurg. 2016;26(4):646-52
1	4	81.17.3.01		ABORDAJE TRANSTORACICO POR TORACOTOMIA, LIGADURA DE VASOS SEGMENTARIOS VERTEBRALES	PROCEDIMIENTO MEDIANTE TORACOTOMIA EXTRAPLEURAL O INTRAPLEURAL CON EXPOSION DE LA COLUMNA, DISECCION DE AORTA TORAXICO, LIGADURA DE VASOS SEGEMETARIOS VERTEBRALES Y DISECCION DE CADENA SIMPATICA CON EXPOSICION VERTEBRAL E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA Y MANEJO DE TUBO DE TORAX	Lateral Thoracic Osteoplastic Rib-Sparing Technique Used for Lateral Spine Surgery: Technical Note. Moisi M1, Fisahn C2, Tubbs RS3, Page J4, Rice R3, Paulson D5, Kazemi N6, Hanscom D4, Oskouian RJ7. Cureus. 2016 Jul 5;8(7):e668
1	4	81.17.3.02		ABORDAJE TRANSTORACICO POR TORACOSCOPIA, LIGADURA	PROCEDIMIENTO MEDIANTE ACCESO ENDOSCOPICO O MINIMA INVASCION A COLUMNA TORAXICA CON SEPARCION PULMONAR , EXPOSION DE LA COLUMNA,	The concave versus convex approach for minimally invasive lateral lumbar interbody fusion for thoracolumbar degenerative scoliosis. Scheer JK1,

				DE VASOS SEGMENTARIOS VERTEBRALES	DISECCION DE AORTA TORAXICO, LIGADURA DE VASOS SEGEMETARIOS VERTEBRALES Y DISECCION DE CADENA SIMPATICA CON EXPOSICION VERTEBRAL E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA Y MANEJO DE TUBO DE TORAX	Khanna R1, Lopez AJ1, Fessler RG2, Koski TR1, Smith ZA1, Dahdaleh NS3.J Clin Neurosci. 2015 Oct;22(10):1588-93
1	3	81.17.4		**ABORDAJE RETROPERITONEAL ABDOMINAL**	PROCEDIMIENTO DE DISECCION ANTERIOR O LATERAL A LA COLUMNA LUMBAR CON DISECCION RETRO PERITONEAL, REPARO DE URETER, DISECCION DE AORTA ABDOMINAL Y CAVA, LIGADURA DE VASOS SEGMENTARIOS Y EXPOSICION DE CADENA SIMPATICA	Anterior lumbar spine surgery: a systematic review and meta-analysis of associated complications.Bateman DK1, Millhouse PW2, Shahi N2, Kadam AB2, Maltenfort MG2, Koerner JD2, Vaccaro AR2. Spine J. 2015 May 1;15(5):1118-32.
1	4	81.17.4.01		ABORDAJE RETROPERITONEAL ABDOMINAL ANTERIOR O LATERAL, DISECCION URETRAL, DISECCION VASCULAR, LIGADURA DE VASOS SEGMENTARIOS VERTEBRALES.(SOD)	PROCEDIMIENTO DE DISECCION ANTERIOR O LATERAL A LA COLUMNA LUMBAR CON DISECCION RETRO PERITONEAL, REPARO DE URETER, DISECCION DE AORTA ABDOMINAL Y CAVA, LIGADURA DE VASOS SEGMENTARIOS Y EXPOSICION DE CADENA SIMPATICA	A new extensile anterolateral retroperitoneal approach for lumbar interbody fusion from L1 to S1: a prospective series with clinical outcomes. Molloy S1, Butler JS2, Benton A1, Malhotra K1, Selvadurai S3, Agu O4.Spine J. 2016 Jun;16(6):786-91
1	3	81.17.5		**ABORDAJE PELVICO**	PROCEDIMIENTO DE DISECCION ANTERIOR A LA COLUMNA LUMBO-SACRO CON DISECCION DE BIFURCACION DE AORTA Y CAVA, DISECCION DE ARTERIAS Y VENAS INLIACAS, DISECCION DE PLEJO LUMBOSACRO, PLEJO HIPOGASTRICO, EXPOSICION DE PROMONTORIO Y SEPARACION DE VISCERAS PELVICAS	Surgical Management of Sacral Chordomas: Illustrative Cases and Current Management Paradigms. Pendharkar AV1, Ho AL1, Sussman ES1, Desai A1. Cureus. 2015 Aug 12;7(8):e301.
1	4	81.17.5.01		ABORDAJE A ESTRUCTURAS PELVICAS, DISECCION VISCERAL, VASCULAR, LIGADURA DE VASOS PELVICOS, DISECCION ESTRUCTURAS NERVIOSAS (SOD)	PROCEDIMIENTO DE DISECCION ANTERIOR A LA COLUMNA LUMBO-SACRO CON DISECCION DE BIFURCACION DE AORTA Y CAVA, DISECCION DE ARTERIAS Y VENAS INLIACAS, DISECCION DE PLEJO LUMBOSACRO, PLEJO HIPOGASTRICO, EXPOSICION DE PROMONTORIO Y SEPARCAION DE VISCERAS PELVICAS	Current management of sacral chordoma. Fourney DR1, Gokaslan ZL. Neurosurg Focus. 2003 Aug 15;15(2):E9.
1	3	81.17.6		**ABORDAJE EN REGIONES DE TRANCISION ANATOMICA.**	PROCEDIMIENTO QUE COMBINA 2 ACCESOS PARA LA EXPOSICON DE COLUMNAS EN SITIOS DE UNION O TRANCISION ,E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION	Transmanubrial osteomuscular sparing approach: different indications. Di Rienzo G1, Surrente C, Lopez C, Urgese AL.Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2010 Oct;11(4):482-4.

					UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA Y MANEJO TORACOSTOMIA	
1	4	81.17.5.01		ABORDAJE REGION CERVICOTORAXICA	PROCEDIMIENTO QUE COMBINA ACCESO A CUELLO Y MEDIASTINO SUPERIOR CON DISECCCION VASCULAR ARTERIAL Y VENOSA AMPLIA, OSTEOTOMIA ESTERNAL , SEPARACION DE ESTRUCTURAS VISCERALES Y NERVIOSAS CON ESPOSION DE LA COLUMNA DE TRANCICION CERVICOTORAXICA E INCLUYE PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA	Modified transmanubrial osteomuscular sparing approach for resection of T1 vertebral tumor. Di Rienzo G1, Surrente C, Lopez C, Urgese AL. Eur J Cardiothorac Surg. 2007 Nov;32(5):810-2. Epub 2007 Sep 4.
1	4	81.17.5.02		ABORDAJE TORACOABDOMINAL	PROCEDIMIENTO QUE COMBINA ACCESO A CAVIDAD TORAXICA, Y ABDOMINAL CON DESINSERCION DIAFRAGMATICA Y ESPOSION DE LA COLUMNA, MAS LIGADURA DE VASOS SEGMENTARIOS Y DISECCION CADENA SIMPATICA E INCLUYE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION UNA VEZ REALIZADA LA CIRUGIA DE COLUMNA	Prospective pulmonary function comparison of anterior spinal fusion in adolescent idiopathic scoliosis: thoracotomy versus thoracoabdominal approach.Kim YJ1, Lenke LG, Bridwell KH, Cheh G, Sides B, Whorton J.Spine (Phila Pa 1976). 2008 May 1;33(10):1055-60
2	4	03.4.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, POR CRANEOTOMÍA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISIÓN DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, POR CRANEOTOMÍA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISIÓN DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VIA POSTERIOR	ES BUENO ACLARAR QUE ESTE PROCEDIMIENTO ES POR VIA POSTERIOR E INDICA ACCESO POR LINEA MEDIA CON CRANIECTOMIA, LAMINOTOMIA DE C1	Foramen magnum meningiomas: surgical treatment in a single public institution in a developing country Benedicto Oscar Colli1, Carlos Gilberto Carlotti-Junior1, João Alberto Assirati-Junior1, Luis Alencar Biurrum Borba2, Vicente de Paulo Martins Coelho-Junior1, Luciano Neder3. Arq Neuropsiquiatr 2014;72(7):528-537
2	4	03.4.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, VÍA TRANSCONDILE A,	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, VÍA TRANSCONDILEA, EXTREMOLATERAL, LATERAL, CON CRANEOTOMIA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISION DE ARCO POSTERIOR DEL ATLAS.	ESTA ACLARACION INDICA QUE A PESAR DEL ACCESO LATERAL , SE DEBE REALIZAR CRANIECTOMIA OCCIPITAL, LAMINOTOMIA ADEMAS DEL ACCESO TRANSCONDILEO	Foramen magnum meningiomas: surgical treatment in a single public institution in a developing country Benedicto Oscar Colli1, Carlos Gilberto Carlotti-Junior1, João Alberto Assirati-Junior1, Luis Alencar Biurrum Borba2, Vicente de Paulo Martins Coelho-Junior1, Luciano Neder3. Arq Neuropsiquiatr 2014;72(7):528-537

2	4	03.5.1.05	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON RESECCIÓN DE TABIQUE ÓSEO	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON RESECCIÓN DE TABIQUE ÓSEO (DIASTOMATOMELIA)	ES PARA ACLARAR QUE ESTE TABIQUE SE PRESENTA EN DEFORMIDADES CONGENITAS COMO DIASTOMATOMELIA	Diastematomyelia and structural spinal deformities. R W Hood; E J Riseborough; A M Nehme; L J Micheli; R D Strand; E B Neuhauser J Bone Joint Surg Am, 1980 Apr; 62 (4): 520 -528
2	4	03.5.1.06	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON SECCIÓN DE FILUM TERMINALIS	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON SECCIÓN DE FILUM TERMINALIS (MEDULA ANCLADA)	ES PARA ACLARAR QUE ESTA SECCION DEL FILUM TERMINAL SE REALIZA EN CASO DE MEDULA ANCLADA	Tethered cord syndrome in children: a review CUONG J. BUI, M.D.,1 R. SHANE TUBBS, M.S., P.A.-C., PH.D.,1,2 W. JERRY OAKES, M.D.1.Neurosurg Focus 23 (2):E2, 2007
2		**Incluye:**	*AQUELLA POR MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO I, II Y III,*	*AQUELLA POR MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO I, II Y III, IMPACTACION CISTERNA MAGNA*	ES PARA ACLARAR QUE LA IMPACTACION DE LA CISTERNA MAGNA ES PARTE DE LA MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI Y ES CAUSA DE SINTOMAS SIMILARES Y REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO	Impacted cisterna magna without syringomyelia associated or not with basilar impression and/ or Chiari malformation José Alberto Gonçalves da Silva1, Adailton Arcanjo dos Santos Júnior2, José Demir Rodrigues3. Arq Bras Neurocir 32(1): 40-7, 2013.
2	4	03.5.2.03	CORRECCIÓN DE ANOMALÍA DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL,	CORRECCIÓN DE ANOMALÍA DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL, CON CRANIECTOMIA OCCIPITAL, LAMINECTOMIA CERVICAL Y DUROPLASTIA	LAS ANOMALIAS DE LA UNION CREANEOCERVICAL IMPLICA LA REALIZACION DE CRANIECTOMIA OCCIPITAL. LAMINECTOMIA CERVICAL Y DUROPLASTIA.	Craniocervical abnormalities A comprehensive surgical approach Arnold H. Menezes, M.B., B.S., John C. VanGilder, M.D., Carl J. Graf, M.D., and Dennis E. McDonnell, M.D.Journal of Neurosurgery October 1980 / Vol. 53 / No. 4 / Pages 444-455.
2	4	03.5.5.00	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO SOD	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO SOD (DUROPLASTIA ESPINAL)	ES PARA ACLARAR EL NOMBRE TECNICO DE ESTA REPARACION	MANEJO QUIRÚRGICO DE LA MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO I MEDIANTE AMPLIACIÓN DEL FORAMEN MAGNO, RESECCIÓN DEL ARCO POSTERIOR DE CI Y DUROPLASTIA Leonardo Álvarez-Betancourt,* José A. García-Rentería†. • Educ Invest Clin • Vol. 1, Núm. 1
2	4	03.6.1.00	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MÉDULA ESPINAL Y	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MÉDULA ESPINAL Y RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES SOD (FIBROSIS ESPINAL)	ES PARA ACLARAR QUE LAS ADEHERENCIAS ES LA MISMA FIBROSIS O PROCESOS CICATRIZALES INTERNOS	Fibrosis epidural espinal postdiscectomía lumbar y barrera antiadhesiva. A. Isla, F. Alvarez. Neurocirugía .Volume 12, Issue 5, 2001, Pages 439–446

			RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES SOD			
2	4	03.9.3.01	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL, INTRADURAL, POR LAMINECTOMÍA	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL, INTRADURAL, POR LAMINECTOMÍA (DEFINITIVO)	LA IMPLANTACION DE ELECTRODOS ES DE PRUEBA Y DEFINITIVA CUANDO SE LOGRA REPUESTA SATISFACTORIA. SE PROPONE AQUI ADICIONAR EL TERMINO DEFINITIVO	La estimulación medular torácica es útil en el tratamiento del dolor post lesión medular cervical incompleta. Esther M. Benedetti. Revista Colombiana de Anestesiología. Volume 41, Issue 2, April–June 2013, Pages 146–149
2	4	03.9.3.02	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL, VÍA PERCUTÁNEA	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL, VÍA PERCUTÁNEA (DEFINITIVO)	LA IMPLANTACION DE ELECTRODOS ES DE PRUEBA Y DEFINITIVA CUANDO SE LOGRA REPUESTA SATISFACTORIA. SE PROPONE AQUI ADICIONAR EL TERMINO DEFINITIVO	La estimulación medular torácica es útil en el tratamiento del dolor post lesión medular cervical incompleta. Esther M. Benedetti. Revista Colombiana de Anestesiología. Volume 41, Issue 2, April–June 2013, Pages 146–149
2	4	03.9.3.03	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL (DE PRUEBA)	LA IMPLANTACION DE ELECTRODOS ES DE PRUEBA Y DEFINITIVA CUANDO SE LOGRA REPUESTA SATISFACTORIA. SE PROPONE AQUI ADICIONAR EL TERMINO DE PRUEBA	La estimulación medular torácica es útil en el tratamiento del dolor post lesión medular cervical incompleta. Esther M. Benedetti. Revista Colombiana de Anestesiología. Volume 41, Issue 2, April–June 2013, Pages 146–149
2	2	**77.8.**	**RESECCIÓN PARCIAL ÓSEA**	**RESECCIÓN PARCIAL ÓSEA (OSTEOTOMIA PARCIAL)**	TERMINO ACLARATORIO O TECNICO DE RESECCION OSEA EN COLUMNA MAS COMUNMENTE CONOCIDO	Decision Making Regarding Smith-Petersen vs. Pedicle Subtraction Osteotomy vs. Vertebral Column Resection for Spinal Deformity. Bridwell, Keith H. MD. Spine: 1 September 2006 - Volume 31 - Issue 19S - pp S171-S178
2	2	**77.9.**	**RESECCIÓN TOTAL ÓSEA**	**RESECCIÓN TOTAL ÓSEA (OSTEOTOMIAS TOTAL)**	TERMINO ACLARATORIO O TECNICO DE RESECCION OSEA EN COLUMNA MAS COMUNMENTE CONOCIDO	Posterior approach vertebrectomy in the thoracolumbar spine with expandable cage reconstruction: indications and techniques based on eight cases. M. Crockerà, G. James, A. Ibrahim, N. Thomas & B. Chitnavis.British Journal of Neurosurgery Volume 22, 2008 - Issue 2
2	4	78.6.9.35	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL,	TERMINO ACLARATORIO DE QUE LA EXTRACCION SE REALIZA EN UN SOLO SEGMENTO DE LA COLUMNA VERTEBRAL.	Two cases of cutaneous erythema following spinal cord stimulation.Delaplace M , Maître F ,

			EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR	VÍA POSTERIOR (UN SEGMENTO)		Dufour T , Landrieux I , Gauthier P , Jebira P , Estève E. Annales de Dermatologie et de Venereologie [2010, 137(4):297-300]
2	4	79.0.9.30	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON HALOYESO O HALOCHAQUETA	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON HALOYESO O HALOCHAQUETA (COLOCACION)	TERMINO ACLARATORIO DE PROCEDIMIENTOS DE COLOCACION DE HALO YESO O HALO CHAQUETA PARA MANTENER ALINECACION Y REDUCCION DE FRACTURAS CERVICALES.	Prediction of stability of cervical spine fracture managed in the halo vest and indications for surgical intervention William Sears, F.R.C.S.(A), and Mahmood Fazl, F.R.C.S.(C). Journal of Neurosurgery March 1990 / Vol. 72 / No. 3 / Pages 426-432
2	4	80.5.1.10	NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA CERVICAL (EN DESCOMPRESIÓN)	NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA CERVICAL (EN DESCOMPRESIÓN) CON LASER O RADIOFRECUENCIA	SE ANEXA ESTAS DOS TECNICAS DE NUCLEOTOMIA EN LAS CUALES DEBE REALIZARSE INTRAOPERATORIAMENTE DISCOGRAFIA Y PRUEBA DISCOGENICA PARA IDENTIFICAR EL DISCO SINTOMATICO.	The results of nucleoplasty in patients with lumbar herniated disc: a prospective clinical study of 52 consecutive patients Hasan Mirzai, MDa,Idil Tekin, MDb, Onur Yaman, MDa, Adem Bursali, Mda. The Spine Journal Volume 7, Issue 1, January–February 2007, Pages 88–92
2				INCLUYE: DISCOGRAFIA Y PRUEBA DISCOGENICA		CIRUGÍA ENDOSCÓPICA EN PATOLOGIA DEGENERATIVA LUMBAR Jorge Felipe Ramírez León MD.
2	4	80.5.1.23	NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN)	NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN) CON LASER O RADIOFRECUENCIA	SE ANEXA ESTAS DOS TECNICAS DE NUCLEOTOMIA EN LAS CUALES DEBE REALIZARSE INTRAOPERATORIAMENTE DISCOGRAFIA Y PRUEBA DISCOGENICA PARA IDENTIFICAR EL DISCO SINTOMATICO.	Percutaneous Thoracic Intervertebral Disc Nucleoplasty: Technical Notes from 3 Patients with Painful Thoracic Disc Herniations Nicholas H. L. Chua,1,2 Ismail Gültuna,3 Patricia Riezebos,2 Tjemme Beems,4,5 and Kris C. Vissers2 .Asian Spine J. 2011 Mar;5(1):15-19
2				INCLUYE: DISCOGRAFIA Y PRUEBA DISCOGENICA		Artrodesis y fusión para el tratamiento del dolor discogénico de cuello y de espalda: efectividad y controversias basadas en evidencia.John H. Shin, Daniel J. Hoh y Michael P. Steinmetz.
2	4	80.5.1.33	NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA LUMBAR (EN DESCOMPRESIÓN)	NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA LUMBAR (EN DESCOMPRESIÓN) CON LASER O RADIOFRECUENCIA	SE ANEXA ESTAS DOS TECNICAS DE NUCLEOTOMIA EN LAS CUALES DEBE REALIZARSE INTRAOPERATORIAMENTE DISCOGRAFIA Y PRUEBA DISCOGENICA PARA IDENTIFICAR EL DISCO SINTOMATICO.	Percutaneous lumber nucleoplasty.Erdine S , Ozyalçin NS , Cimen A . The Journal of the Turkish Society of Algology [2005, 17(2):17-22]

2				INCLUYE:DISCOGRAFIA Y PRUEBA DISCOGENICA		DISCOGENIC PAIN. HEIKKI HURRI, JARO KARPINEN. PAIN 112 (2004) 225-228
2	4	81.2.9.07	ARTRODESIS SACROILÍACA	ARTRODESIS SACROILÍACA (CON INJERTO OSEO O USO DE IMPLANTE)	TERMINO ACLARATORIO DEL TIPO DE IMPLANTE USADO PARA GENERAR FUSION SACROILIACA.	Minimally Invasive Sacroiliac Arthrodesis: Outcomes of a New Technique.Wise, Christopher L. MD*; Dall, Bruce E. MD†. Journal of Spinal Disorders & Techniques: December 2008 - Volume 21 - Issue 8 - pp 579-584
2	4	81.9.2.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE ARTICULACIÓN O LIGAMENTO SOD	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE ARTICULACIÓN (SACROILIACA, FACETARIA) O LIGAMENTO SOD	TERMINOS QUE ACLARAN HACIA QUE TIPOS DE ARTICULACIONES EN COLUMNA SE REFIERE ESTE TIPO DE INYECCION TERAPEUTICA.	ASSESSMENT OF THE EFFICACY OF SACROILIAC CORTICOSTEROID INJECTIONS IN SPONDYLARTHROPATHIES: A DOUBLE-BLIND STUDY. Y. MAUGARS, C. MATHIS, J.-M. BERTHELOT, C. CHARLIER and A. PROST Rheumatology Volume 35, Issue 8 Pp. 767-770.
3	1	**81.**	**PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN Y PLASTIAS EN ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACIÓN**			
3	4	81.0.1.04	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.1.05	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	3	**81.0.2.**	**OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL,**		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	

			TÉCNICA ANTERIOR			
3		**Incluye:**	*FUSIÓN DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, CON INJERTO ÓSEO O FIJACIÓN INTERNA*		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.2.01	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA ANTERIOR (INTERSOMÁTICA) O ANTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.2.02	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA ANTERIOR (INTERSOMÁTICA) O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN (CAGE, CAGE BLOQUEADO, STAND ALONE, PLACA CERVICAL)		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
1			**OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA POSTERIOR**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases

3	4	81.0.3.01	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.3.02	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.3.03	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	3	**81.0.4.**	**ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR**		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
1			ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) SIN		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures.

			INSTRUMENTACIÓN			
1			ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) SIN INSTRUMENTACIÓN		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures.
3	4	81.0.4.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.4.02	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) CON INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	3	**81.0.5.**	**ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR**		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	

1			ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures
3	4	81.0.5.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.5.02	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.5.03	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	3	**81.0.6.**	**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR**		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	

3	4	81.0.6.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.6.02	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) CON INSTRUMENTACIÓN (ALIF-STAND ALONE)		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.6.11	FUSIÓN INTERCORPORAL ANTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.6.12	FUSIÓN INTERCORPORAL ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	3	**81.0.7.**	**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA,**		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	

			TÉCNICA LATERAL-TRANSVERSA			
3	4	81.0.7.01	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL INTERTRANSVERSA SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.7.02	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL INTERTRANSVERSA CON INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	3	**81.0.8.**	**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR**		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.8.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.8.02	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA,		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL	

			TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE		NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.8.03	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.8.07	ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN TRANSLAMINAR		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
1			ARTRODESIS POSTEROLATERAL INTERCORPORAL DE COLUMNA VERTEBRAL SIN INSTRUMENTACIÓN		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Toward Uniformity in Evaluating Results of Lumbar Spine Operations: A Paradigm Applied to Posterior Lumbar Interbody Fusions
3	4	81.0.8.11	ARTRODESIS POSTEROLATERAL INTERCORPORAL DE COLUMNA VERTEBRAL SIN INSTRUMENTACIÓN		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	
3	4	81.0.8.12	ARTRODESIS POSTEROLATERAL INTERCORPORAL DE COLUMNA VERTEBRAL CON INSTRUMENTAC		EN ESTOS CÓDIGOS SE HO,MOLOGAN TODAS LAS INSTRUMENTACIONES POR SEGMENTOS SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN LA INSTRUMENTACIÓN.	

			IÓN (PLIF, TLIF, FUSION 360°)			
2			**PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN Y PLASTIAS EN ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACIÓN D276D228:D228:D280**			
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL**			
1			*AQUELLA CON INJERTO ÓSEO O FIJACIÓN INTERNA*			
1			ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL (HASTA C3) VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases
1			ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL (INCLUYE C4 O CAUDAL HASTA C7) VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases
2			ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL (INCLUYE C7 O CAUDAL HASTA REGIÓN TORÁCICA) VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases

1			*FUSIÓN DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, CON INJERTO ÓSEO O FIJACIÓN INTERNA*		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Long-Term Results After Anterior Cervical Discectomy and Fusion With Allograft and Plating: A 5- to 11-Year Radiologic and Clinical Follow-up Study
1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA ANTERIOR (INTERSOMÁTICA) O ANTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN HASTA DOS VERTEBRAS		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Long-Term Results After Anterior Cervical Discectomy and Fusion With Allograft and Plating: A 5- to 11-Year Radiologic and Clinical Follow-up Study
1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA ANTERIOR (INTERSOMÁTICA) O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN HASTA 4 VERTEBRAS (CAGE, CAGE BLOQUEADO, STAND ALONE, PLACA CERVICAL)		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Long-Term Results After Anterior Cervical Discectomy and Fusion With Allograft and Plating: A 5- to 11-Year Radiologic and Clinical Follow-up Study
1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA ANTERIOR (INTERSOMÁTICA) O		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA	Long-Term Results After Anterior Cervical Discectomy and Fusion With Allograft and Plating: A 5- to 11-Year Radiologic and Clinical Follow-up Study

			ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MÁS DE CINCO VERTEBRAS (CAGE, CAGE BLOQUEADO, STAND ALONE, PLACA CERVICAL)		CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	
1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN HASTA DOS VÉRTEBRAS		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases
1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN HASTA CUATRO VÉRTEBRAS		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases
1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN MÁS DE CINCO VERTEBRAS		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases

1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN HASTA DOS VÉRTEBRAS		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases
1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN HASTA CUATRO VÉRTEBRAS		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases
1			ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MÁS DE CINCO VERTEBRAS		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Posterior Cervical Laminoforaminotomy for Radiculopathy: Review of 172 Cases
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR HASTA DOS VERTEBRAS**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures.
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMB**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and

			AR, TÉCNICA ANTERIOR HASTA CUATRO VERTEBRAS		QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures.
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR MAS DE SEIS VERTEBRAS**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures.
1	4		**ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR HASTA DOS VERTEBRAS**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures
1			ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR HASTA CUATRO VERTEBRAS**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMB**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO	The Surgical and Medical Perioperative Complications of Anterior Spinal Fusion Surgery in the Thoracic and

			AR, TÉCNICA POSTERIOR MAS DE SEIS VERTEBRAS		QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Lumbar Spine in Adults: A Review of 1223 Procedures
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR HASTA DOS VERTEBRAS**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Differences in the outcomes of anterior *versus* posterior interbody fusion surgery of the lumbar spine: A propensity score-controlled cohort analysis of 10,941 patients
1			FUSIÓN INTERCORPORAL ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Differences in the outcomes of anterior *versus* posterior interbody fusion surgery of the lumbar spine: A propensity score-controlled cohort analysis of 10,941 patients
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR HASTA CUATRO VERTEBRAS**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Stand-alone Anterior Lumbar Interbody Fusion for Degenerative Disc Disease of the Lumbar Spine
1			FUSIÓN INTERCORPORAL ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Stand-alone Anterior Lumbar Interbody Fusion for Degenerative Disc Disease of the Lumbar Spine
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA,**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL	Stand-alone Anterior Lumbar Interbody Fusion for Degenerative Disc Disease of the Lumbar Spine

			TÉCNICA ANTERIOR MAS DE SEIS VERTEBRAS		PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR. HASTA DOS VERTEBRAS**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Toward Uniformity in Evaluating Results of Lumbar Spine Operations: A Paradigm Applied to Posterior Lumbar Interbody Fusions
1			ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Toward Uniformity in Evaluating Results of Lumbar Spine Operations: A Paradigm Applied to Posterior Lumbar Interbody Fusions
1			ARTRODESIS POSTEROLATERAL INTERCORPORAL DE COLUMNA VERTEBRAL CON INSTRUMENTACIÓN (PLIF, TLIF, FUSION 360°)		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Toward Uniformity in Evaluating Results of Lumbar Spine Operations: A Paradigm Applied to Posterior Lumbar Interbody Fusions
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR HASTA CUATRO VERTEBRAS**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Toward Uniformity in Evaluating Results of Lumbar Spine Operations: A Paradigm Applied to Posterior Lumbar Interbody Fusions
1			**ARTRODESIS O FUSIÓN**		SE DIFERENCIAN LAS SUBCATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE VÉRTEBRAS	Toward Uniformity in Evaluating Results of Lumbar Spine Operations: A

			ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR MAS DE SEIS VERTEBRAS		INCLUÍDAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO YA QUE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE VARÍAN DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VÉRTEBRAS INSTRUMENTADAS	Paradigm Applied to Posterior Lumbar Interbody Fusions
1	4	03.0.3.01		RESECCION QUISTES SINOVIALES FACETARIOS	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA POR HERNIACION DE CAPSULA ARTICULAR FACETARIA CON COMPRESION RADICULAR, QUE IMPLICA LA REALIZACION DE LAMINECTOMIA, FORAMINECTOMIA, RESECCION DE HERNIA DE CAPSULA ARTICULAR Y DESCOMPRESION RADICULAR.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Lumbar Facet Joint Synovial Cyst: Percutaneous Treatment with Steroid Injections and Distention—Clinical and Imaging Follow-up in 12 Patients.Nathalie J. Bureau, Phoebe A. Kaplan, and Robert G. Dussault Radiology 2001 221:1, 179-185
1	4	03.1.1.01		RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) PERCUTANEA	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO PARA MANEJO DE DOLOR CRONICO AXIAL DE ORIGEN FACETARIO QUE CONSISTE EN NEUROTOMIA DE RAMA MEDIALDE LA ARTICULACION FACETARIA POR RADIOFRECUENCIA O LASER, QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Radiofrequency Denervation of the Lumbar Zygapophysial Joints: 10-Year Prospective Clinical Audit.Michael Gofeld1, MD, Jain Jitendra2, MD, and Gil Faclier1, MD.Pain Physician 2007; 10:291-299.
1	4	03.2.3.04		LESIÓN DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAÍCES POSTERIORES [DREZ]	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN MEDULA ESPINAL QUE EN ALGUNOS CASOS REQUIERE DE CIRUGIA CON TECNICAS MICROQUIRURGICAS Y USO DE MICROBISTURI.	Microsurgical DREZotomy for pain due to brachial plexus avulsion: long-term results in a series of 37 patients.Emery, E., Blondet, E., Mertens, P., & Sindou, M. (1997). Stereotactic & Functional Neurosurgery, 68(1-4 Pt 1), 155-160.
1	4	03.4.4.04		RESECCION DE QUISTES RADICULARES DE TARLOV	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA, MEDIANTE LA REALIZACION DE LAMINECTOMIA Y FORAMINOTOMIAS LUMBOSACRAS CON EL OBJETO DE DISECAR RAICES ESPINALES Y RESECAR QUISTES PERIRADICULARES. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Surgical Results of Sacral Perineural (Tarlov) Cysts. Masato Tanakaa*, Shinnosuke Nakaharab, Yasuo Itoc, Kazuo Nakanishia, Yoshihisa Sugimotoa, Hisanori Ikumaa, and Toshifumi Ozakid.Acta Med. Okayama, 2006 Vol. 60, No. 1, pp. 65ゾ70
1	4	03.4.4.05		RESECCION DE QUISTE ARACNOIDEO INTRADURAL	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA POR SINDROME MULTIRADICULAR O MIELOPATICO POR PRESENCIA DE QUISTES COMPRESIVOS QUE REQUIERE RESECCION ENDOSCOPICA O CIRUGIA ABIERTA PARA SU RESECCION , QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Intradural spinal arachnoid cysts in adults.Michael Y Wang, M.D., *, Allan D.O Levi, M.D., Ph.D.†,Barth A Green, M.D.†.Surgical Neurology Volume 60, Issue 1, July 2003, Pages 49–55

1	4	03.4.4.06		RESECCION DE QUISTE EXTRADURAL ESPINAL	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA POR SINDROME MULTIRADICULAR O MIELOPATICO POR PRESENCIA DE QUISTES COMPRESIVOS QUE REQUIERE RESECCION ENDOSCOPICA O ABIERTA, QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Spinal extradural cyst and kyphosis dorsalis juvenilis. Ralph B. Cloward, Paul C. Bucy.Surgical Neurology.Volume 39, Issue 6, June 1993, Pages 469–473.
1	4	03.4.4.07		RESECCION DE TUMOR RADICULAR EN RELOJ DE ARENA EN CANAL VERTEBRAL EXTRADURAL CON EXTENSION FORAMINAL.	PROCEDIMIENTO TUMORAL RADICULAR ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA CON EXTENCION INTRA Y EXTRAESPINAL Y QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Spinal dumbbell tumors: an analysis of a series of 118 cases.Ozawa H1, Kokubun S, Aizawa T, Hoshikawa T, Kawahara C.J Neurosurg Spine. 2007 Dec;7(6):587-93.
1	4	03.4.4.08		RESECCION DE TUMOR RADICULAR EN RELOJ DE ARENA EN CANAL VERTEBRAL INTRA Y EXTRADURAL CON EXTENSION FORAMINAL.	PROCEDIMIENTO TUMORAL RADICULAR ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN COLUMNA CON EXTENCION INTRA Y EXTRAESPINAL, INTRA Y EXTRADURAL CON DUROPLASTIA Y QUE NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Dumbbell-shaped neurofibroma of the upper thoracic spine: A case report.Kumar SA, Kumar M, Malgonde M.South Asian J Cancer. 2013 Oct;2(4):226
1	4	03.5.1.10		CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON RECONSTRUCCION TUBO NEURAL, RESECCIÓN DE CELE, DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN MEDULA ESPINAL QUE REQUIERE CIERRE DEL TUBO NEURAL, MEDIANTE RECONSTRUCCION DE LA PLACODA NEURAL, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Myelomeningocele Primary Repair Surgical Technique.Massimo Caldarelli, Concezio Di Rocco.In book: The Spina Bifida, pp.143-155.DOI: 10.1007/978-88-470-0651-5_10
1	4	03.5.1.11		RESECCION LIPOMA LIGADO A CORDON ESPINAL	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO QUE SE REALIZA EN MEDULA ESPINAL QUE REQUIERE RESECCION DE LIPOMA CIRCUNDANTE A LA MEDULA ESPINAL Y COLA DE CABALLO MAS RECONSTRUCCION DURAL Y LIBERACION DE LA MEDULA, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Surgical treatment for lipomyelomeningocele in children.Sheng-Li Huang, Wei Shi, Li-Gen Zhang. World Journal of Pediatrics.November 2010, Volume 6, Issue 4, pp 361–365.
1	4	03.5.4.04		DUROTOMIA ESPINAL Y DUROPLASTIA	PROCEDIMIENTO ESPECIFICO DE INCISION DURAL Y AMPLIACION DURAL CON INJERTO DURAL EN CASOS DE HEMATOMA Y EDEMA MEDULAR, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	The Role of Decompression with Either Durotomy or Duraplasty Following Cervical Spinal Cord Injury.Jeremy Smith, MD, Ryan Anderson, Thu Pham, MS, Nitin Bhatia, MD, Oswald Steward, PhD, Ranjan Gupta, MD. The spine journal October 2009 Volume 9, Issue 10, Supplement, Pages 103S–104S
1	4	03.6.1.01		EPIDUROLISIS ENDOSCOPICA	PROCEDIMIENTO DE MINIMA INVASION PARA EL TRATAMIENTO DE FIBROSIS O	The effectiveness of endoscopic epidurolysis in treatment of

					ADHERENCIAS PERIDURALES Y PERIRADICULARES EN PACIENTES CON DOLOR CRONICO LUMBAR BAJO Y ESPALDA FALLIDA.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	degenerative chronic low back pain: a prospective analysis and follow-up at 48 months.Donato AD1, Fontana C, Pinto R, Beltrutti D, Pinto G.Acta Neurochir Suppl. 2011;108:67-73. doi: 10.1007/978-3-211-99370-5_11.
1	4	03.7.5.01		DERIVACION LUMBORETROPERITONEAL	PROCEDIMIENTO DE DERIVACION ESPINAL HACIA EL RETROPERITONEO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Lumboperitoneal shunts: Review of 409 cases.Y. R. Yadav, Sanjay Pande,* Vijay K. Raina,** Manish Singh.Neurology India June 2004 Vol 52 Issue 2.
1	4	77.0.9.34		DRENAJE DE COLECCIÓN SUBCUTANEA, SUBMUSCULAR Y LAVADO QUIRURGICO EN COLUMNA VERTEBRAL	PROCEDIMIENTO DE LAVADO QUIRURGICO EN CASOS DE SEROMAS, REACCION A CUERPO EXTRAÑO O HEMATOMAS CONTENIDOS, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Post-Laminectomy Wound Infections: Colonized Seromas Mimicking Wound Infections.Burke A. Cunha , Eileen D. Abruzzo and Paul E. Schoch J. Clin. Med. 2014, 3, 191-196
1	4	77.0.9.35		DRENAJE DE COLECCIÓN Y LAVADO QUIRURGICO E IRRIGACION CONTINUA EN COLUMNA VERTEBRAL	PROCEDIMIENTO DE LAVADO QUIRURGICO EN CASOS DE INFECCION POSOPERATORIA DE COLUMNA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	OSTEOMIELITIS VERTEBRAL Documento de Consenso Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas .Julián Palomino Nicás,Francisco Villanueva Pareja, José M Reguera Iglesias, Manuel E Jiménez Mejías, Rafael Luque Márquez, Julio Valencia Anguita, Juan de Dios Colmenero Castillo.
1	4	77.0.9.36		DRENAJE DE COLECCIÓN Y LAVADO QUIRURGICO Y COLOCACION DE SISTEMA DE VACIO EN COLUMNA VERTEBRAL	PROCEDIMIENTO DE LAVADO QUIRURGICO EN CASOS DE INFECCION POSOPERATORIA DE COLUMNA QUE REQUIERE DE DISMINUCION DE LA CARGA BACTERIANA, ESTIMULACION DE LA GRANULACION Y MEJORIA DE LA MICROCIRCULACION DEL AREA EXPUESTA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Postoperative Spinal Wound Infections and Postprocedural Diskitis.Saad B Chaudhary, MD, Michael J Vives, MD, Sushil K Basra, MD, and Mitchell F Reiter, MD.J Spinal Cord Med. 2007; 30(5): 441–451.
1	4	77.0.9.37		EXPLORACION PARAVERTEBRAL Y RESECCION DE CUERPO EXTRAÑO	PROCEDIMIENTO MUSCULOS PARAVERTEBRALES PARA LA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR EL RIESGO DE INFECCION, DOLOR CRONICO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Seudotumor secundario a cuerpo extraño intraoperatorio. A.X. Casal Rodrígueza, M. Arias Gonzálezb, A. Iglesias Castañón.Radiologia. Vol. 51. Núm. 6. Noviembre - Diciembre 2009
1	4	77.2.9.33		OSTEOTOMIA FACETARIA	PROCEDIMIENTO DE RESECCION FACETARIA UNI O BILATERAL PARA DESCOMPRESION RADICULAR POR VIA MEDIAL O LATERAL DE LA ARTICULACION FACETARIA O PARA PROCEDIMIENTOS DE CORRECCION DE	Lumbar Facetectomy .Remi Nader, MD, CM, FRCS(C), FACS, FAANS; Chief Editor: Remi Nader, MD, CM, FRCS(C), FACS, FAANS .Medscape,News & Perspective

					DEFORMIDAD. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	
1	4	77.2.9.34		OSTEOTOMIA ARCO POSTERIOR, TIPO PONTE	PROCEDIMIENTO DE RESECCION DE LIGAMENTO SUPRAESPINOSO INTERESPINOSO, LIGAMENTO AMARILLO, OSTEOTOMIA FACETARIA Y PARS ARTICULARES, UTIL EN PROCEDIMIENTOS DE DEFORMACION PARA FACILITAR LA ELONGACION NATURAL DE LA COLUMNA VERTEBRAl. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	The Ponte procedure: posterior only treatment of Scheuermann's kyphosis using segmental posterior shortening and pedicle screw instrumentation.Geck MJ1, Macagno A, Ponte A, Shufflebarger HL.J Spinal Disord Tech. 2007 Dec;20(8):586-93.
1	4	77.2.9.35		OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR	PROCEDIMIENTO DE LAMINECTOMIA, FACETECTOMIA, RESECCION PEDICULAR, OSTEOTOTOMIA VERTEBRAL PARA EL TRATAMIENTO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA CONGENITA Y EN CASOS DE DEFORMIDAD ESTRUCTURADA , NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Pedicle subtraction osteotomies (PSO) in the lumbar spine for sagittal deformities.Berjano P1, Aebi M.Eur Spine J. 2015 Jan;24 Suppl 1:S49-57.
1	4	77.2.9.36		EXTIRPACION DE HIPEROSTOSIS DIFUSA CERVICAL ANTERIOR.	PROCEDIMIENTO DE CERVICOTOMIA LONGITUDINAL PARA LA EXTIRPACION DE HIPEROSTOSIS DEL LIGAMENTO COMUN VERTEBRAL ANTERIOR, MEDIANTE OSTEOTOMIA MULTIPLE, QUE COMPRIME FARINGE, ESOFAGO O LARINGE .NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Enfermedad de Forestier-Rotes Querol (hiperostosis difusa esquelética idiopática) Forestier-Rotes Querol disease (diffuseidiopathic skeletal hyperostosis) F. Sánchez Gonzáleza, I. Benito Arroyob, J. Urbano Urbanoa, A. Paulino Herreraa.SEMERGEN. 2006;32(9):461-3
1	4	77.8.9.54		VERTEBRECTOMIA PARCIAL,VERTEBRECTOMIA LATERAL, VERTEBRECTOMIA DEL DOMO SACRO, SUBSTRACCION PEDICULAR, EGG SHELL	PROCEDIMIENTOS DE RESECCION PARCIAL DE CUERPO VERTEBRAL PARA EL MANEJO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Thoracic vertebrectomy and spinal reconstruction via anterior, posterior, or combined approaches: clinical outcomes in 91 consecutive patients with metastatic spinal tumors.Xu R1, Garcés-Ambrossi GL, McGirt MJ, Witham TF, Wolinsky JP, Bydon A, Gokaslan ZL, Sciubba DM.J Neurosurg Spine. 2009 Sep;11(3):272-84.
1	4	77.9.9.38		VERTEBRECTOMIA MAS DISCECTOMIAS.	PROCEDIMIENTOS DE RESECCION VERTEBRAL, CON INCLUSION DISCAL PARA EL MANEJO DE DEFORMIDADES DE COLUMNA SEVERAS.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Single-stage posterior vertebrectomy and replacement combined with posterior instrumentation for spinal metastasis.Akeyson EW1, McCutcheon IE.J Neurosurg. 1996 Aug;85(2):211-20.
1	4	77.9.9.39		VERTEBRECTOMIA MULTIPLE	PROCEDIMIENTOS DE RESECCION VERTEBRAL MULTIPLE , CON INCLUSION DISCAL PARA EL MANEJO DE	The treatment of spondylotic cervical myelopathy by multiple subtotal vertebrectomy and fusion.Jamjoom

					DEFORMIDADES DE COLUMNA SEVERAS CON CIFOSIS ASOCIADA.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	A1, Williams C, Cummins B.Br J Neurosurg. 1991;5(3):249-55.
1	4	78.6.9.32		EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O IMPLANTE EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA LATERAL	PROCEDIMIENTOS PARA LA EXTRACCION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN COLUMNA POR VIA LATERAL, PARA EVITAR AREAS DE FIBROSIS O ESTRUCTURAS VASCULARES.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Technical Note – Lateral Approach to the Lumbar Spine for the Removal of Interbody Cages. Marc Moisi,corresponding author Jeni Page, David Paulson, and Rod J Oskouian.Cureus. 2015 May; 7(5): e268
1	4	78.6.9.33		EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR DOS SEGMENTOS	PROCEDIMIENTO DE EXTRACION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN COLUMNA QUE SE EXTIENDE A DOS REGIONES DIFERENTES DE LA COLUMNA VERTEBRAL. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Implant removal for late-developing infection after instrumented posterior spinal fusion for scoliosis: reinstrumentation reduces loss of correction. A retrospective analysis of 45 cases.Michael Muschik,corresponding author Wiebke Lück, and Dietrich Schlenzka.Eur Spine J. 2004 Nov; 13(7): 645–651.
1	4	78.6.9.34		EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR MAS DE DOS SEGMENTOS	PROCEDIMIENTO DE EXTRACION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN COLUMNA QUE SE EXTIENDE A MAS DE DOS REGIONES DIFERENTES DE LA COLUMNA VERTEBRAL. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Neuromuscular scoliosis TechNical moNograph Intra-operative Techniques for Complex Deformities in a Diverse Patient Population.Randal R. Betz, MD.www.depuysynthes.com
1	4	79.0.9.34		COLOCACION DE TRACCION ESQUELETICA CERVICAL (GANCHO)	PROCEDIMIENTO DE INMOVILIZACION CERVICAL, ALINEACION Y REDUCCION DE FRACTURA CERVICAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	The effect of axial traction during orotracheal intubation of the trauma victim with an unstable cervical spine. MD Herbert G Bivins *, *, MD Scott Ford *, MD Zrino Bezmalinovic †, MD Harold M Price †, Justin L Williams ‡ Annals of Emergency Medicine .Volume 17, Issue 1, January 1988, Pages 25-29
1	4	79.0.9.35		COLOCACION DE TRACCION HALO-CRANEAL	PROCEDIMIENTO DE INMOVILIZACION CERVICAL, ALINEACION Y REDUCCION DE FRACTURA CERVICAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Halo immobilization of cervical spine fractures Indications and results.Paul R. Cooper, M.D., Kenneth R. Maravilla, M.D., Frederick H. Sklar, M.D., Sarah F. Moody, R.N., and W. Kemp Clark, M.D.Journal of Neurosurgery May 1979 / Vol. 50 / No. 5 / Pages 603-610
1	4	79.0.9.36		COLOCACION DE TRACCION ESQUELETICA CERVICAL Y	PROCEDIMIENTO DE TRACCION DE COLUMNA PARA MEJORAR SU ALINEACION, EXPANSIÓN PULMONAR, CORRECCION DE	Posterior Only Pedicle Screw Instrumentation With Intraoperative Halo-Femoral Traction in the Surgical

				FEMORAL (HALO-FEMORAL) O HALO PELVICO	DEFORMIDAD, PREVIA A CIRUGIA DE DEFORMIDAD DE COLUMNA.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Treatment of Severe Scoliosis (>100°).Hamzaoglu, Azmi MD*; Ozturk, Cagatay MD*; Aydogan, Mehmet MD*; Tezer, Mehmet MD*; Aksu, Neslihan MD; Bruno, Marco B. MD†.Spine: 20 April 2008 - Volume 33 - Issue 9 - pp 979-983
1	4	79.0.9.37		REDUCCION DE FRACTURA SACROILIACO, CON TRACCION FEMORAL	PROCEDIMIENTO DE TRACCION DE MIEMBROS INFERIORES CON EL OBJETO DE REDUCIR Y ALINEAR LA ARTICULACION SACROILIACA PREVIO A FIJACION QUIRURGICA.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	PELVIC RING FRACTURES: SHOULD THEY BE FIXED?.MARVIN TILE.J Bone Joint Surg [Br] 1988;70-B:l-l2.
1	4	79.0.9.38		RETIRO DE TRACCION CERVICAL	PROCEDIMIENTO DE EXTRACCION DE GANCHO DE TRACCION CRANEANA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Tratamiento de la luxación cervical mediante reducción cerrada segmento inferior (C-3 a C-7) (Uso del halo cefálico y tenazas de tracción) Ozcar Felipe García López. Medigraphic. Volumen 3, Número 3 Jul.-Sep. 2007
1	4	79.0.9.39		RETIRO DE HALO-CRANEAL	PROCEDIMIENTO DE EXTRACCION DE HALO CRANEANO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Lesiones medulares traumauticas. Dr. Gonzalo Santiago Tipac* Dr. Juan Carlos García Osornio.
1	4	79.0.9.40		RETIRO DE TRACCION HALO FEMORAL, O HALO PELVICO	PROCEDIMIENTO DE EXTRACCION DE HALO CRANEANO Y CLAVOS FEMORALES USADOS EN TRACCION. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	HALO PELVIC TRACTION.JOHN P. O'BRIEN,* ARTHUR C. M. C. YAU,t TAYLOR K. SMITH4 and ARTHUR R. HODGSON, . JBJS VOL. 53B, NO. 2, MAY 1971
1	4	79.0.9.41		RETIRO DE TRACCION FEMORAL	PROCEDIMIENTO DE EXTRACCION DE CLAVOS FEMORALES USADOS EN TRACCION DE MIEMBROS INFERIORES. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Comparison of effectiveness of Halo-femoral traction after anterior spinal release in severe idiopathic and congenital scoliosis: a retrospective study.Yong QiuEmail author, Zhen Liu, Feng Zhu, Bin Wang, Yang Yu, Zezhang Zhu, Bangping Qian and Weiwei Ma.Journal of Orthopaedic Surgery and Research20072:23
1	4	79.0.9.42		RETIRO DE HALO CHALECO O HALO YESO	PROCEDIMIENTOS DE EXTRACCION DE HALO CRANEAL Y RETIRO DE CHALECO EN POLIPROPILENO O DE YESO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Long term results of halo-vest fixation for upper cervical spine fractures.Daniele Fabris Monterumici.Riccardo Sinigaglia.Chirurgia narzadow ruchu i

						ortopedia polska 72(1):71-9 · November 2006
1	4	79.0.9.43		COLOCACION DE YESO TORACOLUMBOSACRO	PROCEDIMIENTO DE COLOCACION DE YESO TORACOLUMBAR EN EXTENSION EN EL MANEJO CERRADO DE FRACTURAS TORACOLUMBARES. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Tratamiento no quirúrgico de las fracturas vertebrales tóraco-lumbares.Dr. Aldo Hernández German, Dr. Manuel Dufoo Olvera, Dr. José Antonio Aburto Trejo, Dr. Ozcar F. García López.Rev Mex Ortop Traum 2000; 14(1): Ene.-Feb: 48-52
1	4	79.0.9.44		COLOCACION DE ESPICA DE YESO	PROCEDIMIENTO DE INMOVILIZACION LUMBOSACRA ESPECIALMENTE EN CASOS DE INFECCION DISCAL LUMBAR BAJA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Infecciones en columna vertebral.Dr. CARLOS A. SOLA.Rev, Asoc. Arg. Órtop. y Traumatol., Vol. 59, N° págs. 375-385 .
1	4	79.0.9.45		RETIRO DE YESO EN COLUMNA O ESPICA DE YESO	PROCEDIMIENTO DE RETIRO DE YESOS DE COLUMNA UNA VEZ CONCLUIDO EL TRATAMIENTO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Infecciones vertebrales. Miguel Maria Sánchez Martín. VIII JORNADAS CANARIAS DE TRAUMATOLOGIA y CIRUGIA ORTOPEDICA.
1	4	79.3.9.54		REDUCCION FRACTURA TORACOLUMBAR, ALINEACION, ESTABILIZACION Y ARTRODESIS CON CLAVOS DE SHANZ	PROCEDIMIENTO DE CIRUGIA DE COLUMNA EN LA TRANCISION TORACOLUMBAR PARA EL MANEJO DE CIFOSIS POSTRAUMATICA CON CORRECCION DE DEFORMIDAD.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO	Traumatismos recientes de la columna toracolumbar. Técnicas quirúrgicas.J.-P. Steib, A. Mitulescu, I. Bogorin, X. Chiffolot.EMC - Técnicas Quirúrgicas - Ortopedia y Traumatología Volume 1, Issue 1, 2009, Pages 1–15
1	4	79.3.9.55		FIJACION INTERCRESTILIA	PROCEDIMIENTO DE FIJACION Y ESTABILIZACION ARTICULACION SACROILIACA BILATERAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Fijación interna de las fracturas de pelvis.Graciela Gallardo García.medigraphic Artemisa. Ene.-Mar. 2006.Volumen 2, Número 1.
1	4	79.3.9.56		FIJACION SACROIILACO CON INSTRUMENTACION	PROCEDIMIENTO DE FIJACION Y ESTABILIZACION ARTICULACION SACROILIACA UNI O BILATERAL BILATERAL CON TORNILLOS ILIOSACROS.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Unstable pelvic ring fracture: osteosynthesis of the posterior lesion by percutaneous sacroiliac fixation .Tayot O , Meusnier T , Fessy MH , Beguin L , Carret JP , Bejui J .Revue de Chirurgie Orthopedique et Reparatrice de L'appareil Moteur [2001, 87(4):320-330]
1	4	79.3.9.61		REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL POR VERTEBROPLASTIA, ESTENTOPLASTIA,XIFOPLASTIA O COLOCACION DE EXPANSOR	PROCEDIMIENTO DE RECUPERACION DE ALTURA VERTEBRAL, ALINEACION DE PLATILLOS VERTEBRALES, EVITAR FRACTURA VERTEBRAL EN PROCESOS PATOLOGICOS TUMORALES, MANEJO DE DOLOR POR INSUFICIENCIA OSEA Y MEJORAR LA	Height restoration and maintenance after treating unstable osteoporotic vertebral compression fractures by cement augmentation is dependent on the cement volume used.Antonio Krügera,Gamal Baroudb,David Noriegac,

				INTRAVERTEBRAL Y FIJACION INTRAOSEA.(AUMENTOPLASTIA VERTEBRAL)	DENSIDAD VERTEBRAL, NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Jens Figield, Christine Dorschela, Steffen Ruchholtza, Ludwig Oberkirchera.Clinical Biomechanics. Volume 28, Issue 7, August 2013, Pages 725–730.
1	4	80.5.1.36		DISCECTOMIA EXTREMOLATERAL	PROCEDIMIENTO DE RESECCION DISCAL QUE PRODUCE COMPRESION RADICULAR POR FUERA DEL FORAMEN NEURAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Surgical Management of Extreme Lateral Lumbar Disc Herniations: Review of 138 Cases.Abdullah, Adel F. M.D.; Wolber, Paul G. H. M.D.; Warfield, John R. M.D.; Gunadi, Krist I. M.D.Neurosurgery 22:648-653, 1988)
1	4	80.5.1.37		DISCECTOMIA, CURETAJE Y ARTRODESIS SIMPLE	PROCEDIMIENTO DE RESECCION Y CURETAJE DISCAL EN CASOS DE INFLAMACION QUE REQUIEREN ARTRODESIS SEGMENTARIA CON SOPORTE EXTERNO POSOPEATORIO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Espondilodiscitis infecciosa . Dr. Rolando Telo Crespo,I Dr. Rolando William Telo Haedo,II Dr. Pedro Nemesio Alemán Cruz,II Dr. Yerardys Rodríguez TorresI.Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2012; 26(1) 53-63
1	4	80.5.9.02		FORAMINOPLASTIA ENDOSCOPICA LASER O RADIOFRECUENCIA	PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO DE AMPLIACION FORAMINAL CON SALIDA LIBRE DE RAIZ ESPINAL, EN CASOS DE ESTRECHES FORAMINAL POR PERDIDA DE ALTURA DEL FORAMEN NEURAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	DISCOLITIS PERCUTÁNEA ENDOSCÓPICA LUMBAR CON HOLMIUM YAG LÁSER. EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS. Jorge Felipe Ramírez L. José G. Rugeles O.
1	4	80.5.9.03		DISCECTOMIA ENDOSCOPICA MECANIZADA	PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO DEL DISCO INTERVERTEBRAL CON DISCECTOMIA MEDIANTE EL USO DE FORCEPS.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Discectomía cervical microquirúrgica asistida por endoscopía: presentación de dos casos Ángel Jesús Lacerda Gallardo1, Sandro Pérez Leal2, Julio Cesar Martín Pardo3, Raisa Montero Álvarez4, Daiyan Martín Chaviano5, Johanna Quintana Záez5.Rev Cubana Neurol Neurocir. 2014;4(1):53–6
1	4	80.5.9.04		TERMODISCOPLASTIA POR RADIOFRECUENCIA O LASER	PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO DEL DISCO INTERVERTEBRAL PARA EL TRATAMIENTO DE RUPTURA DEL ANILLO FIBROSO DISCAL O EN PATOLOGIA DISCO NEGRO SINTOMATICO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Intradiscal temperature variation resulting from radiofrequency thermal therapy. Cadaver study]. Ramírez-León JF, Rugeles-Ortiz JG, Barreto-perea JA, Alonso-cuéllar GO.
1	4	81.0.1.11		ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA PÓSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	PROCEDIMIENTO DE FIJACION C1-C2 Y CORRECCION DE LISTESIS MEDIANTE AMARRE Y ARTRODESIS INTERLAMINAR. NO	Posterior atlantoaxial fixation: a review of all techniques. Huang DG1, Hao DJ2, He BR1, Wu

				MODULAR, Y AMARRE INTERLAMINAR.	TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	QN1, Liu TJ1, Wang XD1, Guo H1, Fang XY1.Spine J. 2015 Oct 1;15(10):2271-81
1	4	81.0.3.04		LAMINOPLASTIA CERVICAL	PROCEDIMIENTO DE COLUMNA CERVICAL PARA EL TRATAMIENTO DE CANAL ESTRECHO MULTISEGMENTARIO SIN AFECTAR LA MOVILIDAD CERVICAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Expansive Open-Door Laminoplasty for Cervical Spinal Stenotic Myelopathy.HIRABAYASHI, KIYOSHI MD; WATANABE, KENICHI MD; WAKANO, KOICHI MD; SUZUKI, NOBUMASA MD; SATOMI, KAZUHIKO MD; ISHII, YOSHIAKI MD. Spine October 1983 - Volume 8 - Issue 7.
1	4	81.0.3.05		ARTRODESIS CERVICO-TORACICO	PROCEDIMIENTO EN ZONA DE TRANSICION DE DOS REGIONES ESPINALES MEDIANTE EL USO DE DOS TIPOS DE INSTRUMENTAL DIFERENTES Y DONDE SE REQUIERE MANTENER EL EJE SAGITAL NATURAL DE LORDOSIS CERVICAL Y CIFOSIS DORSAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Spinal Disorders at the Cervicothoracic Junction.An, Howard S. MD; Vaccaro, Alexander MD; Cotler, Jerome M. MD; Lin, Sheldon MD.Spine November 1994 - Volume 19 - Issue 22
1	4	81.0.7.03		ARTRODESIS LATERAL INTERCORPORAL (DLIF, XLIF, OLIF)	PROCEDIMIENTOS DE MINIMA INVASION LATERAL DE COLUMNA LUMBAR Y LUMBOSACRA CON RESECCION DISCAL Y ARTRODESIS ANTERIOR MEDIANTE LA COLOCACION DE DISPOSITIVOS QUE MANTIENEN O RECUPERAN LA ALTURA DEL DISCO INTERVERTEBRAL EN UNO O VARIOS NIVELES , Y MEJORAN LA ALINEACION CORONAL Y SAGITAL.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Direct Lateral Lumbar Interbody Fusion for Degenerative Conditions: Early Complication Profile. Knight, Reginald Q. MD; Schwaegler, Paul MD; Hanscom, David MD; Roh, Jeffery MD.Journal of Spinal Disorders & Techniques: February 2009 - Volume 22 - Issue 1 - pp 34-37
1	4	81.0.8.13		FIJACION ILIOLUMBAR	PROCEDIMIENTO DE FIJACION LUMBOPELVICA PARA EL MANEJO DE DEFORMIDAD LUMBAR, DEFORMIDADES LARGAS LUMBARES ,INESTABILIDAD LUMBOSACRA, EN PRESENCIA DE TUMORES O INFECCIONES LUMBOSACRAS Y PARA EVITAR SOBRECARGA SACROILIACA. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Spinopelvic Fixation in Complex Sacral Fractures.Gregory D. Schroeder , MD; Jason W. Savage , MD; Alpesh A. Patel , MD; Michael D. Stover , MD JBJS Reviews, 2015 Mar; 3 (3):
1	4	81.0.8.14		FIJACION SACROLUMBAR	PROCEDIMIENTO DE FIJACION LUMBOSACRO MEDIANTE COLOCACION DE INJERTO ESTRUCTURADO O IMPLANTE DE DISPOSITIVO SACROLUMBAR EN CASO DE LISTESIS DE ALTO GRADO LUMBOSACRO. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Transvertebral Transsacral strut grafting for high-grade isthmic spondylolisthesis L5-S1 with fibular allograft. Sasso RC1, Shively KD, Reilly TM.J Spinal Disord Tech. 2008 Jul;21(5):328-33

1	4	81.0.8.15		COLOCACION DE ESPACIADOR INTERESPINOSO PERCUTANEO	PROCEDIMIENTO DE AUMENTO DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCION INTERVERTEBRAL PARA EL MANEJO DE CANAL ESTRECHO MEDIANTE EL AUMENTO DEL ESPACIO INTERESPINOSO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Lumbar Interspinous Spacers: A Systematic Review of Clinical and Biomechanical Evidence Kabir, Syed M. R. FRCSEd (NeuroSurg)*†; Gupta, Sanjay R. MCh*†; Casey, Adrian T. H. FRCS (SN)*.Spine: 1 December 2010 - Volume 35 - Issue 25 - pp E1499-E1506
1	4	81.0.8.16		COLOCACION DE ESPACIADOR INTERESPINOSO / INTERLAMINAR TECNICA ABIERTA	PROCEDIMIENTO DE AUMENTO DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCION INTERVERTEBRAL PARA EL MANEJO DE CANAL ESTRECHO MEDIANTE EL AUMENTO DEL ESPACIO INTERESPINOSO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Treatment of neurogenic claudication by interspinous decompression: application of the X STOP device in patients with lumbar degenerative spondylolisthesisPaul A. Anderson, M.D., Cliff B. Tribus, M.D., and Scott H. Kitchel, M.D.Journal of Neurosurgery: Spine June 2006 / Vol. 4 / No. 6 / Pages 463-471
1	4	81.0.8.17		COLOCACION DE ESPACIADOR INTERFACETARIO	PROCEDIMIENTO DE AUMENTO DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCION INTERVERTEBRAL PARA EL MANEJO DE CANAL ESTRECHO MEDIANTE LA COLOCACION DE DISPSITIVO INTERFACETARIO.NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Cervical interfacet spacers and maintenance of cervical lordosis.Lee A. Tan, MD, David C. Straus, MD, and Vincent C. Traynelis, MD.Journal of Neurosurgery: Spine May 2015 / Vol. 22 / No. 5 / Pages 466-469
1	4	81.0.9.25		REFUSION DE COLUMNA VERTEBRAL POR TECNICA LATERAL	PROCEDIMIENTO DE REVISION LATERAL DE COLUMNA MEDIANTE EXTRACCION DE DISPOSITIVO PREVIAMENTE COLOCADO, RESECCION DE FIBROSIS E IMPLANTE DE NUEVO DISPOSITIVO Y ARTRODESIS ANTERIOR. NO TIENE CODIGO PARA ASOCIARLO A ALGUNO.	Intraoperative and Early Postoperative Complications in Extreme Lateral Interbody Fusion: An Analysis of 600 Cases. Rodgers, W. Blake MD; Gerber, Edward J. PA-C; Patterson, Jamie BA.Spine: 1 January 2011 - Volume 36 - Issue 1 - p 26–32

Fuente: SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Anexo 20 Ficha Técnica de Actualización de Medicinas Alternativas

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	4	999100	999100	TRATAMIENTO NEURALTERAPÉUTICO SUPERFICIAL (CICATRICES, PÁPULAS, PUNTOS GATILLO)	Terapia Neural no es un procedimiento, sino es un sistema médico de Europa Central. No tiene ningun tronco común con la Acupuntura, motivo por el cual debe estar separado de ésta última. Consta de varios abordajes, para este caso uno de ellos es el superficial.	1. Dosch, P & Dosch, M. Manual of Neural Therapy according to Huneke. 2nd edition. Editorial Thieme, Stuttgart, 2007. 2. Sarmiento, LD. Historia e Institucionalización de la Terapia Neural en Colombia. Tesis de Grado Maestría en Medicina Alternativa, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Maestría en Medicina Alternativa. Bogotá; 2014. 3. Toscano, F y Pinilla, LB. Los principios de la Terapia Neural desde los fundamentos del Nervismo hasta la Neurociencia actual. Rev. sal. UIS. 2012; 44.(2):57-65.
2	4	999101	999100	TRATAMIENTO NEURALTERAPÉUTICO PROFUNDO (NERVIOS, GANGLIOS, PLEXOS, RAICES)	Terapia Neural no es un procedimiento, sino es un sistema médico de Europa Central. No tiene ningun tronco común con la Acupuntura, motivo por el cual debe estar separado de ésta última. Consta de varios abordajes, para este caso uno de ellos es el profundo.	1. Dosch, P & Dosch, M. Manual of Neural Therapy according to Huneke. 2nd edition. Editorial Thieme, Stuttgart, 2007. 2. Sarmiento, LD. Historia e Institucionalización de la Terapia Neural en Colombia. Tesis de Grado Maestría en Medicina Alternativa, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Maestría en Medicina Alternativa. Bogotá; 2014. 3. Toscano, F y Pinilla, LB. Los principios de la Terapia Neural desde los fundamentos del Nervismo hasta la Neurociencia actual. Rev. sal. UIS. 2012; 44.(2):57-65.
2	4	900102	999100	ACUPUNTURA	Acupuntura es un procedimiento que pertenece al sistema médico de la Medicina Tradicional China, por esto debe estar separado de la Terapia Neural. Se sugiere consultar a la Sociedad Colombiana de Medicina China y Acupuntura (SOLCOLMEDA)	Se sugiere consultar con los expertos en Medicina China y Acupuntura (SOCOLMEDA)
1	4	890295	N/A	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (TERAPIA NEURAL)	La Terapia Neural es un sistema médico en nuestro país, por esta razón en la Universidad Nacional de Colombia existe el programa de Maestría en Medicina Alternativa que tiene un área en Terapia Neural (o Medicina Neuralterapéutica). En la Resolución 2003 de 2014 también aparece discriminado como un sistema médico aparte.	1. Urrego DZ. Abordaje de la Medicina Alternativa como sistema médico complejo en la Universidad Nacional de Colombia. Rev. Fac. Med. Unal 2010; 58(2): 155-156. ISSN 0120-0011. 2. Resolución 2003 de 2014 3. Sarmiento, LD. Historia e Institucionalización de la Terapia Neural en Colombia. Tesis de Grado Maestría en

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Medicina Alternativa, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Maestría en Medicina Alternativa. Bogotá; 2014
1	4	890395	N/A	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (TERAPIA NEURAL)	La Terapia Neural es un sistema médico en nuestro país, por esta razón en la Universidad Nacional de Colombia existe el programa de Maestría en Medicina Alternativa que tiene un área en Terapia Neural (o Medicina Neuralterapéutica). En la Resolución 2003 de 2014 también aparece discriminado como un sistema médico aparte.	1. Urrego DZ. Abordaje de la Medicina Alternativa como sistema médico complejo en la Universidad Nacional de Colombia. Rev. Fac. Med. Unal 2010; 58(2): 155-156. ISSN 0120-0011. 2. Resolución 2003 de 2014 3. Sarmiento, LD. Historia e Institucionalización de la Terapia Neural en Colombia. Tesis de Grado Maestría en Medicina Alternativa, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Maestría en Medicina Alternativa. Bogotá; 2014
1	4	890495	N/A	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (TERAPIA NEURAL)	La Terapia Neural es un sistema médico en nuestro país, por esta razón en la Universidad Nacional de Colombia existe el programa de Maestría en Medicina Alternativa que tiene un área en Terapia Neural (o Medicina Neuralterapéutica). En la Resolución 2003 de 2014 también aparece discriminado como un sistema médico aparte.	1. Urrego DZ. Abordaje de la Medicina Alternativa como sistema médico complejo en la Universidad Nacional de Colombia. Rev. Fac. Med. Unal 2010; 58(2): 155-156. ISSN 0120-0011. 2. Resolución 2003 de 2014 3. Sarmiento, LD. Historia e Institucionalización de la Terapia Neural en Colombia. Tesis de Grado Maestría en Medicina Alternativa, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Maestría en Medicina Alternativa. Bogotá; 2014

Fuente: ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE TERAPIA NEURAL (MEDICINA NEURALTERAPÉUTICA) - ACOLTEN/MNT y SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA CHINA Y ACUPUNTURA - SOCOLMEDA

Anexo 21 Ficha Técnica de Actualización de Reumatología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	4	88.1.6.10	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO CON DOPPLER PODER	LA ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER PODER PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS INFLAMATORIOS COMO SINOVITIS, TENOSINOVITIS Y EROSIONES , PERMITIENDO HACER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EN CONSECUENCIA UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE DISMINUYE EL RIESGO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO. ADICIONALMENTE DE ACUERDO A LA GRADUACION DE LA ACTIVIDAD SE PUEDE IDENTIFICAR EL GRADO SEVERIDAD DE INFLAMACIÓN Y REALIZAR UN SEGUIMIENTO OBJETIVO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CON MAYOR SENSIBILIDAD QUE EL SEGUIMIENTO POR OTROS MÉTODOS.	VER ANEXOS
2	4	88.1.6.11	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO CON DOPPLER PODER	LA ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER PODER PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS INFLAMATORIOS COMO SINOVITIS, TENOSINOVITIS Y EROSIONES , PERMITIENDO HACER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EN CONSECUENCIA UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE DISMINUYE EL RIESGO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO. ADICIONALMENTE DE ACUERDO A LA GRADUACION DE LA ACTIVIDAD SE PUEDE IDENTIFICAR EL GRADO SEVERIDAD DE INFLAMACIÓN Y REALIZAR UN SEGUIMIENTO OBJETIVO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CON MAYOR SENSIBILIDAD QUE EL SEGUIMIENTO POR OTROS MÉTODOS.	VER ANEXOS
2	4	88.1.6.12	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA) CON DOPPLER PODER	LA ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER PODER PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS INFLAMATORIOS COMO SINOVITIS, TENOSINOVITIS Y EROSIONES , PERMITIENDO HACER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EN CONSECUENCIA UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE DISMINUYE	VER ANEXOS

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					EL RIESGO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO. ADICIONALMENTE DE ACUERDO A LA GRADUACION DE LA ACTIVIDAD SE PUEDE IDENTIFICAR EL GRADO SEVERIDAD DE INFLAMACIÓN Y REALIZAR UN SEGUIMIENTO OBJETIVO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CON MAYOR SENSIBILIDAD QUE EL SEGUIMIENTO POR OTROS MÉTODOS.	
2	4	88.1.6.13	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO Incluye: DEDOS	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO CON DOPPLER PODER Incluye: DEDOS	LA ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER PODER PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS INFLAMATORIOS COMO SINOVITIS, TENOSINOVITIS Y EROSIONES , PERMITIENDO HACER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EN CONSECUENCIA UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE DISMINUYE EL RIESGO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO. ADICIONALMENTE DE ACUERDO A LA GRADUACION DE LA ACTIVIDAD SE PUEDE IDENTIFICAR EL GRADO SEVERIDAD DE INFLAMACIÓN Y REALIZAR UN SEGUIMIENTO OBJETIVO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CON MAYOR SENSIBILIDAD QUE EL SEGUIMIENTO POR OTROS MÉTODOS.	VER ANEXOS
2	4	88.1.6.20	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA CON DOPPLER PODER	LA ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER PODER PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS INFLAMATORIOS COMO SINOVITIS, TENOSINOVITIS Y EROSIONES , PERMITIENDO HACER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EN CONSECUENCIA UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE DISMINUYE EL RIESGO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO. ADICIONALMENTE DE ACUERDO A LA GRADUACION DE LA ACTIVIDAD SE PUEDE IDENTIFICAR EL GRADO SEVERIDAD DE INFLAMACIÓN Y REALIZAR UN SEGUIMIENTO OBJETIVO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CON MAYOR SENSIBILIDAD QUE EL SEGUIMIENTO POR OTROS MÉTODOS.	VER ANEXOS

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	4	88.1.6.21	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO CON DOPPLER PODER	LA ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER PODER PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS INFLAMATORIOS COMO SINOVITIS, TENOSINOVITIS Y EROSIONES , PERMITIENDO HACER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EN CONSECUENCIA UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE DISMINUYE EL RIESGO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO. ADICIONALMENTE DE ACUERDO A LA GRADUACION DE LA ACTIVIDAD SE PUEDE IDENTIFICAR EL GRADO SEVERIDAD DE INFLAMACIÓN Y REALIZAR UN SEGUIMIENTO OBJETIVO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CON MAYOR SENSIBILIDAD QUE EL SEGUIMIENTO POR OTROS MÉTODOS.	VER ANEXOS
2	4	88.1.6.22	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE Incluye: DEDOS	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE Incluye: DEDOS	LA ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER PODER PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS INFLAMATORIOS COMO SINOVITIS, TENOSINOVITIS Y EROSIONES , PERMITIENDO HACER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EN CONSECUENCIA UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE DISMINUYE EL RIESGO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO. ADICIONALMENTE DE ACUERDO A LA GRADUACION DE LA ACTIVIDAD SE PUEDE IDENTIFICAR EL GRADO SEVERIDAD DE INFLAMACIÓN Y REALIZAR UN SEGUIMIENTO OBJETIVO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CON MAYOR SENSIBILIDAD QUE EL SEGUIMIENTO POR OTROS MÉTODOS.	VER ANEXOS
2	4	88.1.6.30	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA CON DOPPLER PODER	LA ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER PODER PERMITE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS INFLAMATORIOS COMO SINOVITIS, TENOSINOVITIS Y EROSIONES , PERMITIENDO HACER EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EN CONSECUENCIA UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE DISMINUYE EL RIESGO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO. ADICIONALMENTE DE ACUERDO A	VER ANEXOS

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					LA GRADUACION DE LA ACTIVIDAD SE PUEDE IDENTIFICAR EL GRADO SEVERIDAD DE INFLAMACIÓN Y REALIZAR UN SEGUIMIENTO OBJETIVO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CON MAYOR SENSIBILIDAD QUE EL SEGUIMIENTO POR OTROS MÉTODOS.	
1	4	88.6.0.14		MORFOMETRÍA VERTEBRAL	LA MORFOMETRÍA VERTEBRAL ES UNA NUEVA HERRAMIENTA CAPAZ DE DIAGNOSTICAR FRACTURAS VERTEBRALES CON ALTA PRECISIÓN. DETECTA FRACTURAS VERTEBRALES INCLUSO EN PACIENTES EN QUIENES LA DENSITOMETRÍA ÓSEA DETECTA SOLAMENTE OSTEOPENIA. ES ÚTIL EN EL ANÁLISIS DE LOS CUERPOS VERTEBRALES, PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS DE APLASTAMIENTO POR OSTEOPOROSIS Y PARA EVALUAR EL RIESGO DE FRACTURA. LA DETECCIÓN DE ÉSTAS FRACTURAS DISMINUYA LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE FRACTURAS NO DETECTADAS TEMPRANAMENTE, LO CUAL LLEVA AL DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES, CON INCREMENTO DE LA MORBILIDAD.	VER ANEXOS
1	4	88.6.0.15		PUNTAJE DE HUESO TRABECULAR(TBS, del inglés Trabecular Bone Score)	EL PUNTAJE DE HUESO TRABECULAR ES ÚTIL EN LA EVALUACION DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE FRACTURA, YA QUE, EN COMBINACIÓN CON LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA, PERMITE INCREMENTAR EL NÚMERO DE PACIENTES QUE TIENEN RIESGO DE FRACTURA, CON LO CUAL SE OPTIMIZA SU MANEJO EN LA PREVENCIÓN DE FRACTURA. PERMITE REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION DE LA MICROARQUITECTURA EN EL TIEMPO Y EL MONITOREO DEL EFECTO DE LOS TRATAMIENTOS, BIEN SEAN ANTIRESORTIVOS O ANABÓLICOS. ADICIONALMENTE ES DE UTILIDAD EN LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA VERTEBRAL EN MUJERES POST	VER ANEXOS

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					MENOPÁUSICAS, EN HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS	
1	4	90.5.8.02		NIVELES DE MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS EN SUERO	EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS ES DE GRAN UTILIDAD TENER LA POSIBILIDAD DE REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LOS NIVELES DEL MEDICAMENTO, YA QUE PERMITE CONOCER EL COMPORTAMIENTO FARMACOCINÉTICO DE LA MOLÉCULA Y SABER SI HAY UE REALIZAR CAMBIOS EN LA MEDICACIÓN PARA LOGRAR LOS NIVELES TERAPEÚTICOS PARA ALCANZAR LAS MEJORES RESPUESTAS. ESTO VA ASOCIADO CON EL NIVEL DE ANTICUERPOS NEUTRALIZANTES CONTRA EL MEDICAMENTO.	VER ANEXOS
1	4	90.5.8.03		ANTICUERPOS ANTI MEDICAMENTOS BIOTECNOLOGICOS	CON EL EMPLEO DE MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS, SE HA IDENTIFICADO QUE UN FACTOR QUE INFLUYE EN LA RESPUESTA AL MEDICAMENTOS ES LA INMUNOGENICIDAD, O SEA, LA PRODUCCIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA EL MEDICAMENTO. EN EL MOMENTO SE ESTAN IMPLEMENTANDO LA GUIA DE INMUNOGENICIDAD PARA LOS BIOTECNOLÓGICO EN EL PAÍS, Y NO CONTAMOS CON ÉSTAS PRUEBAS.	VER ANEXOS
2	4	90.6.4.66	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] IgG o IgM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	LOS ANTICUERPOS ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO SON DE UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE, YA QUE SUS TITULOS ALTOS SE ASOCIAN A ENFERMEDAD DE MAL PRONÓSTICO. LA DETECCIÓN DE IgG e IgM PERMITE AUMENTAR LA POSIBILIDAD DE IDENTIFICACION DE ARTRITIS REUMATOIDE EN FORMA TEMPRANA Y ES DE UTILIDAD EN LA PREDICCION DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ALGUNOS BIOTECNOLÓGICOS	VER ANEXOS

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	3	89.0.8		CLINIMETRIA	LA CLINIMETRÍA ES UNA HERRAMIENTA QUE NOS AYUDA A EVALUAR EN FORMA OBJETIVA Y CUANTITATIVA LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, EL GRADO DE DAÑO DE LOS ÓRGANOS Y LA ALTERACION QUE PUEDA OCACIONAL LA ENFERMEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA. ES UTIL EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES PARA DETERMINAR LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y DEFINIR CONDUCTAS DE MANEJO DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE LA CLINIMETRÍA.	VER ANEXOS
1	4	89.0.8.01		CLINIMETRÍA PARA DETERMINAR ESCALA DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD	POR MEDIO DE LA CLINIMETRÍA SE DETERMINA LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN DIFERENTES PATOLOGIA. ESE GRADO DE ACTIVIDAD DEFINE LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LLEVA AL CLÍNICO A DEFINIR EL MANEJO.	VER ANEXOS
1	4	89.0.8.02		CLINIMETRÍA PARA DETERMINAR ESCALA DE DAÑO ESTRUCTURAL O DE ÓRGANO	LA CLINIMETRÍA EN ALGUNAS ENFERMEDADES ES DE UTILIDAD PARA EVALUAR EL DAÑO ESTRUCTURAL Y DETERMINAR EL PRONÓSTICO DE ACUERDO A ÉSTE DAÑO.	VER ANEXOS
1	4	89.0.8.03		CLINIMETRÍA PARA DETERMINAR ESCALA DE CALIDAD DE VIDA	LAS ENCUESTAS DE CALIDAD DE VIDA PERMITEN EVALUAR EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, LABORALES Y SOCIALES, PARA HACER LAS INTERVENCIONES DEL CASO TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA FARMACOLÓGICO COMO NO FARMACOLÓGICO.	VER ANEXOS
2	4	90.1.3.25		MYCOBACTERIUM TUBERCULOSO PRUEBA EN SANGRE DE INTERFERÓN GAMMA DEL IDIOMA INGLÉS, IGRA O INTERFERÓN-GAMMA RELEASE ASSAYS)	ES UNA PRUEBA DE ALTA ESPECIFICIDAD, MAYOR QUE LA TUBERCULINA, PARA LA DETECCION DE TUBERCULOSIS,ESPECIALMENTE EN LOS CASOS DE TUBERCULOSOS LATENTE. PRESENTA MENOS REACCIONES CRUZADAS CON LA VACUNACIÓN CON BCG.	VER ANEXOS
3	3	90.21. 01		CELULAS LE	LA DETERMINACION DE LA CÉLULAS LE ACTUALMENTE NO ES DE UTILIDAD EN EL DIAGNOSTICO NI EN EL SEGUIMIENTO DE	VER ANEXOS

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					LOS PACIENTES CON LUPUE ERITEMATOSO SISTEMICO. NO HAY NINGUNA OTRA PATOLOGIA EN LA QUE TENGAN UTILIDAD	

Fuente: ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA

Anexo 22 Ficha Técnica de Actualización de Cirugía

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	06.3.9.05		TIROIDECTOMIA SUBTOTAL VIDEOASISTIDA TRANSCERVICAL, TRANSAXILAR Y/O RETRO AURICULAR	Cirugia minimamente invasiva videoasistida de cuello, adecuados resultados clinicos, oncoplasticos, funcionales y oncologicos, Diferente abordaje	Chulam TC, Lira RB, Kowalski LP. Robotic-assisted modified retroauricular cervical approach: initial experience in Latin America. Rev Col Bras Cir. 2016 Jul-Aug;43(4):289-91 Lee DY, Baek SK, Jung KY. Endoscopic thyroidectomy: retroauricular approach. Gland Surg. 2016 Jun;5(3):327-35. Lira RB, Chulam TC, Koh YW, Choi EC, Kowalski LP. Retroauricular Endoscope-Assisted Approach to the Neck: Early Experience in Latin America. Int Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr;20(2):138-44. Byeon HK, Koh YW. The new era of robotic neck surgery: The universal application of the retroauricular approach. J Surg Oncol. 2015 Dec;112(7):707-16. Sharma A, Albergotti WG, Duvvuri U. Applications of Evolving Robotic Technology for Head and Neck Surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2016 Mar;125(3):207-12. Byeon HK, Holsinger FC, Tufano RP, Chung HJ, Kim WS, Koh YW, Choi EC. Robotic total thyroidectomy with modified radical neck dissection via unilateral retroauricular approach. Ann Surg Oncol. 2014 Nov;21(12):3872-5
1	4	06.4.1.01		TIROIDECTOMIA TOTAL VIDEOASISTIDA TRANSCERVICAL, TRANSAXILAR Y/O RETRO AURICULAR	Cirugia minimamente invasiva videoasistida de cuello, adecuados resultados clinicos, oncoplasticos, funcionales y oncologicos. Diferente abordaje	Yang Y, Gu X, Wang X, Xiang J, Chen Z. Endoscopic thyroidectomy for differentiated thyroid cancer. ScientificWorldJournal. 2012;2012. Lee DY, Baek SK, Jung KY. Endoscopic thyroidectomy: retroauricular approach. Gland Surg. 2016 Jun;5(3):327-35. Lira RB, Chulam TC, Koh YW, Choi EC, Kowalski LP. Retroauricular Endoscope-Assisted Approach to the Neck: Early

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Experience in Latin America. Int Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr;20(2):138-44. Miccoli P, Berti P, Conte M, Bendinelli C, Marcocci C. Minimally invasive surgery for thyroid small nodules: Preliminary report. J Endocrinol Invest. 1999;22(11):849–51. Miccoli P, Pinchera A, Materazzi G, Biagini A, Berti P, Faviana P, et al. Surgical treatment of low- and intermediate-risk papillary thyroid cancer with minimally invasive video-assisted thyroidectomy. J Clin Endocrinol Metab. 2009;94(5):1618–22 Gasless transaxillary endoscopic thyroidectomy: a decade on. Hakim Darail NA1, Lee SH, Kang SW, Jeong JJ, Nam KH, Chung WY.
1	4	06.8.1.01		PARATIROIDECTOMIA TOTAL VIDEOASISTIDA TRANSCERVICAL, TRANSAXILAR Y/O RETRO AURICULAR	Cirugia minimamente invasiva videoasistida de cuello, adecuados resultados clinicos, oncoplasticos, funcionales y oncologicos. Diferente abordaje	Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyrodism. Br J Surg. 1996;83:875. Sebag F, Palazzo FF, Harding J, Sierra M, Ippolito G, Henry JF. Endoscopic lateral approach thyroid lobectomy: Safe evolution from endoscopic parathyroidectomy. World J Surg. 2006;30(5):802–5 Martos-Martínez JM, Sacristán-Pérez C, Pérez-Andrés M, Durán-Muñoz-Cruzado VM, Pino-Díaz V, Padillo-Ruiz FJ, Prevertebral cervical approach: a pure endoscopic surgical technique for posterior mediastinum parathyroid adenomas. Surg Endosc. 2016 Aug 23 Tamaki Y, Ikeda Y, Usui Y, Okamura R, Kitamura K, Kazuo S, Tangoku A. Thyroid and parathyroid glands. Asian J Endosc Surg. 2015 Nov;8(4):379-81 Noureldine SI, Gooi Z, Tufano RP. Minimally invasive parathyroid

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						surgery. Gland Surg. 2015 Oct;4(5):410-9
1	4	06.8.9.01		PARATIROIDECTOMIA PARCIAL VIDEOASISTIDA TRANSCERVICAL, TRANSAXILAR Y/O RETRO AURICULAR	Cirugia minimamente invasiva videoasistida de cuello, adecuados resultados clinicos, oncoplasticos, funcionales y oncologicos. Diferente abordaje	Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyrodism. Br J Surg. 1996;83:875. Sebag F, Palazzo FF, Harding J, Sierra M, Ippolito G, Henry JF. Endoscopic lateral approach thyroid lobectomy: Safe evolution from endoscopic parathyroidectomy. World J Surg. 2006;30(5):802–5 Martos-Martínez JM, Sacristán-Pérez C, Pérez-Andrés M, Durán-Muñoz-Cruzado VM, Pino-Díaz V, Padillo-Ruiz FJ, Prevertebral cervical approach: a pure endoscopic surgical technique for posterior mediastinum parathyroid adenomas. Surg Endosc. 2016 Aug 23 Tamaki Y, Ikeda Y, Usui Y, Okamura R, Kitamura K, Kazuo S, Tangoku A. Thyroid and parathyroid glands. Asian J Endosc Surg. 2015 Nov;8(4):379-81 Noureldine SI, Gooi Z, Tufano RP. Minimally invasive parathyroid surgery. Gland Surg. 2015 Oct;4(5):410-9
1	4	25.2.5.06		GLOSECTOMIA PARCIAL TRANSORAL ASISTIDA POR ROBOT MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO	Cirugía invasiva mínima asistida por robot con abordaje diferente al convencional, lo cual requiere entrenamiento especial del cirujano e infraestructura tecnológica en sala de cirugía	Enrique Cadena, Ricardo Guerra , Carlos Pérez-Mitchell, Transoral Robotic Surgery (TORS), in the management of head and neck tumors, Rev Colomb Cancerol. Chung TK, Rosenthal EL, Magnuson JS, Carroll WR. Transoral robotic surgery for oropharyngeal and tongue cancer in the United States. Laryngoscope. 2015 Jan;125(1):140-5.2014;18(3):128-136 Miller SC, Nguyen SA, Ong AA, Gillespie MB. Transoral robotic base of tongue reduction for obstructive sleep apnea: A systematic review and meta-analysis. Laryngoscope. 2016 Jun 27.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	26.9.3.02		SIALOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA/TERAPEUTICA (INCLUYE NAVEGACION, LAVADO Y DILATACION MECANICA Y NEUMATICA DEL CONDUCTO SALIVAL)	Manejo terapéutico endoscópico de los conductos de las glándulas salivales.	Cordesmeyer R, Winterhoff J, Kauffmann P, Laskawi R Sialoendoscopy as a diagnostic and therapeutic option for obstructive diseases of the large salivary glands a retrospective analysis. Clin Oral Investig. 2016 Jun;20(5):1065-70
1	4	28.2.1.01		AMIGDALECTOMIA RADICAL PALATINA TRANSORAL ASISTIDA POR ROBOT MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO	Cirugía invasiva mínima asistida por robot lo cual requiere entrenamiento especial del cirujano e infraestructura tecnológica en sala de cirugía	Enrique Cadena, Ricardo Guerra , Carlos Pérez-Mitchell, Transoral Robotic Surgery (TORS), in the management of head and neck tumors, Rev Colomb Cancerol. 2014;18(3):128-136 Safety of transoral surgery for oropharyngeal malignancies: An analysis of the ACS NSQIP. Su HK, Ozbek U, Likhterov I, Brant J, Genden EM, Urken ML, Chai RL. Laryngoscope. 2016 Nov;126(11):2484-2491Gross ND, Hanna EY. The Role of Surgery in the Management of Recurrent Oropharyngeal Cancer. Recent Results Cancer Res. 2017;206:197-205. Ling DC, Chapman BV, Kim J, Choby GW, Kabolizadeh P, Clump DA, Ferris RL, Kim S, Beriwal S, Heron DE, Duvvuri U. Oncologic outcomes and patient-reported quality of life in patients with oropharyngeal squamous cell carcinoma treated with definitive transoral robotic surgery versus definitive chemoradiation. Oral Oncol. 2016 Oct;61:41-6 Lang S, Mattheis S, Kansy B.TORS in HPV-Positive Tumors-The New Standard? Recent Results Cancer Res. 2017;206:207-218
1	4	29.1.1.01		EXPLORACION DE AREA FARINGEA E HIPOFARINGEA	La estrecha relación de la faringe con estructuras vitales hace necesario un conocimiento anatómico preciso del área. No hay un código CUPS que sustente la	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					exploración transcervical de la faringe para estudio y/o tratamiento de neoplasias, cuerpo extraño o infección con perforación.	
1	4	29.3.4.02		FARINGECTOMIA RADICAL TRANSORAL ASISTIDA POR ROBOT MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO	Cirugía invasiva mínima asistida por robot con abordaje diferente al convencional, lo cual requiere entrenamiento especial del cirujano e infraestructura tecnológica en sala de cirugía.	Enrique Cadena, Ricardo Guerra , Carlos Pérez-Mitchell, Transoral Robotic Surgery (TORS), in the management of head and neck tumors, Rev Colomb Cancerol. 2014;18(3):128-136 Safety of transoral surgery for oropharyngeal malignancies: An analysis of the ACS NSQIP. Su HK, Ozbek U, Likhterov I, Brant J, Genden EM, Urken ML, Chai RL. Laryngoscope. 2016 Nov;126(11):2484-2491Gross ND, Hanna EY. The Role of Surgery in the Management of Recurrent Oropharyngeal Cancer. Recent Results Cancer Res. 2017;206:197-205. Ling DC, Chapman BV, Kim J, Choby GW, Kabolizadeh P, Clump DA, Ferris RL, Kim S, Beriwal S, Heron DE, Duvvuri U. Oncologic outcomes and patient-reported quality of life in patients with oropharyngeal squamous cell carcinoma treated with definitive transoral robotic surgery versus definitive chemoradiation. Oral Oncol. 2016 Oct;61:41-6 Lang S, Mattheis S, Kansy B.TORS in HPV-Positive Tumors-The New Standard? Recent Results Cancer Res. 2017;206:207-218
1	4	29.6.3.03		RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE LA FARINGE VIA TRANSORAL POR MEDIO DE CIRUGIA ROBOTICA	Cirugía invasiva mínima asistida por robot lo cual requiere entrenamiento especial del cirujano e infraestructura tecnológica en sala de cirugía	Enrique Cadena, Ricardo Guerra , Carlos Pérez-Mitchell, Transoral Robotic Surgery (TORS), in the management of head and neck tumors, Rev Colomb Cancerol. 2014;18(3):128-136
1	4	29.6.3.04		RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE LA FARINGE	Cirugía invasiva mínima asistida por robot con abordaje diferente al convencional, lo	Enrique Cadena, Ricardo Guerra , Carlos Pérez-Mitchell, Transoral

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				VIA TRANSORAL POR MEDIO DE CIRUGIA ROBOTICA	cual requiere entrenamiento especial del cirujano e infraestructura tecnológica en sala de cirugía	Robotic Surgery (TORS), in the management of head and neck tumors, Rev Colomb Cancerol. 2014;18(3):128-136 Safety of transoral surgery for oropharyngeal malignancies: An analysis of the ACS NSQIP. Su HK, Ozbek U, Likhterov I, Brant J, Genden EM, Urken ML, Chai RL. Laryngoscope. 2016 Nov;126(11):2484-2491Gross ND, Hanna EY. The Role of Surgery in the Management of Recurrent Oropharyngeal Cancer. Recent Results Cancer Res. 2017;206:197-205. Ling DC, Chapman BV, Kim J, Choby GW, Kabolizadeh P, Clump DA, Ferris RL, Kim S, Beriwal S, Heron DE, Duvvuri U. Oncologic outcomes and patient-reported quality of life in patients with oropharyngeal squamous cell carcinoma treated with definitive transoral robotic surgery versus definitive chemoradiation. Oral Oncol. 2016 Oct;61:41-6 Lang S, Mattheis S, Kansy B.TORS in HPV-Positive Tumors-The New Standard? Recent Results Cancer Res. 2017;206:207-218
1	4	30.1.1.05		HEMILARINGECTOMIA ENDOSCOPICA CON LASER	Sólo existe el código de aritenoidectomía endoscópica con láser 30.1.3.02	1- Preuss SF,Cramer K, Klussmann JP, Eckel HE, Guntinas-Lichius 0. Transoral laser surgery for laryngeal cancer: Outcome, complications and prognostic factors in 275 patients. EJSO 35(2009):235-240
1	4	30.1.2.01		LARINGECTOMIA SUPRAGLÓTICA ENDOSCOPICA CON DE LÁSER	Sólo existe el código de aritenoidectomía endoscópica con láser 30.1.3.02	1- Preuss SF,Cramer K, Klussmann JP, Eckel HE, Guntinas-Lichius 0. Transoral laser surgery for laryngeal cancer: Outcome, complications and prognostic factors in 275 patients. EJSO 35(2009):235-240

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	30.1.4.01		CORDECTOMIA ENDOSCOPICA CON LASER	Sólo existe el código de aritenoidectomía endoscópica con láser 30.1.3.02	1- Preuss SF,Cramer K, Klussmann JP, Eckel HE, Guntinas-Lichius 0. Transoral laser surgery for laryngeal cancer: Outcome, complications and prognostic factors in 275 patients. EJSO 35(2009):235-240
1	4	30.4.1.01		LARINGECTOMIA RADICAL TRANSORAL MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO ASISTIDA POR ROBOT	Cirugía invasiva mínima asistida por robot con abordaje diferente al convencional, lo cual requiere entrenamiento especial del cirujano e infraestructura tecnológica en sala de cirugía	Smith RV. Transoral robotic surgery for larynx cancer. Otolaryngol Clin North Am. 2014 Jun;47(3):379-95.Mendelsohn AH, Remacle M. Transoral robotic surgery for laryngeal cancer. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Apr;23(2):148-52Dziegielewski PT, Kang SY, Ozer E. Transoral robotic surgery (TORS) for laryngeal and hypopharyngeal cancers. J Surg Oncol. 2015 Dec;112(7):702-6 Enrique Cadena, Ricardo Guerra , Carlos Pérez-Mitchell, Transoral Robotic Surgery (TORS), in the management of head and neck tumors, Rev Colomb Cancerol. 2014;18(3):128-136
1	4	31.1.2.01		LARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA TRANSORAL MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO ASISTIDA POR ROBOT	Cirugía invasiva mínima asistida por robot con abordaje diferente al convencional, lo cual requiere entrenamiento especial del cirujano e infraestructura tecnológica en sala de cirugía	Robotic-assisted salvage supraglottic laryngectomy. P R Health Sci J. 2014 Jun;33(2):88-90.Enrique Cadena, Ricardo Guerra , Carlos Pérez-Mitchell, Transoral Robotic Surgery (TORS), in the management of head and neck tumors, Rev Colomb Cancerol. 2014;18(3):128-136
1	4	31.1.2.02		LARINGECTOMÌA SUPRACRICOIDEA CON CRICOHIOIDO EPIGLOTOPEXIA (CHEP)	Cirugía conservadora de laringe o de rescate en recaída post radioterapia, no contemplada ni homologable en los códigos CUPS actuales.	1- Silver CE. Conservation Surgery for supraglottic cancer. In: Surgery for cancer of the larynx and related structures. Saunders 1996, 2nd edition. Chapter 6: pg 149-155. 2- Mannelli G, Meccariello G, Deganello A, Romana F, Paiar F, Gallo O. Subtotal supracricoid laryngectomy: changing in indications, surgical techniques and use of new surgical devices. Am Jou Otolaryngol

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Head Neck Med Surg. 35 (2014):719 – 726
1	4	31.1.3.01		TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA	Abordaje mínimamente invasivo que implica entrenamiento del cirujano en una técnica diferente y el uso de un implemento de dilatación percutánea. Permite realizarlo en cama de cuidado intensivo sin trasladar el paciente a sala de cirugía.	1- Gálvez MA. Procedimiento de Traqueostomía percutánea. Enferm Intensiva. 2009;20(2):69-75. 2- Añón JM, Araujo JB, Escuela MP, González-Higueras E.Traqueotomía percutánea en el paciente ventilado. Med Intensiva. 2014;38:181-193. 3- David W. Hsia, MDa, Uzair K. Ghori, MDb, Ali I. Musani, MDc. Percutaneous Dilational Tracheostomy. Clin Chest Med 34 (2013) 515–526. dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2013.04.002
1	4	31.9.3.01		COLOCACIÓN DE VÁLVULA FONATORIA POR PUNCIÓN PRIMARIA	Sistema para rehabilitación de voz que utiliza una válvula traqueoesofágica unidireccional en el paciente al que se le realiza una laringectomía total (En el mismo tiempo quirúrgico).	1- Choussy O., Elmakhloufi K., Dehesdin D. Técnicas quirúrgicas de rehabilitación vocal tras la laringectomía total. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-370,2005.
1	4	31.9.3.02		COLOCACIÓN DE VÁLVULA FONATORIA POR PUNCIÓN SECUNDARIA	Sistema para rehabilitación de voz que utiliza una válvula traqueoesofágica unidireccional en el paciente laringectomizado. (Otro tiempo quirúrgico). Incluye esofagoscopia y dilatación faríngea. No incluye faringoplastia ni esofagomiotomía abierta que se debe realizar en casos seleccionados.	1- Choussy O., Elmakhloufi K., Dehesdin D. Técnicas quirúrgicas de rehabilitación vocal tras la laringectomía total. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-370,2005.
1	4	31.9.3.03		CAMBIO DE VALVULA FONATORIA	Cambio de válvula fonatoria en paciente laringectomizado con sistema traqueoesofágico de rehabilitación de voz	1- Choussy O., Elmakhloufi K., Dehesdin D. Técnicas quirúrgicas de rehabilitación vocal tras la laringectomía total. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-370,2005.
1	4	38.9.1.04		IMPLANTACION DE CATETER VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO PARA QUIMIOTERAPIA	PATOLOGIA QUIRURGICA CON MAYOR GRADO DE COMPLEJIDAD E IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DIFERENTES A LAS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CATETER VENOSO CENTRAL TRADICIONAL. TECNICAMENTE DEMANDANTE PARA EL CIRUJANO Y SU CATEGORIZACION DEBE SER DIFERENTE A LA	Ahmad Z, Mohamed K, Deborah M, Nadim El M, Ali S, Jamal H, Gabriele M, Walid F: Update on totally implantable venous access devices. Surg Oncol 2012, 21:207–21. Barbetakis N, Asteriou C, Kleontas A, Tsilikas C: Totally implantable central venous

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					DE IMPLANTACIÓN DE UN CATETER VENOSO CONVENCIONAL DADAS SU MAYOR MORBILIDAD PERIOPERATORIA Y REALIZACIÓN DE COLGAJOS LOCALES DE PIEL COMPUESTO PARA IMPLATANCION DE RESERVORIO PARA QUIMIOTERAPA.	access ports. Analysis of 700 cases. J Surg Oncol 2011, 104(6):654–656.
1	4	39.7.2.08		RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN VASCULAR (ARTERIAL, VENOSA, LINFÁTICA O MIXTA) DEL CUERO CABELLUDO, CARA Y CUELLO	La resección de malformaciones vasculares de bajo y alto flujo implica más que la exploración o ligadura de un vaso, se deben realizar resección local, colgajos, descompresión neurovascular y en ocasiones escleroterapia en el mismo acto quirúrgico.	1- Muir T, Kirsten M, Fourie P, Dippenaar N and Ionescu GO. Intralesional bleomycin injection (IBI) treatment for haemangiomas and congenital vascular malformations. Pediatr Surg Int 2004 19:766-773
1	4	40.2.2.11		ESCISIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON INYECCIÓN DE COLORANTE	La resección del ganglio centinela permite tomar decisiones acerca de la radicalidad de la linfadenectomía en el manejo locorregional de enfermedad neoplásica maligna. Cuando no se dispone de elementos radiomarcados o medicina nuclear, se utiliza inyección de colorante	1- Yen, Tina W.F. MD, MS; Li, Jianing PhD; Sparapani, Rodney A. PhD; Laud, Purushuttom W. PhD; Nattinger, Ann B. The interplay between hospital and surgeon factors and the use of sentinel lymph node biopsy for breast cancer. Medicine. 95(31):e4392, August 2016. 2- 2- Ellard J, Duquennoy-Martinot V. Técnica e indicación del ganglio centinela en la cirugía de los tumores cutáneos. EMC – Cirugía plástica reparadora y estética 2015;23(1):1-13
1	4	40.2.2.12		ESCISIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON TECNICA ROLL (LOCALIZACIÓN RADIOGUIADA DE LESIÓN OCULTA)	Cirugia radioguiada cabeza y cuello, reintervencion	Iqbal H, Pan Q. Image guided surgery in the management of head and neck cancer.Oral Oncol. 2016 Jun;57:32-9. Miura K, Hirakawa H, Uemura H, Yoshimoto S, Shiotani A, Sugasawa M, Homma A, Yokoyama J, Tsukahara K, Yoshizaki T, Yatabe Y, Matsuo K, Ohkura Y, Kosuda S, Hasegawa Y.Sentinel node biopsy for oral cancer: A prospective multicenter Phase II trial. Auris Nasus Larynx. 2016 Aug 2. pii: S0385-8146(16)30214-0 Durham AB, Lowe L, Malloy KM, McHugh JB4, Bradford CR, Chubb H, Johnson TM5, McLean SA. Sentinel Lymph Node Biopsy for Cutaneous Squamous Cell

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Carcinoma on the Head and Neck. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016 Jul 20 Tartaglione G, Stoeckli SJ, de Bree R, Schilling C, Flach GB, Bakholdt V, Sorensen JA, Bilde A, von Buchwald C, Lawson G, Dequanter D, Villarreal PM, Forcelledo MF, Amezaga JA, Moreira A, Poli T, Grandi C, Vigili MG, O'Doherty M, Donner D, Bloemena E, Rahimi S, Gurney B, Haerle SK, Broglie MA, Huber GF, Krogdah AL, Sebbesen LR, Odell E, Junquera Gutierrez LM, Barbier L, Santamaria-Zuazua J, Jacome M, Nollevaux MC, Bragantini E, Lothaire P, Silini EM, Sesenna E, Dolivet G, Mastronicola R, Leroux A, Sassoon I, Sloan P, Colletti PM, Rubello D, McGurk M.Sentinel Node in Oral Cancer: The Nuclear Medicine Aspects. A Survey from the Sentinel European Node Trial. Clin Nucl Med. 2016 Jul;41(7):534-42. Tew K, Farlow D. SPECT/CT in Melanoma Lymphoscintigraphy. Clin Nucl Med. 2016 Oct 5.Chapman BC, Gleisner A, Kwak JJ, Hosokawa P, Paniccia A, Merkow JS, Koo PJ, Gajdos C, Pearlman NW, McCarter MD, Kounalakis N. SPECT/CT Improves Detection of Metastatic Sentinel Lymph Nodes in Patients with Head and Neck Melanoma. Ann Surg Oncol. 2016 Aug;23(8):2652-7.
1	4	40.2.3.03		ESCISIÓN DEL GANGLIO LINFÁTICO AXILAR (CENTINELA) CON TINTURA	ALGUNAS VECES NO ES POSIBLE LA UTILIZACION DEL EQUIPO DE GAMASONDA PARA LA REALIZACION DEL GANGLIO CENTINELA POR LO QUE SE DEBE REALIZAR LA TECNICA CON TINTURAS	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045297/pdf/can-10-674.pdf
1	4	40.4.4.01		VACIAMIENTO DE CUELLO VIDEOASISTIDO POR VÍA TRANSCERVICAL,	Cirugia minimamente invasiva videoasistida de cuello, adecuados resultados clinicos, oncoplasticos, funcionales y oncologicos	Chulam TC, Lira RB, Kowalski LP. Robotic-assisted modified retroauricular cervical approach: initial

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				TRANSAXILAR Y/O RETROAURICULAR		experience in Latin America. Rev Col Bras Cir. 2016 Jul-Aug;43(4):289-91 Lee DY, Baek SK, Jung KY. Endoscopic thyroidectomy: retroauricular approach. Gland Surg. 2016 Jun;5(3):327-35. Lira RB, Chulam TC, Koh YW, Choi EC, Kowalski LP. Retroauricular Endoscope-Assisted Approach to the Neck: Early Experience in Latin America. Int Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr;20(2):138-44. Byeon HK, Koh YW. The new era of robotic neck surgery: The universal application of the retroauricular approach. J Surg Oncol. 2015 Dec;112(7):707-16. Sharma A, Albergotti WG, Duvvuri U. Applications of Evolving Robotic Technology for Head and Neck Surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2016 Mar;125(3):207-12. Byeon HK, Holsinger FC, Tufano RP, Chung HJ, Kim WS, Koh YW, Choi EC. Robotic total thyroidectomy with modified radical neck dissection via unilateral retroauricular approach. Ann Surg Oncol. 2014 Nov;21(12):3872-5
1	4	40.4.4.02		VACIAMIENTO DE CUELLO SELECTIVO RADIO-GUIADO POR TÉCNICA DE ROLL (LOCALIZACIÓN RADIOGUIADA DE LESIÓN OCULTA)	Cirugia radioguiada de cabeza y cuello, reintervencion	Giles YŞ, Sarıcı IS, Tunca F, Sormaz IC, Salmaslıoğlu A, Adalet I, Özgür I, Tezelman S5, Terzioğlu T. The rate of operative success achieved with radioguided occult lesion localization and intraoperative ultrasonography in patients with recurrent papillary thyroid cancer. Surgery. 2014 Nov;156(5):1116-26. Ilgan S, Oztürk E, Yildiz R, Emer O, Ayan A, Görgülü S, Alagöz E, Deveci S, Ozgüven MA, Tufan T. Combination of preoperative ultrasonographic mapping and radioguided occult lesion localization in patients with locally

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						recurrent/persistent papillary thyroid carcinoma: a practical method for central compartment reoperations. Clin Nucl Med. 2010 Nov;35(11):847-52. Borsò E, Grosso M, Boni G, Manca G, Bianchi P, Puccini M, Arganini M, Cabria M, Piccardo A, Arlandini A, Orlandini C, Mariani G. Radioguided occult lesion localization of cervical recurrences from differentiated thyroid cancer: technical feasibility and clinical results. Q J Nucl Med Mol Imaging. 2013 Dec;57(4):401-11.
1	4	40.4.4.03		VACIAMIENTO MEDIASTINAL POR CERVICOTOMÍA	Más del 50% de los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides tienen metástasis en el mediastino anterosuperior al momento del tratamiento. Hace parte de la tiroidectomía oncológica.	1- 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. **Thyroid** 2015 American Thyroid Association DOI: 10.1089/thy.2015.0020. 2- Sánchez G, Gutiérrez C, Valenzuela A y Tovar JR. Carcinoma diferenciado de la glándula tiroidea: Hallazgos en 16 años de manejo multidisciplinario. Rev Colomb Cir 2014 29(2):102-109. 3- Sanabria Á, Chala A, Ramírez A y Álvarez A. Anatomía quirúrgica cervical de importancia en cirugía tiroidea. Rev Colomb Cir 2014 29 (2):40-48. 4- R. Michael Tuttle, Rebecca Leboeuf, Andrew J. Martorella. Papillary Thyroid Cancer: Monitoring and Therapy. Endocrinol Metab Clin N Am. 36 (2007) 753–778. 5- American Thyroid Association Surgery Working Group. Consensus Statement on the terminology and Classification of central neck dissection for Thyroid Cancer. THYROID 2009 19 (11):1153-1159

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	40.4.4.04		VACIAMIENTO MEDIASTINAL POR ESTERNOTOMÍA	Más del 50% de los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides tienen metástasis en el mediastino anterosuperior al momento del tratamiento. Hace parte de la tiroidectomía oncológica. Abordaje esternal limitado adicional	1- 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2015 American Thyroid Association DOI: 10.1089/thy.2015.0020. 2- Sánchez G, Gutiérrez C, Valenzuela A y Tovar JR. Carcinoma diferenciado de la glándula tiroidea: Hallazgos en 16 años de manejo multidisciplinario. Rev Colomb Cir 2014 29(2):102-109. 3- Sanabria Á, Chala A, Ramírez A y Álvarez A. Anatomía quirúrgica cervical de importancia en cirugía tiroidea. Rev Colomb Cir 2014 29 (2):40-48. 4- R. Michael Tuttle, Rebecca Leboeuf, Andrew J. Martorella. Papillary Thyroid Cancer: Monitoring and Therapy. Endocrinol Metab Clin N Am. 36 (2007) 753–778. 5- American Thyroid Association Surgery Working Group. Consensus Statement on the terminology and Classification of central neck dissection for Thyroid Cancer. THYROID 2009 19 (11):1153-1159
1	4	40.5.1.01		MUESTREO AXILAR	NO EXISTE CODIGO	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1352977/pdf/annsurg00142-0022.pdf
1	3	40.5.2		VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO TORACICO	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO TORACICO Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DEL MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS DEL MEDIASTINO. SU REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Surg Endosc. 2016 Aug 23. [Epub ahead of print] Surgical anatomy of the supracarinal esophagus based on a minimally invasive approach: vascular and nervous anatomy and technical steps to resection and lymphadenectomy. Cuesta MA1, van der Wielen N2, Weijs TJ3, Bleys RL4, Gisbertz SS5, van Duijvendijk P6, van Hillegersberg R3, Ruurda JP3, van Berge Henegouwen

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						MI5, Straatman J2, Osugi H7, van der Peet D; J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2016 Oct;26(10):752-756. Epub 2016 Aug 22. Transhiatal Esophagectomy for Esophageal Cancer. Namm JP1, Posner MC;
1	4	40.5.2.01		LINFADENECTOMIA RADICAL TORACICA POR TORACOTOMIA/LAPAROTOMIA	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO TORACICO Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DEL MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS DEL MEDIASTINO. SU REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Surg Endosc. 2016 Aug 23. [Epub ahead of print] Surgical anatomy of the supracarinal esophagus based on a minimally invasive approach: vascular and nervous anatomy and technical steps to resection and lymphadenectomy. Cuesta MA, van der Wielen N, Weijs TJ, Bleys RL, Gisbertz SS, van Duijvendijk P, van Hillegersberg R, Ruurda JP, van Berge Henegouwen MI, Straatman J, Osugi H, van der Peet D; J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2016 Oct;26(10):752-756. Epub 2016 Aug 22. Transhiatal Esophagectomy for Esophageal Cancer. Namm JP, Posner MC;
1	4	40.5.2.02		LINFADENECTOMIA RADICAL TORACICA POR TORACOSCOPIA/LAPAROSCOPIA	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO TORACICO Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DEL MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS DEL MEDIASTINO. SU REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2016 Sep 25;19(9):990-994; Dis Esophagus. 2016 Oct;29(7):773-779. doi: 10.1111/dote.12407. Epub 2015 Sep 18. Optimal surgical approach for esophageal cancer in the era of minimally invasive esophagectomy and neoadjuvant therapy. Noordman BJ1, Wijnhoven BP2, van Lanschot J; World J Gastroenterol. 2010 Aug 14;16(30):3804-10. Transhiatal versus transthoracic esophagectomy for esophageal cancer. Barreto JC1, Posner MC [Efficacy comparison between two-

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						field and three-field lymphadenectomy for thoracic esophageal squamous cell carcinoma]. [Article in Chinese] Lin D, Ye T, Ma L, Shao L, Song Z, Jiang S, Xiang J; World J Gastroenterol. 2014 Dec 21;20(47):18022-30. doi: 10.3748/wjg.v20.i47.18022. Three-field vs two-field lymph node dissection for esophageal cancer: a meta-analysis. Ma GW, Situ DR, Ma QL, Long H, Zhang LJ, Lin P, Rong TH; Chirurg. 2014 Aug;85(8):668-74. doi: 10.1007/s00104-014-2754-6. [Evidence base for minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer]. [Article in German] Benedix F1, Dalicho SF, Stübs P, Schubert D, Bruns C
1	4	40.5.2.03		LINFADENECTOMIA RADICAL TORACICA POR ROBOT	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO TORACICO Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DEL MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS DEL MEDIASTINO. SU REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Trials. 2012 Nov 30;13:230. doi: 10.1186/1745-6215-13-230. Robot-assisted minimally invasive thoraco-laparoscopic esophagectomy versus open transthoracic esophagectomy for resectable esophageal cancer, a randomized controlled trial (ROBOT trial). van der Sluis PC1, Ruurda JP, van der Horst S, Verhage RJ, Besselink MG, Prins MJ, Haverkamp L, Schippers C, Rinkes IH, Joore HC, Ten Kate FJ, Koffijberg H, Kroese CC, van Leeuwen MS, Lolkema MP, Reerink O, Schipper ME, Steenhagen E, Vleggaar FP, Voest EE, Siersema PD, van Hillegersberg R; J Robot Surg. 2016 Oct 25. [Epub ahead of print] Robotic-assisted minimally invasive esophagectomy for treatment of

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						esophageal carcinoma. Chiu PW, Teoh AY, Wong VW, Yip HC, Chan SM, Wong SK, Ng EK4; Am Surg. 2016 Aug;82(8):730-2. Robotic Transhiatal Esophagectomy in a Community Hospital: Evolution of Technique. Horst VD1, Patel HD, Hewlett SC; J Surg Oncol. 2015 Sep;112(3):257-65. doi: 10.1002/jso.23922. Robot-assisted minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: A systematic review. Ruurda JP1, van der Sluis PC1, van der Horst S1, van Hilllegersberg R
1	4	40.5.4.04		LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL INTRAPERITONEAL POR LAPAROTOMIA	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO ABDOMINAL Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DE MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS INTRAPERITONEALES. SU REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Colorectal Dis. 2015 Jan;17(1):7-16. doi: 10.1111/codi.12793. Complete mesocolic excision in colorectal cancer: a systematic review. Kontovounisios C1, Kinross J, Tan E, Brown G, Rasheed S, Tekkis P; Eur J Surg Oncol. 2015 Oct;41(10):1348-53. doi: 10.1016/j.ejso.2015.05.004. Epub 2015 Jun 4. Distribution of involved abdominal lymph nodes is correlated with the distance from the esophagogastric junction to the distal end of the tumor in Siewert type II tumors. Mine S, Kurokawa Y, Takeuchi H, Kishi K, Ito Y, Ohi M, Matsuda T, Hamakawa T, Hasegawa S, Yoshikawa T, Hiki N; Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2016 Apr;38(4):300-4. doi: 10.3760/cma.j.issn.0253-3766.2016.04.011. [Prognostic significance of the number of dissected lymph nodes in Siewert type II adenocarcinoma of the esophagogastric junction without lymphatic metastasis].

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						[Article in Chinese] Wang JQ1, Wei DZ1, Xie MR1, Xu SB1, Ma DC
1	4	40.5.4.05		LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL INTRAPERITONEAL POR LAPAROSCOPIA	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO ABDOMINAL Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DE MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS INTRAPERITONEALES. SU REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Digestion. 2012;85(2):121-5. doi: 10.1159/000334683. Epub 2012 Jan 19. A new approach to laparoscopic lymph node excision in cases of transverse colon cancer. Nakanishi M1, Kokuba Y, Murayama Y, Komatsu S, Shiozaki A, Kuriu Y, Ikoma H, Ichikawa D, Fujiwara H, Okamoto K, Ochiai T, Otsuji E; Hepatogastroenterology. 2004 Mar-Apr;51(56):454-6. Lymphadenectomy along the middle colic artery in laparoscopic resection of transverse colon. Ichihara T1, Takada M, Fukumoto S, Kuroda Y; Colorectal Dis. 2015 Jan;17(1):7-16. doi: 10.1111/codi.12793. Complete mesocolic excision in colorectal cancer: a systematic review. Kontovounisios C1, Kinross J, Tan E, Brown G, Rasheed S, Tekkis P; Surg Endosc. 2015 Jan;29(1):34-40. doi: 10.1007/s00464-014-3650-3. Epub 2014 Jul 2. Laparoscopic complete mesocolic excision with radical lymph node dissection along the surgical trunk for right colon cancer. Mori S1, Baba K, Yanagi M, Kita Y, Yanagita S, Uchikado Y, Arigami T, Uenosono Y, Okumura H, Nakajo A, Maemuras K, Ishigami S, Natsugoe S.
1	4	40.5.4.06		LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL INTRAPERITONEAL POR ROBOT	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO ABDOMINAL Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DE MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS INTRAPERITONEALES. SU	World J Surg. 2013 Dec;37(12):2771-81. doi: 10.1007/s00268-013-2100-z. Robot-assisted gastrectomy for gastric cancer: current status and technical considerations.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Coratti A1, Annecchiarico M, Di Marino M, Gentile E, Coratti F, Giulianotti PC; J Surg Res. 2011 Apr;166(2):e113-20. doi: 10.1016/j.jss.2010.11.881. Epub 2010 Dec 13. Full robotic gastrectomy with extended (D2) lymphadenectomy for gastric cancer: surgical technique and preliminary results. D'Annibale A1, Pende V, Pernazza G, Monsellato I, Mazzocchi P, Lucandri G, Morpurgo E, Contardo T, Sovernigo G; Pathol Oncol Res. 2016 Oct 17. [Epub ahead of print] Advances in Laparoscopic and Robotic Gastrectomy for Gastric Cancer. Tsai SH1, Liu CA, Huang KH, Lan YT, Chen MH, Chao Y, Lo SS, Li AF, Wu CW, Chiou SH, Yang MH, Shyr YM, Fang W; Surg Endosc. 2015 Nov;29(11):3251-60. doi: 10.1007/s00464-015-4069-1. Epub 2015 Jan 29. Robotic distal subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer patients with high body mass index: comparison with conventional laparoscopic distal subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy. Lee J, Kim YM, Woo Y, Obama K, Noh SH, Hyung WJ
1	4	40.5.4.11		LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA POR ROBOT	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO PELVICO Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DE MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS PELVICOS. SU REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Int J Gynecol Cancer. 2015 Feb;25(2):331-6. doi: 10.1097/IGC.0000000000000338. Role of a double docking to improve lymph node dissection: when robotically assisted laparoscopy for para-aortic lymphadenectomy is associated to a pelvic procedure. Franké O1, Narducci F, Chereau-Ewald E, Orsoni M, Jauffret C, Leblanc E,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Houvenaeghel G, Lambaudie E.; J Surg Oncol. 2015 Dec;112(7):782-9. doi: 10.1002/jso.24005. Epub 2015 Aug 20. Indications and techniques for robotic pelvic and para-aortic lymphadenectomy in gynecologic oncology. Wisner KP1,2, Gupta S1, Ahmad S1,2,3, Holloway RW; J Minim Invasive Gynecol. 2014 Jul-Aug;21(4):674-81. doi: 10.1016/j.jmig.2014.01.023. Epub 2014 Jan 31. Comparison of perioperative outcomes and cost between robotic-assisted and conventional laparoscopy for transperitoneal infrarenal para-aortic lymphadenectomy (TIPAL). Coronado PJ, Fasero M, Magrina JF, Herraiz MA, Vidart JA; J Minim Invasive Gynecol. 2014 Jul-Aug;21(4):674-81. doi: 10.1016/j.jmig.2014.01.023; J Urol. 2011 Jan;185(1):79-83. doi: 10.1016/j.juro.2010.09.031. Epub 2010 Nov 12. Robot assisted extended pelvic lymphadenectomy at radical cystectomy: lymph node yield compared with second look open dissection. Davis JW1, Gaston K, Anderson R, Dinney CP, Grossman HB, Munsell MF, Kamat AM
1	4	40.5.5.04		RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO RETROPERITONEAL SIN VACIAMIENTO	IGUAL PROCEDIMIENTO EXTENSION DIFERENTE	Mullen J. Clinical features, evaluation, and treatment of retroperitoneal soft tissue sarcoma. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/KBffye**
1	4	40.5.5.05		RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO RETROPERITONEAL SIN	IGUAL PROCEDIMIENTO DIFERENTE TECNICA VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Mullen J. Clinical features, evaluation, and treatment of retroperitoneal soft tissue sarcoma. In: Uptodate,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				VACIAMIENTO POR LAPAROSCOPIA		2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/KBffye**
1	4	40.5.5.11		LINFADENECTOMIA RADICAL RETROPERITONEAL POR ROBOT	SE REALIZA UN VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO RETROPERITONEAL Y/O LINFADENECTOMIA, EN CASOS DE MANEJO ONCOLOGICO DE PATOLOGIAS MALIGNAS DE ORGANOS RETRAPERITONEALES. SU REALIZACION HACE PARTE DEL MANEJO INTEGRAL ONCOLOGICO, CON INTENCION CURATIVA. DE IGUAL MANERA, LA VIA DE ABORDAJE PARA SU REALIZACION, DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR	Arch Gynecol Obstet. 2016 Jan;293(1):11-28. doi: 10.1007/s00404-015-3814-y. Epub 2015 Jul 19. Robotic retroperitoneal lymph node dissection in gynaecological neoplasms: comparison of extraperitoneal and transperitoneal lymphadenectomy. Iavazzo C, Gkegkes ID; J Surg Oncol. 2015 Dec;112(7):782-9. doi: 10.1002/jso.24005. Epub 2015 Aug 20. Indications and techniques for robotic pelvic and para-aortic lymphadenectomy in gynecologic oncology. Wisner KP, Gupta S, Ahmad S, Holloway RW; J Minim Invasive Gynecol. 2014 Jul-Aug;21(4):674-81. doi: 10.1016/j.jmig.2014.01.023. Epub 2014 Jan 31. Comparison of perioperative outcomes and cost between robotic-assisted and conventional laparoscopy for transperitoneal infrarenal para-aortic lymphadenectomy (TIPAL). Coronado PJ, Fasero M, Magrina JF, Herraiz MA, Vidart JA; J Surg Oncol. 2015 Dec;112(7):736-40. doi: 10.1002/jso.24018. Epub 2015 Sep 9. Robot-assisted retroperitoneal lymph node dissection in testicular cancer. Abdul-Muhsin HM, L'esperance JO, Fischer K, Woods ME, Porter JR, Castle EP
1	3	40.5.6		LINFADENECTOMIA RADICAL DEL HILIO HEPATICO	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	40.5.6.01		LINFADENECTOMIA RADICAL DEL HILIO HEPATICO POR LAPAROTOMIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	40.5.6.02		LINFADENECTOMIA RADICAL DEL HILIO HEPATICO POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	42.3.1.03		DIVERTICULECTOMÍA DEL ESÓFAGO POR TORACOSCOPIA	Procedimiento por otro abordaje	Macke RA, Luketich JD, Pennathur A, Bianco V, Awais O, Gooding WE, Christie NA, Schuchert MJ, Nason KS, Levy RM. Thoracic Esophageal Diverticula: A 15-Year Experience of Minimally Invasive Surgical Management.Ann Thorac Surg. 2015 Nov;100(5):1795-802.
1	4	42.3.2.04		RESECCIÓN DE TUMOR DE ESÓFAGO VÍA TORACOSCOPIA	Procedimiento por otro abordaje	Wang YX, Zhang J, Liu Y, Liu Y, Chu XY, Lu ZS, Wang ZB, Tong XY. Diagnosis and comprehensive treatment of esophageal leiomyoma: clinical analysis of 77 patients. Int J Clin Exp Med. 2015 Oct 15;8(10):17214-20
1	4	42.3.2.05		RESECCIÓN DE TUMOR DE ESÓFAGO VÍA LAPAROSCOPIA	Procedimiento por otro abordaje	Yanagawa et al. A large esophageal gastrointestinal stromal tumor that was successfully resected after neoadjuvant imatinib treatment: case report. World Journal of Surgical

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Oncology 2014, 12:47. http://www.wjso.com/content/12/1/47 Blum MG, Bilimoria KY, Wayne JD, de Hoyos AL, Talamonti MS, Adley B: Surgical considerations for the management and resection of esophageal gastrointestinal stromal tumors. Ann Thorac Surg 2007, 84:1717–1723.
1	4	42.3.2.06		RESECCIÓN DE TUMOR DE ESÓFAGO VÍA TORACICA ASISTIDA POR ROBOT	Procedimiento por otro abordaje	Weksler B, Sharma P, Moudgill N, Chojnacki KA, Rosato EL. Robot-assisted minimally invasive esophagectomy is equivalent to thoracoscopic minimally invasive esophagectomy. Diseases of the Esophagus 2012; 25: 403–409. Trugeda Carrera MS, Fernández-Díaz MJ, Rodríguez-Sanjuán JC, Manuel-Palazuelos JC, de Diego García EM, Gómez-Fleitas M. Resultados iniciales de la esofaguectomía robótica en el cáncer de esófago. Cir Esp. 2015. http://dx.doi.org/10.1016/j. ciresp.2015.01.002
1	4	42.3.2.07		RESECCIÓN DE TUMOR DE ESÓFAGO VÍA ABDOMINAL ASISTIDA POR ROBOT	Procedimiento por otro abordaje	Dunn DH, Johnson EM, Morphew JA, Dilworth HP, Krueger JL, Banerji N. Robot-assisted transhiatal esophagectomy: a 3-year single-center experience. Dis Esophagus. 2013 Feb-Mar;26(2):159-66. doi: 10.1111/j.1442-2050.2012.01325.x. Epub 2012 Mar 6.
1	4	42.3.3.08		SESION DE TERAPIA ENDOSCOPICA ESOFAGICA CON ARGON PLASMA	TERAPIA EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES, SANGRADO GASTROINTESTINAL, MANEJO TEMPRANO DE LESIONES NEOPLASICAS, CON UN ALTO NIVEL DE EFECTIVIDAD A CORTO Y MEDIANO PLAZO, DISMINUYENDO LAS TASAS DE RESANGRADO	Arq Gastroenterol. 2016 Jan-Mar;53(1):10-9. doi: 10.1590/S0004-28032016000100004; Gastrointest Endosc. 2016 Feb;83(2):453. doi: 10.1016/j.gie.2015.08.067. Epub 2015 Sep 8. Argon plasma coagulation: a less-expensive alternative to the "stent-in-stent" technique for removal of

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						embedded partially covered esophageal stents. Fiocca F, Cereatti F, Antypas P, Donatelli G. SURGERY VERSUS ENDOSCOPIC THERAPIES FOR EARLY CANCER AND HIGH-GRADE DYSPLASIA IN THE ESOPHAGUS: a systematic review. Bustamante FA, Hourneaux DE Moura EG, Bernardo W, Sallum RA, Ide E, Baba E; Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD003791. Argon plasma coagulation therapy for acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Havanond C, Havanond P; J Clin Gastroenterol. 2009 Nov-Dec;43(10):941-5. doi: 10.1097/MCG.0b013e31819c3885. Comparison of hemostatic efficacy for argon plasma coagulation and distilled water injection in treating high-risk bleeding ulcers. Wang HM1, Hsu PI, Lo GH, Chen TA, Cheng LC, Chen WC, Lin CK, Yu HC, Chan HH, Tsai WL, Wang EM, Lai KH; Aliment Pharmacol Ther. 2014 Jan;39(1):15-34. doi: 10.1111/apt.12527. Epub 2013 Oct 20. Review article: gastrointestinal angiodysplasia - pathogenesis, diagnosis and management. Sami SS1, Al-Araji SA, Ragunath K.
1	4	42.3.3.09		ESCICICIÓN TRANSORAL ENDOSCÓPICA DE TEJIDO DEL ESÓFAGO (POEM)	Procedimiento endoscópico de tecnología nueva	Ngamruengphong S, Inoue H, et al. Long-term outcomes of per-oral endoscopic myotomy in achalasia patients with a minimum follow-up of 2 years: an international multicenter study. Gastrointest Endosc. 2016 Sep 20. pii: S0016-5107(16)30586-7. doi: 10.1016/j.gie.2016.09.017

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	42.4.2.01		ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL LAPAROSCÓPICA	Procedimiento por otro abordaje	Avital S, Zundel N, Szomstein S, Rosenthal R. Laparoscopic transhiatal esophagectomy for esophageal cancer. Am J Surg. 2005 Jul;190(1):69-74. McCahill LE, May M, Morrow JB, Khandavalli S, Shabahang B, Kemmeter P, Pimiento JM. Esophagectomy outcomes at a mid-volume cancer center utilizing prospective multidisciplinary care and a 2-surgeon team approach. Am J Surg. 2014 Mar;207(3):380-6; discussion 385-6. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.09.013. Epub 2013 Dec 19.
1	4	42.4.2.02		ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL ASISTIDA POR ROBOT	Procedimiento por otro abordaje	Dunn DH, Johnson EM, Morphew JA, Dilworth HP, Krueger JL, Banerji N. Robot-assisted transhiatal esophagectomy: a 3-year single-center experience. Dis Esophagus. 2013 Feb-Mar;26(2):159-66.
1	4	42.5.2.01		EOFAGOGASTROSTOMÍA POR TORACOSCOPIA	Procedimiento por otro abordaje	Nguyen NT, Hinojosa MW, Smith BR, Chang KJ, Gray J, Hoyt D.Minimally invasive esophagectomy: lessons learned from 104 operations. Ann Surg. 2008 Dec; 248(6):1081-91.
1	4	42.5.2.02		ESOFAGOGASTROSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	Procedimiento por otro abordaje	
1	4	42.5.2.03		ESOFAGOGASTROSTOMÍA POR TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	Procedimiento por otro abordaje	Weksler B, Sharma P, Moudgill N, Chojnacki KA, Rosato EL. Robot-assisted minimally invasive esophagectomy is equivalent to thoracoscopic minimally invasive esophagectomy. Diseases of the Esophagus 2012; 25: 403–409. Trugeda Carrera MS, Fernández-Díaz MJ, Rodríguez-Sanjuán JC, Manuel-Palazuelos JC, de Diego García EM, Gómez-Fleitas M. Resultados iniciales de la esofaguectomía robótica en el cáncer de esófago. Cir Esp. 2015.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						http://dx.doi.org/10.1016/j. ciresp.2015.01.002
1	4	42.5.2.04		ESOFAGOGASTROSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT	Procedimiento por otro abordaje	Dulucq JL1, Wintringer P, Mahajna A. Totally laparoscopic trans-hiatal gastroesophagectomy for benign diseases of the esophago-gastric junction. World J Gastroenterol. 2007 Jan 14;13(2):285-8.
1	4	42.5.3.01		ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO POR TORACOSCOPIA	Procedimiento por otro abordaje	Ninomiya I, Okamoto K, Oyama K, Hayashi H, Miyashita T, Tajima H, Kitagawa H, Fushida S, Fujimura T, Ohta T. Feasibility of esophageal reconstruction using a pedicled jejunum with intrathoracic esophagojejunostomy in the upper mediastinum for esophageal cancer. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2014 Oct;62(10):627-34.
1	4	42.5.3.02		ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO POR LAPAROSCOPIA	Procedimiento por otro abordaje	Pring C, Dexter S. A laparoscopic vagus-preserving Merendino procedure for early esophageal adenocarcinoma. Surg Endosc. 2010 May;24(5):1195-9.
1	4	42.5.5.03		RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON POR TORACOSCOPIA	Procedimiento por otro abordaje	Ninomiya I1, Okamoto K, Oyama K, Hayashi H, Miyashita T, Tajima H, Kitagawa H, Fushida S, Fujimura T, Ohta T. Feasibility of esophageal reconstruction using a pedicled jejunum with intrathoracic esophagojejunostomy in the upper mediastinum for esophageal cancer. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2014 Oct;62(10):627-34.
1	4	42.7.2.01		ESOFAGOTOMÍA POR TORACOSCOPIA CON MIOTOMÍA	Procedimiento por otro abordaje	Nomura T, Iwakiri K, Matsutani T, Hagiwara N, Fujita I, Nakamura Y, Kawami N, Miyashita M, Uchida E. Thoracoscopic long myotomy in the prone position to treat rapid esophageal contractions with normal latency. J Clin Gastroenterol. 2015 Apr;49(4):320-2.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	42.7.4.03		ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA POR VIA ENDOSCOPICA (POEM - PER ORAL ENDOSCOPIC MIOTOMY)	ES UN PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO QUE SE REALIZA EN EL MUNDO DESDE EL 2009, CON EFICACIA SIMILAR AL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL MANEJO DE LA ACALASIA, CON BUENOS RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA, TASA DE COMPLICACIONES E IMPLICACIONES CLINICAS. ES UNA ALTERNATIVA EN EL MOMENTO AL MANEJO QUIRURGICO POR LAPAROTOMIA O LAPAROSCOPIA, DE LA ACALASIA.	Efficacy of peroral endoscopic myotomy (POEM) in the treatment of achalasia: a systematic review and meta-analysis, Talukdar, R., Inoue, H. & Reddy, D.N. Surg Endosc (2015) 29: 3030. doi:10.1007/s00464-014-4040-6; A Matched Comparison of Per Oral Endoscopic Myotomy to Laparoscopic Heller Myotomy in the Treatment of Achalasia, Schneider, A.M., Louie, B.E., Warren, H.F. et al. J Gastrointest Surg (2016) 20: 1789. doi:10.1007/s11605-016-3232-x; Stavropoulos SN, Desilets DJ, Fuchs KH, Gostout CJ, Haber G, Inoue H, et al. Per-oral endoscopic myotomy white paper summary. Surg Endosc Other Interv Tech. 2014;28(7):2005–19; Inoue H. Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) for Esophageal Achalasia. Endoscopy [Internet]. 2010;42:265–71. Available from: /www.youtube.com/watch?v=1iG-eC113IM; Inoue H, Sato H, Ikeda H, Onimaru M, Sato C, Minami H, et al. Per-Oral Endoscopic Myotomy: A Series of 500 Patients. J Am Coll Surg [Internet]. American College of Surgeons; 2015;221(2):256–64. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.03.057; Bhayani NH, Kurian A a, Dunst CM, Sharata AM, Rieder E, Swanstrom LL. A comparative study on comprehensive, objective outcomes of laparoscopic Heller myotomy with per-oral endoscopic myotomy (POEM) for achalasia. Ann Surg [Internet]. 2014;259(6):1098–103. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24169175

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	42.7.4.04		ESOFAGOCARDIOMIOTOMÍA (HELLER) LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT	Procedimiento por otro abordaje	Horgan S, Galvani C, Gorodner MV, Omelanczuck P, Elli F, Moser F, Durand L, Caracoche M, Nefaj, Bustos S, Donahue P, Ferraina P. Robotic-Assisted Heller Myotomy Versus Laparoscopic Heller Myotomy for the Treatment of Esophageal Achalasia: Multicenter Study. J Gastrointest Surg 2005; 9: 1020–1030. Perry K, Kanji A, Drosdeck J, Linn JG, Chan A, P, Melvin S. Efficacy and durability of robotic heller myotomy for achalasia: patient symptoms and satisfaction at long-term follow-up. Surg Endosc DOI 10.1007/s00464-014-3576-9. Published May 31, 2014
1	3	42.8.8		ALARGAMIENTO DEL ESÓFAGO INTRAABDOMINAL		
1	4	42.8.8.00		ALARGAMIENTO DEL ESÓFAGO INTRAABDOMINAL MEDIANTE SECCIÓN DEL ESTÓMAGO (COLLIS) ABIERTO	Procedimiento no incluido, requerido en esófago corto y reflujo	Lugaresi M, Mattioli B, Daddi N, Di Simone MP, Perrone O, Mattioli S. Surgery for Type III-IV hiatal hernia: anatomical recurrence and global results after elective treatment of short oesophagus with open and minimally invasive surgery. Eur J Cardiothorac Surg. 2016 Apr;49(4):1137-43.
1	4	42.8.8.01		ALARGAMIENTO DEL ESÓFAGO INTRAABDOMINAL MEDIANTE SECCIÓN DEL ESTÓMAGO (COLLIS) POR LAPAROSCOPIA	Procedimiento no incluido, requerido en esófago corto y reflujo	Kunio NR, Dolan JP, Hunter JG. Short esophagus. Surg Clin North Am. 2015 Jun;95(3):641-52.
1	4	42.9.2.09		RADIOABLACION ENDOSCOPICA DEL ESOFAGO	TERAPIA EFECTIVA EN EL MANEJO DE LESIONES DISPLASICAS TEMPRANAS DEL ESOFAGO Y ERRADICACION DEL ESOFAGO DEL BARRET HASTA EN EL 90% DE LOS CASOS.	The role of endoscopy in Barrett's esophagus and other premalignant conditions of the esophagus, Volume 76, No. 6 : 2012 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2012.08.004; ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Barrett's Esophagus, Am J Gastroenterol advance online publication, 3 November 2015; doi:10.1038/ajg.2015.322; Gastrointest Endosc. 2016 Sep 23. pii: S0016-5107(16)30591-0. doi: 10.1016/j.gie.2016.09.022. [Epub ahead of print] Efficacy and safety outcomes of multimodal endoscopic eradication therapy in Barrett's esophagus-related neoplasia: a systematic review and pooled-analysis. Desai M, Saligram S, Gupta N, Vennalaganti P, Bansal A, Choudhary A, Vennelaganti S, He J, Titi M, Maselli R, Qumseya B, Olyaee M, Waxman I, Repici A, Hassan C, Sharma P; Z Gastroenterol. 2016 May;54(5):416-20. doi: 10.1055/s-0042-103246. Epub 2016 May 12. [Endoscopic mucosal resection (EMR) followed by radiofrequency ablation (RFA) in neoplastic Barrett's esophagus or Barrett early cancer is also economically superior to sole radical endoscopic resection]. [Article in German] Wilke M, Rathmayer M, Schenker M, Schepp W
1	4	42.9.3.01		INSERCION ENDOSCOPICA DE PROTESIS (STENT) EN ESOFAGO	LA INSERCION DE UNA PROTESIS ESOFAGICA PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LO ANTERIOR DEPENDE DE LA	Advanced endoscopic imaging: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technology Review, James E. East, Jasper L. Vleugels, Philip Roelandt, Pradeep Bhandari, Raf Bisschops, Evelien Dekker, Cesare Hassan, Gareth Horgan, Ralf Kiesslich, Gaius Longcroft-Wheaton, Ana Wilson, Jean-Marc Dumonceau, DOI http://dx.doi.org/ 10.1055/s-0042-114210

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					INDICACION Y CASO CLINICO EN PARTICULAR.	Published online: 2016 Endoscopy; Role of Esophageal Stents in Benign and Malignant Diseases, Am J Gastroenterol 2010; 105:258–273; doi:10.1038/ajg.2009.684; published online 22 December 2009: The role of endoscopy in the assessment and treatment of esophageal cancer, GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 77, No. 3 : 2013, http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2012.10.001
1	4	42.9.3.02		INSERCION ENDOSCOPICA DE PROTESIS (STENT) EN UNION ESOFAGOGASTRICA	LA INSERCION DE UNA PROTESIS O STENT EN LA UNION GASTROESOFAGICA, PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LO ANTERIOR DEPENDE DE LA INDICACION Y CASO CLINICO EN PARTICULAR.	Advanced endoscopic imaging: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technology Review, James E. East, Jasper L. Vleugels, Philip Roelandt, Pradeep Bhandari, Raf Bisschops, Evelien Dekker, Cesare Hassan, Gareth Horgan, Ralf Kiesslich, Gaius Longcroft-Wheaton, Ana Wilson, Jean-Marc Dumonceau, DOI http://dx.doi.org/ 10.1055/s-0042-114210 Published online: 2016 Endoscopy; Role of Esophageal Stents in Benign and Malignant Diseases, Am J Gastroenterol 2010; 105:258–273; doi:10.1038/ajg.2009.684; published online 22 December 2009: The role of endoscopy in the assessment and treatment of esophageal cancer, GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 77, No. 3 : 2013, http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2012.10.001
1	4	42.9.3.03		INSERCION ENDOSCOPICA DE PROTESIS (STENT) EN ANASTOMOSIS ESOFAGOGASTRICA	LA INSERCION DE UNA PROTESIS Y/O STENT SOBRE UNA ANASTOMOSIS, SE REALIZA CUANDO SE PRESENTA ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE LA MISMA, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION ADYUVANTE	Surg Obes Relat Dis. 2016 Aug;12(7):1373-1381. doi: 10.1016/j.soard.2016.02.041. Epub 2016 Mar 2. Endoscopic stents in the management of anastomotic complications after

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					Y/O PALIATIVA, SEGUN EL CASO CLINICO EN PARTICULAR.	foregut surgery: new applications and techniques. Chang J, Sharma G, Boules M, Brethauer S, Rodriguez J, Kroh MD; Surg Obes Relat Dis. 2011 Sep-Oct;7(5):628-36. doi: 10.1016/j.soard.2011.03.017. Epub 2011 May 25. Endoscopic stent management of leaks and anastomotic strictures after foregut surgery. Yimcharoen P1, Heneghan HM, Tariq N, Brethauer SA, Kroh M, Chand B; Surg Obes Relat Dis. 2014 Jul-Aug;10(4):613-7. doi: 10.1016/j.soard.2013.12.018. Epub 2014 Jan 11. The role of endoscopic stents in the management of chronic anastomotic and staple line leaks and chronic strictures after bariatric surgery. Puig CA, Waked TM, Baron TH Sr, Wong Kee Song LM, Gutierrez J, Sarr MG; J Am Coll Surg. 2008 May;206(5):935-8; discussion 938-9. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2008.02.016. Use of endoscopic stents to treat anastomotic complications after bariatric surgery. Eubanks S1, Edwards CA, Fearing NM, Ramaswamy A, de la Torre RA, Thaler KJ, Miedema BW, Scott JS;
1	4	42.9.3.04		INSERCION ENDOSCOPICA DE PROTESIS (STENT) EN ANASTOMOSIS ESOFAGOENTERAL	LA INSERCION DE UNA PROTESIS Y/O STENT SOBRE UNA ANASTOMOSIS, SE REALIZA CUANDO SE PRESENTA ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE LA MISMA, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION ADYUVANTE Y/O PALIATIVA, SEGUN EL CASO CLINICO EN PARTICULAR.	Surg Obes Relat Dis. 2016 Aug;12(7):1373-1381. doi: 10.1016/j.soard.2016.02.041. Epub 2016 Mar 2. Endoscopic stents in the management of anastomotic complications after foregut surgery: new applications and techniques. Chang J, Sharma G, Boules M,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Brethauer S, Rodriguez J, Kroh MD; Surg Obes Relat Dis. 2011 Sep-Oct;7(5):628-36. doi: 10.1016/j.soard.2011.03.017. Epub 2011 May 25. Endoscopic stent management of leaks and anastomotic strictures after foregut surgery. Yimcharoen P1, Heneghan HM, Tariq N, Brethauer SA, Kroh M, Chand B; Surg Obes Relat Dis. 2014 Jul-Aug;10(4):613-7. doi: 10.1016/j.soard.2013.12.018. Epub 2014 Jan 11. The role of endoscopic stents in the management of chronic anastomotic and staple line leaks and chronic strictures after bariatric surgery. Puig CA, Waked TM, Baron TH Sr, Wong Kee Song LM, Gutierrez J, Sarr MG; J Am Coll Surg. 2008 May;206(5):935-8; discussion 938-9. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2008.02.016. Use of endoscopic stents to treat anastomotic complications after bariatric surgery. Eubanks S1, Edwards CA, Fearing NM, Ramaswamy A, de la Torre RA, Thaler KJ, Miedema BW, Scott JS;
1	3	42.9.5		OTROS PROCEDIMIENTOS ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO		
1	4	42.9.5.00		DISPOSITIVO MAGNÉTICO ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA (LINX)	Procedimiento antirreflujo de nueva tecnología con dispositivo magnético	Sheu EG1, Rattner DW. Evaluation of the LINX antireflux procedure. Curr Opin Gastroenterol. 2015 Jul;31(4):334-8.
1	CATEGORIA/ SUBCATEG	43.0.01/96.6.1.02		COLOCACION INTRAOPERATORIO DE SONDA ORO O NASOENTERAL (GASTRICA, DUODENAL O YEYUNAL)	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE	DeLegge, Mark H . Gastrostomy tubes: Placement and routine care[Monography]. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/6LVCB6**

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				PARA ALIMENTACION ENTERAL POR VÍA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA.		
1	3	43.1.3	3	GASTROSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINMA INVASION	DeLegge, Mark H . Gastrostomy tubes: Placement and routine care[Monography]. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/6LVCB7**
1	4	43.4.1.05		SESION DE TERAPIA ENDOSCOPICA GASTRICA CON ARGON PLASMA	TERAPIA EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES, SANGRADO GASTROINTESTINAL, MANEJO TEMPRANO DE LESIONES NEOPLASICAS, CON UN ALTO NIVEL DE EFECTIVIDAD A CORTO Y MEDIANO PLAZO, DISMINUYENDO LAS TASAS DE RESANGRADO	BMC Gastroenterol. 2012 Jun 9;12:67. doi: 10.1186/1471-230X-12-67. Comparison of argon plasma coagulation in management of upper gastrointestinal angiodysplasia and gastric antral vascular ectasia hemorrhage. Chiu YC, Lu LS, Wu KL, Tam W, Hu ML, Tai WC, Chiu KW, Chuah SK; Gastrointest Endosc. 2008 Sep;68(3):440-6. doi: 10.1016/j.gie.2008.02.009. Epub 2008 Apr 18. The beneficial effects of argon plasma coagulation in the management of different types of gastric vascular ectasia lesions in patients admitted for GI hemorrhage. Herrera S, Bordas JM, Llach J, Ginès A, Pellisé M, Fernández-Esparrach G, Mondelo F, Mata A, Cárdenas A, Castells A; Clin Gastroenterol Hepatol. 2014 Apr;12(4):571-82. doi: 10.1016/j.cgh.2013.08.038. Epub 2013 Sep 5. Medical and endoscopic therapies for angiodysplasia and gastric antral vascular ectasia: a systematic review. Swanson E, Mahgoub A, MacDonald R, Shaukat A; Aliment Pharmacol Ther. 2014 Jan;39(1):15-34. doi: 10.1111/apt.12527. Epub 2013 Oct 20. Review article: gastrointestinal

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						angiodysplasia - pathogenesis, diagnosis and management. Sami SS1, Al-Araji SA, Ragunath K.
1	3	43.9.4		ESOFAGO GASTRECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINMA INVASION	Wirtzfeld, Debrah. [Monography].Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/1vJ6ZU**
1	2	43.10	10	GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL CON DISECCION GANGLIONAR NIVEL I	EXTENSION DEL PROCEDIMIENTO	Wirtzfeld, Debrah. [Monography].Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/1vJ6ZU**
1	3	43.10.1	1	GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL CON DISECCION GANGLIONAR NIVEL II	EXTENSION DEL PROCEDIMIENTO	Wirtzfeld, Debrah. [Monography].Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/1vJ6ZU**
1	4	43.10.1.01		GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL CON DISECCION GANGLIONAR NIVEL III	EXTENSION DEL PROCEDIMIENTO	Wirtzfeld, Debrah. [Monography].Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/1vJ6ZU**
1	4	43.10.1.02		GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICION INTESTINAL POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Wirtzfeld, Debrah. [Monography].Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/1vJ6ZU**
1	4	43.10.1.03		GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL CON INTERPOSICION INTESTINAL POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINMA INVASION	Wirtzfeld, Debrah. [Monography].Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/1vJ6ZU**
1	4	43.10.1.04		GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL CON INTERPOSICION INTESTINAL POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Wirtzfeld, Debrah. [Monography].Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/1vJ6ZU**
1	4	43.10.1.05		GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINMA INVASION	Wirtzfeld, Debrah. [Monography]. Partial gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In:

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				CON O SIN VAGOTOMIA POR LAPAROSCOPIA		Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/eRZcA8**
1	4	43.10.1.06		DERIVACION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINMA INVASION	Lim, Robert B. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/aFQRHn**
1	4	43.10.1.07	7	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA CON EXCLUSION PILORICA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	DeLegge, Mark H . Gastrostomy tubes: Placement and routine care[Monography]. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/6LVCB8**
1	4	44.0.1.02		VAGOTOMIA TRONCAL POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Pérez, A. Vagotomy. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/q4E9ca**
1	IGUAL	44.0.1.10	IGUAL	VAGOTOMIA TRONCAL (SEROMIOTOMIA ANTERIOR) POR LAPAROSCOPIA	EXISTE EN CUPS	
1	3	44.0.3		VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Pérez, A. Vagotomy. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/q4E9ca**
1	3	44.1.6		GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL INTRAQUIRURGICA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Lim, Robert B. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/aFQRHn**
1	4	44.1.6.01		GASTROSCOPIA ATRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Lim, Robert B. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/aFQRHn**
1	4	44.1.6.02		BIOPSIA DEL ESTOMAGO POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Marks, J. Diagnostic staging laparoscopy: General principles for staging primary digestive malignancies. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/d8kB9y**
1	4	44.2.03.02		PILOROPLASTIA - PILORECTOMIA ANTERIOR POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Swanson, Scott . Surgical management of resectable esophageal and esophagogastric junction cancers. In:

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/zl76iV**
1	3	44.3.2		GASTROENTEROSTOMIA SIN GASTRECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Wirtzfeld, Debrah. [Monography].Total gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: Uptodate, 2016. [Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/1vJ6ZU**
1	4	44.3.2.01		DERIVACION GASTRICA PROXIMAL POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Lim, Robert B. Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/aFQRHn**
1	3	44.4.4.		MANEJO DE ULCERA PEPTICA GASTRICA PERFORADA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Vernon, A. Surgical management of peptic ulcer disease. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/Fehicz**
1	4	44.4.4.01		MANEJO DE ULCERA PEPTICA DUODENAL PERFORADA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Vernon, A. Surgical management of peptic ulcer disease. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/Fehicz**
1	4	44.4.4.02		GASTRORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Vernon, A. Surgical management of peptic ulcer disease. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/Fehicz**
1	4	44.6.1.01		GASTRORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO DIFERENTE TECNICA	Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons JSLS: 2003 Oct - Fec:7(4):377 - 382 Laparoscopic Suture Repair of a Perofrated Gastric Ulcer in a Severley Cirrhotic Patient Wiht Portal Hypertesion: Fists Case Report
1	4	44.6.4.01		GASTROPEXIA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO DIFERENTE TECNICA	Surgical Endoscopy November 1998, Volume 12 Issue 11. pp1356 - 1357 Laparosocpic gastropexy for chronic gastric volvulus Article Firs Online 02 April 2014, DOI 10.1007/s004649900856
1	4	44.6.6.04		CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MAS RECONSTRUCCIÓN DEL ESFÍNTER POR	Procedimiento por otro abordaje	Desiderio J, Trastulli S, Ricci F, Cirocchi R, Pressi E, Boselli C, Noya G, Pironi D, D'Andrea V, Santoro A, Parisi A.Robotic Nissen fundoplication for gastro-

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT		oesophageal reflux disease with hiatal hernia (with video). J Visc Surg. 2016 Apr;153(2):145-6.
1	4	44.6.6.05		CIRUGÍA DE REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO ANTIREFLUJO POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION , MAYOR COMPLEJIDAD CIRUGIA PRIMARIA	Schwaitzberg. S .Surgical management of gastroesophageal reflux in adults. n: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/OHpGAC** Annals of Surgery A Monthly review of Surgial Science Since 1885 Ann Surg. 2005 Jun 241(6): 861 - 871 Doi 10,1097/01.sla.0000165198,29398,4b When Fundoplication Fails Redo?
1	4	44.6.6.06		CORRECCION DE HERNIA HIATAL COMPLEJA MAS COLOCACION DE INJERTO O PROTESIS	EXTENSION DEL PROCEDIMIENTO MAS GRADO DE DIFICULTAD	Rosen, M.Surgical management of paraesophageal hernia. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/MNlMJk**
1	4	44.6.6.07		CORRECCION DE HERNIA HIATAL MAS COLOCACION DE PROTESIS POR LAPAROSCOPIA	MAYOR COMPLEJIDAD	Dehn, Tom. "Mesh Repairs in Hiatal Surgery." Annals of The Royal College of Surgeons of England 89.5 (2007): 479. PMC. Web. 27 Oct. 2016.
1	3	44.6.7		GASTROPEXIA POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Vernon, A. Surgical management of peptic ulcer disease. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/Fehicz**
1	4	44.9.2.01		REDUCCION DE VOLVULO GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	IGUAL PROCEDIMIENTO TECNICA DIFERENTE VENTAJAS DE LA MINIMA INVASION	Wee, J. Gastric volvulus in adults. In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available:**goo.gl/CTvgPW**
1	3	44.9.6		INSERCION DE PROTESIS (STENT) EN EL ESTOMAGO	LA INSERCION DE UNA PROTESIS Y/O STENT EN EL ESTOMAGO, PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE, ADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LO ANTERIOR DEPENDE DE LA INDICACION Y CASO CLINICO EN PARTICULAR.	The role of endoscopy in gastroduodenal obstruction and gastroparesis, Volume 74, No. 1 : 2011 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, doi:10.1016/j.gie.2010.12.003; Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016 Oct;26(5):368-371. Prognostic Factors of Oral Intake After Endoscopic Gastroduodenal Stent Placement for Advanced Gastric Cancer. Endo S, Yamada T, Ikenaga M, Konishi K, Ohta K, Matsumoto K, Takayama H, Kobayashi I, Akamatsu H, Sasaki K,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Murata J, Nishikawa K, Nishijima J; ANZ J Surg. 2016 Jun;86(6):464-8. doi: 10.1111/ans.12866. Epub 2014 Oct 7. Endoscopic self-expandable metallic stenting for palliation of malignant gastric outlet obstruction in Southeast Asia. Lye TJ, Goh YC, Eng AK, Ong HS, Wong WK, Chan WH; Gastrointest Endosc. 2016 Nov;84(5):757-763.e6. doi: 10.1016/j.gie.2016.03.1498. Epub 2016 Apr 4. Factors predicting through-the-scope gastroduodenal stenting outcomes in patients with gastric outlet obstruction: a large multicenter retrospective study in West Japan. Yamao K1, Kitano M1, Kayahara T2, Ishida E2, Yamamoto H2, Minaga K3, Yamashita Y3, Nakajima J4, Asada M4, Okabe Y4, Osaki Y4, Chiba Y5, Imai H1, Kudo M1.
1	4	44.9.6.01		INSERCION DE PROTESIS (STENT) EN EL ESTOMAGO POR LAPAROTOMIA	LA INSERCION DE UNA PROTESIS Y/O STENT EN EL ESTOMAGO, PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE, ADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LA INDICACION DE LAPAROTOMIA DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR, O POR EXISTIR DIFICULTAD O CONTRAINDICACION PARA EL MANEJO ENDOSCOPICO. .	The role of endoscopy in gastroduodenal obstruction and gastroparesis, Volume 74, No. 1 : 2011 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, doi:10.1016/j.gie.2010.12.003; Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016 Oct;26(5):368-371. Prognostic Factors of Oral Intake After Endoscopic Gastroduodenal Stent Placement for Advanced Gastric Cancer. Endo S, Yamada T, Ikenaga M, Konishi K, Ohta K, Matsumoto K, Takayama H, Kobayashi I, Akamatsu H, Sasaki K, Murata J, Nishikawa K, Nishijima J; ANZ J Surg. 2016 Jun;86(6):464-8. doi: 10.1111/ans.12866. Epub 2014 Oct 7. Endoscopic self-expandable metallic stenting for palliation of malignant

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						gastric outlet obstruction in Southeast Asia. Lye TJ, Goh YC, Eng AK, Ong HS, Wong WK, Chan WH; Gastrointest Endosc. 2016 Nov;84(5):757-763.e6. doi: 10.1016/j.gie.2016.03.1498. Epub 2016 Apr 4. Factors predicting through-the-scope gastroduodenal stenting outcomes in patients with gastric outlet obstruction: a large multicenter retrospective study in West Japan. Yamao K1, Kitano M1, Kayahara T2, Ishida E2, Yamamoto H2, Minaga K3, Yamashita Y3, Nakajima J4, Asada M4, Okabe Y4, Osaki Y4, Chiba Y5, Imai H1, Kudo M1.
1	4	44.9.6.02		INSERCION ENDOSCOPICA DE PROTESIS (STENT) EN EL ESTOMAGO	LA INSERCION DE UNA PROTESIS Y/O STENT EN EL ESTOMAGO, PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE, ADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LA INSERCION ENDOSCOPICA ES LA VIA DE ELECCION, SIN EMBARGO DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR.	The role of endoscopy in gastroduodenal obstruction and gastroparesis, Volume 74, No. 1 : 2011 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, doi:10.1016/j.gie.2010.12.003; Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016 Oct;26(5):368-371. Prognostic Factors of Oral Intake After Endoscopic Gastroduodenal Stent Placement for Advanced Gastric Cancer. Endo S, Yamada T, Ikenaga M, Konishi K, Ohta K, Matsumoto K, Takayama H, Kobayashi I, Akamatsu H, Sasaki K, Murata J, Nishikawa K, Nishijima J; ANZ J Surg. 2016 Jun;86(6):464-8. doi: 10.1111/ans.12866. Epub 2014 Oct 7. Endoscopic self-expandable metallic stenting for palliation of malignant gastric outlet obstruction in Southeast Asia. Lye TJ, Goh YC, Eng AK, Ong HS, Wong WK, Chan WH; Gastrointest Endosc. 2016 Nov;84(5):757-763.e6. doi:

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						10.1016/j.gie.2016.03.1498. Epub 2016 Apr 4. Factors predicting through-the-scope gastroduodenal stenting outcomes in patients with gastric outlet obstruction: a large multicenter retrospective study in West Japan. Yamao K1, Kitano M1, Kayahara T2, Ishida E2, Yamamoto H2, Minaga K3, Yamashita Y3, Nakajima J4, Asada M4, Okabe Y4, Osaki Y4, Chiba Y5, Imai H1, Kudo M1.
1	4	45.4.2.05		SESION DE TERAPIA ENDOSCOPICA COLONICA CON ARGON PLASMA	TERAPIA EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES, SANGRADO GASTROINTESTINAL, MANEJO TEMPRANO DE LESIONES NEOPLASICAS, CON UN ALTO NIVEL DE EFECTIVIDAD A CORTO Y MEDIANO PLAZO, DISMINUYENDO LAS TASAS DE RESANGRADO	Dig Dis. 2002;20(2):167-72. Endoscopic interventions for preneoplastic and neoplastic lesions: mucosectomy, argon plasma coagulation, and photodynamic therapy. Ortner MA1, Dorta G, Blum AL, Michetti P; Scand J Gastroenterol. 2014 May;49(5):632-41. doi: 10.3109/00365521.2014.903510. Epub 2014 Apr 2. Argon plasma coagulation in the right and left colon: safety-risk profile of the 60W-1.2 l/min setting. Panos MZ, Koumi A; Aliment Pharmacol Ther. 2014 Jan;39(1):15-34. doi: 10.1111/apt.12527. Epub 2013 Oct 20. Review article: gastrointestinal angiodysplasia - pathogenesis, diagnosis and management. Sami SS1, Al-Araji SA, Ragunath K.
1	4	46.7.3.02		ENTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	PATOLOGIA QUIRURGICA CON MAYOR GRADO DE COMPLEJIDAD E IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DIFERENTES A LAS DE UNA ENTERORRAFIA TRADICIONAL. TECNICAMENTE DEMANDANTE PARA EL CIRUJANO Y SU CATEGORIZACION DEBE SER DIFERENTE A LA	Rajeev Sinha, MS, Neeta Sharma, MS, and Mohit Joshi, MS. Laparoscopic Repair of Small Bowel Perforation. JSLS. 2005 Oct-Dec; 9(4): 399–402.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					DE UNA ENTERORRAFIA CONVENCIONAL DADAS SU MAYOR MORBILIDAD PERIOPERATORIA. LA REALIZACIÓN DE UNA ENTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA, DISMINUYE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO, DISMINUYE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	
1	3	46.9.3		INSERCION DE PROTESIS (STENT) EN EL COLON	LA INSERCION DE UNA PROTESIS Y/O STENT EN EL COLON, PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE, ADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LO ANTERIOR DEPENDE DE LA INDICACION Y CASO CLINICO EN PARTICULAR.	Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline Authors: Jeanin E. van Hooft, Emo E. van Halsema1, Geoffroy Vanbiervliet, Regina G. H. Beets-Tan, John M. DeWitt, Fergal Donnellan, Jean-Marc Dumonceau, Robert G. T. Glynne-Jones, Cesare Hassan, Javier Jiménez-Perez, Søren Meisner, V. Raman Muthusamy, Michael C. Parker, Jean-Marc Regimbeau, Charles Sabbagh, Jayesh Sagar, Pieter J. Tanis, Jo Vandervoort, George J. Webster, Gianpiero Manes, Marc A. Barthet, Alessandro Repici
1	4	46.9.3.01		INSERCION DE PROTESIS (STENT) EN EL COLON POR LAPAROTOMIA	LA INSERCION DE UNA PROTESIS Y/O STENT EN EL COLON, PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE, ADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LA INDICACION DE LAPAROTOMIA DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR, O POR EXISTIR DIFICULTAD O CONTRAINDICACION PARA EL MANEJO ENDOSCOPICO. .	Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline Authors: Jeanin E. van Hooft, Emo E. van Halsema1, Geoffroy Vanbiervliet, Regina G. H. Beets-Tan, John M. DeWitt, Fergal Donnellan, Jean-Marc Dumonceau, Robert G. T. Glynne-Jones, Cesare Hassan, Javier Jiménez-Perez, Søren Meisner, V. Raman Muthusamy, Michael C. Parker, Jean-Marc Regimbeau, Charles Sabbagh, Jayesh Sagar, Pieter J. Tanis, Jo Vandervoort, George J. Webster,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Gianpiero Manes, Marc A. Barthet, Alessandro Repici
1	4	46.9.3.02		INSERCION ENDOSCOPICA DE PROTESIS (STENT) EN EL COLON	LA INSERCION DE UNA PROTESIS Y/O STENT EN EL COLON, PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE, ADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LA INSERCION ENDOSCOPICA ES LA VIA DE ELECCION, SIN EMBARGO DEPENDE DEL CASO CLINICO EN PARTICULAR.	Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline Authors: Jeanin E. van Hooft, Emo E. van Halsema1, Geoffroy Vanbiervliet, Regina G. H. Beets-Tan, John M. DeWitt, Fergal Donnellan, Jean-Marc Dumonceau, Robert G. T. Glynne-Jones, Cesare Hassan, Javier Jiménez-Perez, Søren Meisner, V. Raman Muthusamy, Michael C. Parker, Jean-Marc Regimbeau, Charles Sabbagh, Jayesh Sagar, Pieter J. Tanis, Jo Vandervoort, George J. Webster, Gianpiero Manes, Marc A. Barthet, Alessandro Repici
1	4	47.1.1.11		APENDICECTOMÍA POR PERFORACIÓN, CON DRENAJE DE ABSCESO, LIBERACIÓN DE PLASTRON O DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA POR LAPAROSCOPIA	PATOLOGIA QUIRURGICA CON MAYOR GRADO DE COMPLEJIDAD E IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DIFERENTES A LAS DE UNA APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIAL TRADICIONAL. TECNICAMENTE DEMANDANTE PARA EL CIRUJANO Y SU CATEGORIZACION DEBE SER DIFERENTE A LA DE UNA APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL DADAS SU MAYOR MORBILIDAD PERIOPERATORIA. LA REALIZACIÓN DE UNA APENDICECTOMIA PERFORADA POR LAPAROSCOPIA JUNTO CON EL DRENAJE DE ABSCESO, LIBERACIÓN DE PLASTRON Y PERITONITIS LOCALIZADA, DISMINUYE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO, DISMINUYE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	1. Felipe Quezada, Nicolas Quezada, Ricardo Mejia, Alejandro Banes, Oslando Padilla, Nicolas Jarufe, Fernado Pimentel. Laparoscopici vs Open approach In the Managment of Appendicitis complicated exclusively with peritonits: a single center experience. International Jounal of Surgery. Elsevier. 2. Jeremie Theroux, Nicolas vejne, Nicola Congliaro, Sthephene Senajea, Sebastien Czernichow, Jean-Luc Bovillot. Is Laparoscopic a sefe approach for diffuse appendicular peritoniti? Feasability and determination of riskf factors for post operative intra abdominal absess. Surg Endosc 2014 (28): 193-198 3. Lakshner S. Khiria, Mch, MS, Ramesh Arolhneri, Mch, Md, Nershimhan Mohen , Ms, DNB,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Palessia Ppan Kumar, DNB, and Rajesh Nambiar,DNB. Laparoscopic Appendicectomy for complicated appendicitis> Is it safe and Justifeid? A retrospective analysis. Laparosc Endosc Percuten Tech. Volumen 21, Number 3, June 2011 4. LaparoscopicVersus OpenAppendectomy in Complicated Appendicitis. A Review of the NSQIP Database. K. R. Tuggle,1 G. Ortega,1 O. B. Bolorunduro,1 T. A. Oyetunji,1 D. C. Chang,1 P. L. Turner,2 T. M. Fullum1; 1Howard University Hospital, Washington, D.C., DC; University of Maryland Medical Center, Baltimore, MD 5. J. Cueto,1 B. D'Allemagne,2 J. A. Va´ zquez-Frias,1 S. Gomez,3 F. Delgado,3 L. Trullenque, R. Fajardo,4 S. Valencia,5 L. Poggi,6 J. Ballı´,7 J. Diaz,7 R. Gonza´ lez,7 J. H. Mansur,7 M. E. Franklin8. Morbidity of laparoscopic surgery for complicated appendicitis: an international Study. Surg Endosc 2006 20: 717-720 6. Bo Wei • Cui-Lling Qi • Tu-Feng Chen •Zong-Heng Zheng • Jiang-Long Huang • Bao-Guang Hu • Hong-Bo Wei.Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis: a Metaanalysis. Surg Endosc (2011) 25:1192-1208 7. Apendicectomia Laparoscopica Versus Abierta Comparables. Manuel Mosquera, Maikel Pacheco, Ricardo Villarreal, Juan Carlos Ayala, Lina Paola Fajardo, Mauricio Prieto, Oscar García, Haylmanrth Contreras, Gabriel Sanchez, David Herrera , Jorge García.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Revista Colombiana de Cirugía 2012; 27:121-128.
1	4	47.1.1.12		APENDICECTOMÍA CON DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA POR LAPAROSCOPIA	PATOLOGIA QUIRURGICA CON MAYOR GRADO DE COMPLEJIDAD E IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DIFERENTES A LAS DE UNA APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIAL TRADICIONAL. TECNICAMENTE DEMANDANTE PARA EL CIRUJANO Y SU CATEGORIZACION DEBE SER DIFERENTE A LA DE UNA APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL DADAS SU MAYOR MORBILIDAD PERIOPERATORIA. LA REALIZACIÓN DE UNA APENDICECTOMIA PERFORADA POR LAPAROSCOPIA JUNTO CON EL DRENAJE DE ABSCESO, LIBERACIÓN DE PLASTRON Y PERITONITIS LOCALIZADA, DISMINUYE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO, DISMINUYE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	1. Felipe Quezada, Nicolas Quezada, Ricardo Mejia, Alejandro Banes, Oslando Padilla, Nicolas Jarufe, Fernado Pimentel. Laparoscopici vs Open approach In the Managment of Appendicitis complicated exclusively with peritonits: a single center experience. International Jounal of Surgery. Elsevier. 2. Jeremie Theroux, Nicolas vejne, Nicola Congliaro, Sthephene Senajea, Sebastien Czernichow, Jean-Luc Bovillot. Is Laparoscopic a sefe approach for diffuse appendicular peritoniti? Feasability and determination of riskf factors for post operative intra abdominal absess. Surg Endosc 2014 (28): 193-198 3. Lakshner S. Khiria, Mch, MS, Ramesh Arolhneri, Mch, Md, Nershimhan Mohen , Ms, DNB, Palessia Ppan Kumar, DNB, and Rajesh Nambiar,DNB. Laparoscopic Appendicectomy for complicated appendicitis> Is it safe and Justifeid? A retrospective analysis. Laparosc Endosc Percuten Tech. Volumen 21, Number 3, June 2011 4. LaparoscopicVersus OpenAppendectomy in Complicated Appendicitis. A Review of the NSQIP Database. K. R. Tuggle,1 G. Ortega,1 O. B. Bolorunduro,1 T. A. Oyetunji,1 D. C. Chang,1 P. L. Turner,2 T. M. Fullum1; 1Howard University Hospital, Washington, D.C., DC; University of Maryland Medical Center, Baltimore, MD 5. J. Cueto,1 B. D'Allemagne,2 J. A.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Va´ zquez-Frias,1 S. Gomez,3 F. Delgado,3 L. Trullenque, R. Fajardo,4 S. Valencia,5 L. Poggi,6 J. Ballı´,7 J. Diaz,7 R. Gonza´ lez,7 J. H. Mansur,7 M. E. Franklin8. Morbidity of laparoscopic surgery for complicated appendicitis: an international Study. Surg Endosc 2006 20: 717-720 6. Bo Wei • Cui-Lling Qi • Tu-Feng Chen •Zong-Heng Zheng • Jiang-Long Huang • Bao-Guang Hu • Hong-Bo Wei.Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis: a Metaanalysis. Surg Endosc (2011) 25:1192-1208 7. Apendicectomia Laparoscopica Versus Abierta Comparables. Manuel Mosquera, Maikel Pacheco, Ricardo Villarreal, Juan Carlos Ayala, Lina Paola Fajardo, Mauricio Prieto, Oscar García, Haylmanrth Contreras, Gabriel Sanchez, David Herrera , Jorge García. Revista Colombiana de Cirugía 2012; 27:121-128.
1	3	48.3.7		SESION DE TERAPIA ENDOSCOPICA RECTAL CON ARGON PLASMA	TERAPIA EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES, SANGRADO GASTROINTESTINAL, MANEJO TEMPRANO DE LESIONES NEOPLASICAS, CON UN ALTO NIVEL DE EFECTIVIDAD A CORTO Y MEDIANO PLAZO, DISMINUYENDO LAS TASAS DE RESANGRADO	Gastroenterol Clin North Am. 2013 Dec;42(4):913-25. doi: 10.1016/j.gtc.2013.08.004. Management of radiation proctitis. Sarin A, Safar B; Colorectal Dis. 2013 Jan;15(1):e48-55. doi: 10.1111/codi.12035. Sucralfate or placebo following argon plasma coagulation for chronic radiation proctitis: a randomized double blind trial. Chruscielewska-Kiliszek MR, Regula J, Polkowski M, Rupinski M, Kraszewska E, Pachlewski J, Czaczkowska-Kurek E, Butruk E; Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2013 Dec 1;87(5):954-9. doi: 10.1016/j.ijrobp.2013.08.034. Epub

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						2013 Oct 8. Argon plasma coagulation therapy versus topical formalin for intractable rectal bleeding and anorectal dysfunction after radiation therapy for prostate carcinoma. Yeoh E1, Tam W, Schoeman M, Moore J, Thomas M, Botten R, Di Matteo A; Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 25;4:CD003455. doi: 10.1002/14651858.CD003455.pub2. Non-surgical interventions for late rectal problems (proctopathy) of radiotherapy in people who have received radiotherapy to the pelvis. van de Wetering FT1, Verleye L, Andreyev HJ, Maher J, Vlayen J, Pieters BR, van Tienhoven G, Scholten RJ.
1	4	48.3.7.00		SESION DE TERAPIA ENDOSCOPICA RECTAL CON ARGON PLASMA	TERAPIA EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES, SANGRADO GASTROINTESTINAL, MANEJO TEMPRANO DE LESIONES NEOPLASICAS, CON UN ALTO NIVEL DE EFECTIVIDAD A CORTO Y MEDIANO PLAZO, DISMINUYENDO LAS TASAS DE RESANGRADO	Gastroenterol Clin North Am. 2013 Dec;42(4):913-25. doi: 10.1016/j.gtc.2013.08.004. Management of radiation proctitis. Sarin A, Safar B; Colorectal Dis. 2013 Jan;15(1):e48-55. doi: 10.1111/codi.12035. Sucralfate or placebo following argon plasma coagulation for chronic radiation proctitis: a randomized double blind trial. Chruscielewska-Kiliszek MR, Regula J, Polkowski M, Rupinski M, Kraszewska E, Pachlewski J, Czaczkowska-Kurek E, Butruk E; Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2013 Dec 1;87(5):954-9. doi: 10.1016/j.ijrobp.2013.08.034. Epub 2013 Oct 8. Argon plasma coagulation therapy versus topical formalin for intractable rectal bleeding and anorectal dysfunction after radiation therapy for prostate carcinoma.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Yeoh E1, Tam W, Schoeman M, Moore J, Thomas M, Botten R, Di Matteo A; Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 25;4:CD003455. doi: 10.1002/14651858.CD003455.pub2. Non-surgical interventions for late rectal problems (proctopathy) of radiotherapy in people who have received radiotherapy to the pelvis. van de Wetering FT1, Verleye L, Andreyev HJ, Maher J, Vlayen J, Pieters BR, van Tienhoven G, Scholten RJ.
1	4	50.2.1.04		DESTECHAMIENTO DE QUSITE HEPATICO POR LAPAROTOMIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.2.1.05		DESTECHAMIENTO DE QUISTE HEPATICO POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.2.2.06		HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO POR LAPATOMIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	50.2.2.07		HEPACTECTOIA DE UN SEGMENTO POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.2.2.08		RESECCION EN CUÑA DE HIGADO POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.2.2.09		HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.2.2.10		HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	3	50.2.3		DESTRUCCION DE TUMOR HEPATICO	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.2.3.01		ABLACION DE TUMOR HEPATICO POR RADIOFRECUENCIA ,POR VIA PERCUTANEA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.2.3.02		ABLACION DE TUMOR HEPATICO POR RADIOFRECUENCIA ,POR LAPAROTOMIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.2.3.03		ABLACION DE TUMOR HEPATICO POR RADIOFRECUENCIA ,POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
2	4	50.3.1.01	PROCEDIMIENTO REQUIERE MODIFICAR LA DEFINICION	HEMI-HEPATECTOMIA POR LAPAROTOMIA (REEMPLAZA EL TERMINO LOBECTOMIA)	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	50.3.1.02	PROCEDIMIENTO REQUIERE MODIFICAR LA DEFINICION	HEMI-HEPATECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	50.6.1.03		HEPATORRAFIA SIMPLE POR LAPAROSCOPIA	PATOLOGIA QUIRURGICA CON MAYOR GRADO DE COMPLEJIDAD E IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DIFERENTES A LAS DE UNA HEPATORRAFIA TRADICIONAL. TECNICAMENTE DEMANDANTE PARA EL CIRUJANO Y SU CATEGORIZACION DEBE SER DIFERENTE A LA DE UNA HEPATORRAFIA CONVENCIONAL DADAS SU MAYOR MORBILIDAD PERIOPERATORIA. LA REALIZACIÓN DE UNA HEPATORRAFIA POR LAPAROSCOPIA, DISMINUYE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO, DISMINUYE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	Reddy SK1, Tsung A, Geller DA.Laparoscopic liver resection.World J Surg. 2011 Jul;35(7):1478-86. Edgar J. Figueredo, MD; Raymond S.Laparoscopic Liver Resection. Medscape J Med. 2008;10(3):68
1	4	50.6.1.04		HEPATORRAFÍA MÚLTIPLE CON DESBRIDAMIENTO Y HEMOSTASIS POR LAPAROSCOPIA	PATOLOGIA QUIRURGICA CON MAYOR GRADO DE COMPLEJIDAD E IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DIFERENTES A LAS DE UNA HEPATORRAFIA MULTIPLE CON DESBRIDAMIENTO Y HEMOSTASIS TRADICIONAL. TECNICAMENTE DEMANDANTE PARA EL CIRUJANO Y SU CATEGORIZACION DEBE SER DIFERENTE A LA DE UNA HEPATORRAFIA MULTIPLES CON DESBRIDAMIENTO Y HEMOSTASIS CONVENCIONAL DADAS SU MAYOR MORBILIDAD PERIOPERATORIA. LA REALIZACIÓN DE UNA HEPATORRAFIA MULTIPLE CON DESBRIDAMIENTO Y HEMOSTASIS POR LAPAROSCOPIA, DISMINUYE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO, DISMINUYE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	Reddy SK1, Tsung A, Geller DA.Laparoscopic liver resection.World J Surg. 2011 Jul;35(7):1478-86. Edgar J. Figueredo, MD; Raymond S.Laparoscopic Liver Resection. Medscape J Med. 2008;10(3):68

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	1	51	PROCEDIMIENTO REQUIERE MODIFICAR LA DEFINICION	PROCEDIMIENTOS EN VESICULA BILIAR Y TRACTO BILIAR	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	51.1.1.03	PROCEDIMIENTO REQUIERE MODIFICAR LA DEFINICION	COLANGIOGRAFIA POR LAPAROTOMIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	51.2.1.05		COLECISTECTOMIA POR PERFORACIÓN, CON DRENAJE DE ABSCESO, LIBERACIÓN DE PLASTRON POR LAPAROSCOPIA	PATOLOGIA QUIRURGICA CON MAYOR GRADO DE COMPLEJIDAD E IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DIFERENTES A LAS DE UNA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIAL TRADICIONAL. TECNICAMENTE DEMANDANTE PARA EL CIRUJANO Y SU CATEGORIZACION DEBE SER DIFERENTE A LA DE UNA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL DADAS SU MAYOR MORBILIDAD PERIOPERATORIA. LA REALIZACIÓN DE UNA COLECISTECTOMIA PERFORADA POR LAPAROSCOPIA JUNTO CON EL DRENAJE DE ABSCESO, LIBERACIÓN DE PLASTRON Y PERITONITIS LOCALIZADA, DISMINUYE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO, DISMINUYE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.	Wilson RG, Macintyre IM, Nixon SJ, Saunders JH, Varma JS, King PM. Laparoscopic cholecystectomy as a safe and effective treatment for severe acute cholecystitis. BMJ. [serie en Internet]. 1992 15 Ag [citado 12 Ag 2009]; 305(6850): 394-6. Disponible en: http://www.bmj.com/content/305/6850/394.full.pdf Lujan JA, Parrilla P, Robles R, Marín P, Torralba JA, García-Ayllón J. Laparoscopic cholecystectomy vs. open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. A prospective study. Arch Surg. [serie en Internet]. 1998 [citado 12 Ag 2009]; 133(2):173-5. Disponible en: http://archsurg.ama-assn.org/cgi/content/abstract/133/2/173. Galloso, G.Lantigua, A. Papel de la cirugía video laparoscópica en la colecistitis aguda. Rev. Med. Electrón. vol.33 no.3 Matanzas mayo-jun. 2011

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	51.2.6.00	PROCEDIMIENTO REQUIERE MODIFICAR LA DEFINICION	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VIAS BILIARES PROXIMALES (SE CAMBIA EL TERMINO BILIOENTERICOS QUE ES INCORRECTO) POR LAPAROTOMIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	4	51.2.6.01	PROCEDIMIENTO REQUIERE MODIFICAR LA DEFINICION	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VIAS BILIARES PROXIMALES (SE CAMBIA EL TERMINO BILIOENTERICOS QUE ES INCORRECTO) POR LAPAROSCOPIA	NO EXISTE EN LOS CODIGOS CUPS, PERO ES UN PROCEIDMIENTO REALIZADO Y DESCRITO INTERNACIONALMENTE.	nccn guidelines. Scott A. Celinski, T.Clark Gamblin. Hepatic resection Nomenclatures and techniques.Surg Clin N Am 90 (2010) 737-748. Steven Strasberg. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancret Surg (2005) 12:351-355
1	3	52.10.00		PANCREATECTOMIA LATERAL O LATEROLATERAL CON ANASTOMOSIS INTESTINAL EN Y DE ROUX POR LAPAROTOMIA		
1	3	52.10.01		PANCREATECTOMIA LATERAL O LATEROLATERAL CON ANASTOMOSIS INTESTINAL EN Y DE ROUX POR LAPAROSCOPIA	MAYOR COMPLEJIDAD QUE 52.10.00	
1	4	52.4.4.01		DRENAJE INTERNO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POR CISTOGASTROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA	IGUAL PROCEDIMIENTO DIFERENTE TECNICA	World Journal of Laparoscopic Surgery, May - Ausgust 2009;2(2):37 - 41 Laparoscopic Drainage Procedures for Pancreatic Pseudocyst: A Review Article. Anurag Nema Consultant, General and Laparoscopic Surgeon, Nirmal Hospital (P) Ltd., Member of World Associationof Surgeons Surat, Gujarat, India
1	4	52.4.4.02		DRENAJE INTERNO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POR		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				CISTOYEYUNOSTOMIÍA ABIERTA		
1	4	52.4.4.03		DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREATICO POR CISTOGASTROSTOMIA POR LAPAROSCOPIA		
1	4	52.4.4.04		DRENAJE INTERNO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POR CISTOYEYUNOSTOMIÍA LAPAROSCÓPICA	MAYOR COMPLEJIDAD QUE ABIERTA	
1	3	52.4.5		DRENAJE DE QUISTE Y SEUDOQUISTE PANCREATICO POR LAPAROSCOPIA		
1	4	52.5.1.01		PANCREATECTOMIA PROXIMAL CON RECONSTRUCCION POR LAPAROSCOPIA		
1	4	52.5.2.03		PANCREATECTOMÍA DISTAL CON ESPLENECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	MAYOR COMPLEJIDAD QUE ABIERTA	https://www.nice.org.uk/guidance/ipg204
1	4	52.5.2.04		PANCREATECTOMÍA DISTAL SIN ESPLENECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	MAYOR COMPLEJIDAD QUE 52.5.2.02	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23682365
1	4	52.5.3.01		PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL [OPERACIÓN DE CHILD] POR LAPAROSCOPIA		
1	4	52.5.4.01		PANCREATECTOMÍA CENTRAL (O ISTMECTOMÍA) POR LAPAROTOMÍA		
1	4	52.5.4.02		PANCREATECTOMÍA CENTRAL (O ISTMECTOMÍA) POR LAPAROSCOPIA		
1	3	52.5.5		ENUCLEACIÓN DE LESIÓN DEL PANCREAS	La enucleación de tumores del páncreas con bajo potencial maligno y seleccionados ha mostrado ser un procedimiento seguro y efectivo logrando preservar una mayor cantidad de parenquima pancreatico.	Hüttner FJ, Koessler-Ebs J, Hackert T, Ulrich A, Büchler MW, Diener MK. Meta-analysis of surgical outcome after enucleation versus standard resection for pancreatic neoplasms. Br J Surg. 2015 Aug;102(9):1026-36. Zhou Y, Zhao M,

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						Wu L, Ye F, Si X. Short- and long-term outcomes after enucleation of pancreatic tumors: An evidence-based assessment. Pancreatology. 2016 Jul 9. pii: S1424-3903(16)31145-0. Chua TC, Yang TX, Gill AJ, Samra JS. Systematic Review and Meta-Analysis of Enucleation Versus Standardized Resection for Small Pancreatic Lesions. Ann Surg Oncol. 2016 Feb;23(2):592-9.
1	4	52.5.5.01		ENUCLEACIÓN DE LESIÓN DEL PANCREAS POR LAPAROTOMIA	La enucleación de tumores del páncreas con bajo potencial maligno y seleccionados ha mostrado ser un procedimiento seguro y efectivo logrando preservar una mayor cantidad de parenquima pancreatico. Su efectividad y seguridad ha sido mostrada en el aobrdaje por laparotomía	Hüttner FJ, Koessler-Ebs J, Hackert T, Ulrich A, Büchler MW, Diener MK. Meta-analysis of surgical outcome after enucleation versus standard resection for pancreatic neoplasms. Br J Surg. 2015 Aug;102(9):1026-36. Zhou Y, Zhao M, Wu L, Ye F, Si X. Short- and long-term outcomes after enucleation of pancreatic tumors: An evidence-based assessment. Pancreatology. 2016 Jul 9. pii: S1424-3903(16)31145-0. Chua TC, Yang TX, Gill AJ, Samra JS. Systematic Review and Meta-Analysis of Enucleation Versus Standardized Resection for Small Pancreatic Lesions. Ann Surg Oncol. 2016 Feb;23(2):592-9.
1	4	52.5.5.02		ENUCLEACIÓN LESIÓN DEL PÁNCREAS POR LAPAROSCOPIA		Feasibility and outcomes of laparocopic enucleation for pancreatic neoplasms Ann Surg Treat Res. 2014 Dec:87(6):285 - 289
1	3	52.6.3		PANCREATECTOMIA TOTAL CON RECONSTRUCCION POR LAPAROSCOPIA		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22999327

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	52.7.1.01		PANCREATICODUODENECTOMIA POR LAPAROSCOPIA		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22999327
1	4	53.5.9.07		HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA REPRODUCIDA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA EPIGASTRICA REPRODUCIDA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE DADA LA NECESIDAD DE PROTESIS, MAYOR TIEMPO QUIRURGICO Y DRENAJES.	Earle, D. B., & McLellan, J. A. (2013). Repair of umbilical and epigastric hernias. Surgical Clinics of North America, 93(5), 1057-1089.
1	3	53.5.9.08		HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA EPIGASTRICA POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE AL TRADICIONAL ABIERTO,DEBIDO A LA NECESIDAD DE PROTESIS, UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO,UTILIZACIÒN DE DRENAJES Y EL CONTEXTO E UN TERRENO CON FIBROSIS Y DISTORSION DE LA ANATOMIA.EL ABORDAJE POR LAPAROSCOPIA HACE PARTE DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA, QUE BENEFICIA AL PACIENTE POR SU MENOR INCIDENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA (SANGRADO, INFECCION), RECUPERACION MAS PRONTA , ENTRE OTROS. ES UNA ALTERNATIVA CADA VEZ MAS CONSIDERADA POR LA COMUNIDAD QUIRURGICA, PARA OFRECER UN REPARO POR UNA VIA DIFERENTE Y CON UNAS DINAMICAS TERAPEUTICAS ALTERNAS (REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL DESDE LA CAVIDAD ABDOMINAL)	Earle, D. B., & McLellan, J. A. (2013). Repair of umbilical and epigastric hernias. Surgical Clinics of North America, 93(5), 1057-1089.
1	4	53.5.9.09		HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA EPIGASTRICAENCARCELADA POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE AL DE LA HERNIORRAFIA EPIGASTRICA LAPAROSCOPICA NO COMPLICADDA, DEBIDO A LA NECESIDAD DE PROTESIS, UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO,UTILIZACIÒN DE DRENAJES Y EL CONTEXTO DE UNA	Earle, D. B., & McLellan, J. A. (2013). Repair of umbilical and epigastric hernias. Surgical Clinics of North America, 93(5), 1057-1089.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					CIRUGIA D URGENCIA. EL ABORDAJE POR LAPAROSCOPIA HACE PARTE DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA, QUE BENEFICIA AL PACIENTE POR SU MENOR INCIDENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA (SANGRADO, INFECCION), RECUPERACION MAS PRONTA , ENTRE OTROS. ES UNA ALTERNATIVA CADA VEZ MAS CONSIDERADA POR LA COMUNIDAD QUIRURGICA, PARA OFRECER UN REPARO POR UNA VIA DIFERENTE Y CON UNAS DINAMICAS TERAPEUTICAS ALTERNAS (REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL DESDE LA CAVIDAD ABDOMINAL)	
1	4	53.5.9.10		HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA REPRODUCIDA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA EPIGASTRICA REPRODUCIDA POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE AL DE LA HERNIORRAFIA EPIGASTRICALAPAROSCOPICA, DEBIDO A LA NECESIDAD DE PROTESIS, UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO,UTILIZACIÒN DE DRENAJES Y EL CONTEXTO DE UNA CIRUGIA D URGENCIA. EL ABORDAJE POR LAPAROSCOPIA HACE PARTE DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA, QUE BENEFICIA AL PACIENTE POR SU MENOR INCIDENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA (SANGRADO, INFECCION), RECUPERACION MAS PRONTA , ENTRE OTROS. ES UNA ALTERNATIVA CADA VEZ MAS CONSIDERADA POR LA COMUNIDAD QUIRURGICA, PARA OFRECER UN REPARO POR UNA VIA DIFERENTE Y CON UNAS DINAMICAS TERAPEUTICAS ALTERNAS (REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL DESDE LA CAVIDAD ABDOMINAL)	Earle, D. B., & McLellan, J. A. (2013). Repair of umbilical and epigastric hernias. Surgical Clinics of North America, 93(5), 1057-1089.
1	3	53.6.9	**OTRA REPARACIÓN DE HERNIA NO CLASIFICADA**			

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
			BAJO OTRO CONCEPTO			
1	4	53.6.9.01		HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO ENCARCELADA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO ENCARCELADA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE QUIRURGICO DIFERENTE AL DADO EN LA HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO ELECTIVA, DEBIDO A UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO, POSIBILIDAD DE DRENAJES Y SU CONTEXTO DE CIRUGIA DE URGENCIA, EN UNA ZONA DEL ABDOMEN DE MAXIMA DEBILIDAD .	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.
1	4	53.6.9.02		HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO REPRODUCIDA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO REPRODUCIDA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE QUIRURGICO DIFERENTE AL DADO EN LA HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO ELECTIVA, DEBIDO A UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO, POSIBILIDAD DE DRENAJES Y SU CONTEXTO DE CIRUGIA EN UN CONTEXTO DE FIBROSIS Y DISTORSION D LA ANATOMIA,, EN UNA ZONA DEL ABDOMEN DE MAXIMA DEBILIDAD .	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.
1	4	53.6.9.03		HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE AL TRADICIONAL ABIERTO,DEBIDO A LA NECESIDAD DE PROTESIS, UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO,UTILIZACIÒN DE DRENAJES .EL ABORDAJE POR LAPAROSCOPIA HACE PARTE DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA, QUE BENEFICIA AL PACIENTE POR SU MENOR INCIDENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA (SANGRADO, INFECCION), RECUPERACION MAS PRONTA , ENTRE OTROS. ES UNA ALTERNATIVA CADA VEZ MAS CONSIDERADA POR LA COMUNIDAD QUIRURGICA, PARA OFRECER	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					UN REPARO POR UNA VIA DIFERENTE Y CON UNAS DINAMICAS TERAPEUTICAS ALTERNAS (REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL DESDE LA CAVIDAD ABDOMINAL)	
1	4	53.6.9.04		HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO ENCARCELADA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO ENCARCELADA POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE QUIRURGICO DIFERENTE AL DADO EN LA HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO LAPAROSCOPICA ELECTIVA , DEBIDO A UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO, POSIBILIDAD DE DRENAJES Y SU CONTEXTO DE CIRUGIA DE URGENCIA Y LA NECESIDAD DE EFECTUAR INTERVENCIONES ADICIONALES DERIVADAS DE SU ENCARCELAMIENTO.	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.
1	4	53.6.9.05		HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO REPRODUCIDA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO REPRODUCIDA POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE AL DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO POR LAPAROSCOPIA ABIERTO,DEBIDO A LA NECESIDAD DE PROTESIS, UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO,UTILIZACIÒN DE DRENAJES Y EL CONTEXTO DE UN TERRENO CON FIBROSIS Y DISTORSION DE LA ANATOMIA. EL ABORDAJE POR LAPAROSCOPIA HACE PARTE DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA, QUE BENEFICIA AL PACIENTE POR SU MENOR INCIDENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA (SANGRADO, INFECCION), RECUPERACION MAS PRONTA , ENTRE OTROS. ES UNA ALTERNATIVA CADA VEZ MAS CONSIDERADA POR LA COMUNIDAD QUIRURGICA, PARA OFRECER UN REPARO POR UNA VIA DIFERENTE Y CON UNAS DINAMICAS TERAPEUTICAS ALTERNAS	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					(REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL DESDE LA CAVIDAD ABDOMINAL)	
1	4	53.6.9.06		HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO ASISTIDA POR ROBOT	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO ASISTIDA POR ROBOT ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA Y REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE AL TRADICIONAL LAPAROSCOPICO DADA LA NECESIDAD DE TECNOLOGIA SUPERIOR, PROTESIS, UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO, COMPETENCIAS QUIRURGICAS AVANZADAS Y UNA LOGISTICA ESPECIALIZADA . LA CIRUGIA ASISTIDA POR ROBOT OFRECE VENTAJAS EN LAS COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRURGICA, RECUPERACION MAS PRONTA SIMILARES A LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA Y ES UNA ALTERNATIVA VIGENTE , CON UTILIDAD EN PACIENTES SELECCIONADOS Y POR CIRUJANOS CON EXPERIENCIA EN EL PROCEDIMIENTO, EN CENTROS DONDE SE DISPONE DE LA TECNOLOGIA.	Gonzalez, A., Escobar, E., Romero, R., Walker, G., Mejias, J., Gallas, M., ... & Kudsi, O. Y. (2016). Robotic-assisted ventral hernia repair: a multicenter evaluation of clinical outcomes. Surgical Endoscopy, 1-8.
1	4	53.6.9.07		HERNIORRAFIA OBTURADOR POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE AL TRADICIONAL ABIERTO,DEBIDO A LA NECESIDAD DE PROTESIS, UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO,UTILIZACIÒN DE DRENAJES .EL ABORDAJE POR LAPAROSCOPIA HACE PARTE DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA, QUE BENEFICIA AL PACIENTE POR SU MENOR INCIDENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA (SANGRADO, INFECCION), RECUPERACION MAS PRONTA , ENTRE OTROS. ES UNA ALTERNATIVA CADA VEZ MAS CONSIDERADA POR LA COMUNIDAD QUIRURGICA, PARA OFRECER UN REPARO POR UNA VIA DIFERENTE Y CON UNAS DINAMICAS TERAPEUTICAS ALTERNAS	Simons M, Aufenacker T, Bay-Nielsen T, Bouillot J, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia. 2009; 13(4): 343–403.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					(REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL DESDE LA CAVIDAD ABDOMINAL)	
1	4	53.6.9.08		HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO ENCARCELADA POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE QUIRURGICO DIFERENTE AL DADO EN LA HERNIORRAFIA LUMBAR O DEL FLANCO LAPAROSCOPICA ELECTIVA , DEBIDO A UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO, POSIBILIDAD DE DRENAJES Y SU CONTEXTO DE CIRUGIA DE URGENCIA Y LA NECESIDAD DE EFECTUAR INTERVENCIONES ADICIONALES DERIVADAS DE SU ENCARCELAMIENTO.	Simons M, Aufenacker T, Bay-Nielsen T, Bouillot J, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia. 2009; 13(4): 343–403.
1	4	53.6.9.09		HERNIORRAFIA OBTURADORA REPRODUCIDA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO REPRODUCIDA POR LAPAROSCOPIA ES UNA INTERVENCION TECNICAMENTE COMPLEJA, REQUIERE UN ABORDAJE DIFERENTE AL DE LA HERNIA LUMBAR O DEL FLANCO POR LAPAROSCOPIA O ABIERTO,DEBIDO A LA NECESIDAD DE PROTESIS, UN MAYOR TIEMPO QUIRURGICO,UTILIZACIÒN DE DRENAJES Y EL CONTEXTO DE UN TERRENO CON FIBROSIS Y DISTORSION DE LA ANATOMIA. EL ABORDAJE POR LAPAROSCOPIA HACE PARTE DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA, QUE BENEFICIA AL PACIENTE POR SU MENOR INCIDENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA (SANGRADO, INFECCION), RECUPERACION MAS PRONTA , ENTRE OTROS. ES UNA ALTERNATIVA CADA VEZ MAS CONSIDERADA POR LA COMUNIDAD QUIRURGICA, PARA OFRECER UN REPARO POR UNA VIA DIFERENTE Y CON UNAS DINAMICAS TERAPEUTICAS ALTERNAS (REPARACION DE LA PARED ABDOMINAL DESDE LA CAVIDAD ABDOMINAL)	Simons M, Aufenacker T, Bay-Nielsen T, Bouillot J, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia. 2009; 13(4): 343–403.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	53.6.9.10		EXPLORACION INGUINAL ABIERTA POR DOLOR	LA EXPLORACION INGUINAL VIA ABIERTA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO POSTOPERATORIO DE HERNIA INGUINAL O DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO SIN DOCUMENTACION DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL POR ESTUDIOS CLINICOS Y PARACLINICOS, SE CONSIDERA UNA OPCION DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE ESTA PATOLOGIA COMPLEJA, CON ALTA INCERTIDUMBRE Y QUE PUEDE REQUERIR PROCEDIMIENTOS ADICIONALES	Lange, J. F. M., Kaufmann, R., Wijsmuller, A. R., Pierie, J. P. E. N., Ploeg, R. J., Chen, D. C., & Amid, P. K. (2015). An international consensus algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain. Hernia, 19(1), 33-43.
1	4	53.6.9.11		EXPLORACION INGUINAL LAPAROSCOPICA POR DOLOR	LA EXPLORACION INGUINAL POR LAPAROSCOPICA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO POSTOPERATORIO DE HERNIA INGUINAL O DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRONICO SIN DOCUMENTACION DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL POR ESTUDIOS CLINICOS Y PARACLINICOS, SE CONSIDERA UNA OPCION DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE ESTA PATOLOGIA COMPLEJA, CON ALTA INCERTIDUMBRE Y QUE PUEDE REQUERIR PROCEDIMIENTOS ADICIONALES	Lange, J. F. M., Kaufmann, R., Wijsmuller, A. R., Pierie, J. P. E. N., Ploeg, R. J., Chen, D. C., & Amid, P. K. (2015). An international consensus algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain. Hernia, 19(1), 33-43.
1	4	53.6.9.12		NEURECTOMIA DE LOS NERVIOS DE LA PARED ABDOMINAL – INGUINAL VIA ABIERTA	LA NEURECTOMIA DE LOS NERVIOS DE LA PARED ABDOMINAL VIA ANTERIOR O ABIERTA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO POST OPERATORIO, ES UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA COMPLEJA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO POSTOPERATORIO Y DEBE SER CATEGORIZADA DE MANERA DIFERENTE, DADA SU ESPECIFICIDAD TECNICA, GRADO DE COMPLEJIDAD Y COMPETENCIAS AVANZADAS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO.,	Lange, J. F. M., Kaufmann, R., Wijsmuller, A. R., Pierie, J. P. E. N., Ploeg, R. J., Chen, D. C., & Amid, P. K. (2015). An international consensus algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain. Hernia, 19(1), 33-43.
1	4	53.6.9.13		NEURECTOMIA DE LOS NERVIOS DE LA PARED ABDOMINAL – INGUINAL VIA LAPAROSCOPICA	LA NEURECTOMIA DE LOS NERVIOS DE LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO POST OPERATORIO, ES UNA ALTERNATIVA	Lange, J. F. M., Kaufmann, R., Wijsmuller, A. R., Pierie, J. P. E. N., Ploeg, R. J., Chen, D. C., & Amid, P. K. (2015). An international consensus

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					QUIRURGICA COMPLEJA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO POSTOPERATORIO Y DEBE SER CATEGORIZADA DE MANERA DIFERENTE, DADA SU ESPECIFICIDAD TECNICA, GRADO DE COMPLEJIDAD Y COMPETENCIAS AVANZADAS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO.	algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain. Hernia, 19(1), 33-43.
1	3	53.7.3	**REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA ABDOMINAL**			
1	4	53.7.3.00		REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA ABDOMINAL SOD	LA CIRUGIA DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA ES UN PROCEDIMIENTO DEMANDANTE, COMPLEJO, REQUIERE COMPETENCIAS AVANZADAS EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL. ASIMISMO EN UN CONTEXTO DE COMPLICACION Y URGENCIA, DADA POR ENCARCELAMIENTO, ESTE PROCEDIMIENTO ES AUN MAS COMPLEJO Y DIFIERE DE LA CIRUGIA DE CORRECCION DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA NO COMPLICADA, EN TERMINOS DE NECESIDAD DE PROTESIS, POSIBILIDAD DE RESECCION DE ORGANOS INTRA-ABDOMINALES Y DIFICULTAD TECNICA EN LA EJECUCION DEL MISMO. POR ESTO DEBE SER DIFERENCIADO, EN VIRTUD A SU COMPLEJIDAD SUPERIOR.	Kohn, G. P., Price, R. R., DeMeester, S. R., Zehetner, J., Muensterer, O. J., Awad, Z., ... & SAGES Guidelines Committee. (2013). Guidelines for the management of hiatal hernia. Surgical endoscopy, 27(12), 4409-4428.
1	3	53.7.9	**REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO**			

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	53.7.9.01		REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA ES UN PROCEDIMIENTO DEMANDANTE, COMPLEJO, REQUIERE COMPETENCIAS AVANZADAS EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL. LA CORRECCION DEL PROBLEMA VIA LAPAROSCOPICA INCORPORA LAS VENTAJAS DE LA CIRUGIA DE INVASION MINIMA Y SE CONSIDERA HOY EN DIA LA VIA DE ELECCION PARA ESTOS PATOLOGIAS.POR TANTO, DIFIERE DE LA CIRUGIA DE CORRECCION DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA NO COMPLICADA,VIA ABIERTA EN TERMINOS DE COMPETENCIAS TECNICAS Y LOGISTICAS MAS AVANZADAS Y POR ESTO DEBE SER DIFERENCIADO.	Kohn, G. P., Price, R. R., DeMeester, S. R., Zehetner, J., Muensterer, O. J., Awad, Z., ... & SAGES Guidelines Committee. (2013). Guidelines for the management of hiatal hernia. Surgical endoscopy, 27(12), 4409-4428.
1	405410	53.7.9.02		REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA ES UN PROCEDIMIENTO DEMANDANTE, COMPLEJO, REQUIERE COMPETENCIAS AVANZADAS EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL. LA CORRECCION DEL PROBLEMA VIA LAPAROSCOPICA INCORPORA LAS VENTAJAS DE LA CIRUGIA DE INVASION MINIMA Y SE CONSIDERA HOY EN DIA LA VIA DE ELECCION PARA ESTOS PATOLOGIAS.POR TANTO, DIFIERE DE LA CIRUGIA DE CORRECCION DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA NO COMPLICADA,VIA ABIERTA EN TERMINOS DE COMPETENCIAS TECNICAS Y LOGISTICAS MAS AVANZADAS Y POR ESTO DEBE SER DIFERENCIADO.	Kohn, G. P., Price, R. R., DeMeester, S. R., Zehetner, J., Muensterer, O. J., Awad, Z., ... & SAGES Guidelines Committee. (2013). Guidelines for the management of hiatal hernia. Surgical endoscopy, 27(12), 4409-4428.
1	4	53.7.9.03		REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA ABIERTA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA ES UN PROCEDIMIENTO DEMANDANTE, COMPLEJO, REQUIERE COMPETENCIAS AVANZADAS EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL. REINTERVENCION, CON FIBROSIS CICATRICIAL Y DISTORSION DE LA ANATOMIA, SU COMPLEJIDAD ES AUN MAYOR Y DIFIERE DE LA CIRUGIA DE CORRECCION DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA NO COMPLICADA, EN TERMINOS DE NECESIDAD DE PROTESIS,	Kohn, G. P., Price, R. R., DeMeester, S. R., Zehetner, J., Muensterer, O. J., Awad, Z., ... & SAGES Guidelines Committee. (2013). Guidelines for the management of hiatal hernia. Surgical endoscopy, 27(12), 4409-4428.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					POSIBILIDAD DE RESECCION DE ORGANOS INTRA-ABDOMINALES Y DIFICULTAD TECNICA EN LA EJECUCION DEL MISMO.POR LO ANTERIOR DEBE SER CONSIDERADO EN UNA CATEGORIA DIFERENTE, EN VIRTUD A SU COMPLEJIDAD SUPERIOR.	
1	4	53.7.9.04		REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ASISTIDA POR ROBOT	LA CIRUGIA DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA ES UN PROCEDIMIENTO DEMANDANTE, COMPLEJO, REQUIERE COMPETENCIAS AVANZADAS EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL. LA CORRECCION DEL PROBLEMA ASISTIDO POR EL ROBOT, INCORPORA LAS VENTAJAS DE LA CIRUGIA DE INVASION MINIMA A AL TECNOLOGIA ROBOTICA Y SE CONSIDERA HOY EN DIA UNA ALTERNATIVA CADA VEZ MAS UTILIZADA EN LOS SITIOS DOBNDE SE DISPONE D LA TECNOLOGIA Y LAS COMPETENCIAS TECNICAS PARA ELLO.POR LO TANTO, DIFIERE DE LA CIRUGIA DE CORRECCION DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA EN SU EJECUCION Y FACILITA Y AUMENTA LAS COMPETENCIAS TECNICAS, ERGONOMIA Y EJECUCION DEL PROCEDIMIENTO, ESPECIALMENTE EN CASOS DE REINTERVENCIONES.	Kohn, G. P., Price, R. R., DeMeester, S. R., Zehetner, J., Muensterer, O. J., Awad, Z., ... & SAGES Guidelines Committee. (2013). Guidelines for the management of hiatal hernia. Surgical endoscopy, 27(12), 4409-4428.
1	4	53.7.9.05		REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA POR LAPAROSCOPIA	LA CIRUGIA DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA ES UN PROCEDIMIENTO DEMANDANTE, COMPLEJO, REQUIERE COMPETENCIAS AVANZADAS EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL. LA CORRECCION DEL PROBLEMA EN UN CONTEXTO DE URGENCIA , VIA LAPAROSCOPICA INCORPORA LAS VENTAJAS DE LA CIRUGIA DE INVASION MINIMA Y SE CONSIDERA HOY EN DIA LA VIA DE ELECCION PARA ESTOS PATOLOGIAS.POR TANTO, DIFIERE DE LA CIRUGIA DE CORRECCION DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA NO COMPLICADA,VIA ABIERTA EN TERMINOS DE COMPETENCIAS	Kohn, G. P., Price, R. R., DeMeester, S. R., Zehetner, J., Muensterer, O. J., Awad, Z., ... & SAGES Guidelines Committee. (2013). Guidelines for the management of hiatal hernia. Surgical endoscopy, 27(12), 4409-4428.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					TECNICAS Y LOGISTICAS MAS AVANZADAS Y POR ESTO DEBE SER DIFERENCIADO.	
1	3	53.7.9.06	**RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL INCLUYE:** SEPARACION DE COMPONENTES MUSCULARES DE LA PARED ABDOMINAL , ROTACION DE COLGAJOS DE AVANCE DE PIEL, LIBERACION DE ADHERENCIAS PERITONEALES, UTILIZACION DE PROTESIS **EXCLUYE :** DERMOLIPECTOMIA ASOCIADA			
1	4	54.1.2.01		LAPAROSCOPIA DE PRECISION	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO QUE DEFINE UNA CONDUCTA	Marks. J Diagnostic staging laparoscopy: General principles for staging primary digestive malignancies In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: **goo.gl/27jHQz**
1	4	54.1.2.02		LAPAROSCOPIA PARA ESTADIFICACION DE CANCER	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO QUE DEFINE UNA CONDUCTA	Marks. J Diagnostic staging laparoscopy: General principles for staging primary digestive malignancies In: Uptodate, 2016.[Accessed oct 25 2016]. Available: goo.gl/27jHQz
3	2	54.1.4.00	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO SOD	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO	NO SE JUSTIFICA PERMANENCIA YA QUE LIMITA TECNICAS	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	2	54.1.4.01	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO MINIMAMENTE INVASIVO	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO MINIMAMENTE INVASIVO	IGUAL PROCEDIMIENTO ,ESPECIFICA TECNICA DE ABORDAJE	Rogers AC, Collins D, O'Sullivan G, et al. Laparoscopic lavage for perforated diverticulitis: a population analysis. Dis Colon Rectum. 2012; 55:932-8.
1	2	54.1.4.02	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO POR LAPAROTOMIA	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO POR LAPAROTOMIA	IGUAL PROCEDIMIENTO ,ESPECIFICA TECNICA DE ABORDAJE	Finlay IG, Edwards TJ, Lambert W. Damage control laparotomy. Br J Surg.2004;91:83-85.
1	2	54.1.4.02.01	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO POR LAPAROTOMIA CON CIERRE TEMPORAL Y COLOCACION TERAPIA ASISTIDA POR VACIO	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO POR LAPAROTOMIA CON CIERRE TEMPORAL Y COLOCACION TERAPIA ASISTIDA POR VACIO	IGUAL PROCEDIMIENTO ,ESPECIFICA TECNICA DE CIERRE TEMPORAL	Losanoff J, Richman BW, Jones JW. Temporary abdominal coverage and reclosure of the open abdomen: frequntly asked questions. J Am Coll Surg 2002;195:105-113.
1	2	54.1.4.02.02	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO POR LAPAROTOMIA CON CIERRE TEMPORAL CON OTROS DISPOSITIVOS	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO POR LAPAROTOMIA CON CIERRE TEMPORAL CON OTROS DISPOSITIVOS	IGUAL PROCEDIMIENTO ,ESPECIFICA TECNICA DE CIERRE TEMPORAL	Jones JW, Jurkovich GJ. Polypropilene mesh closure of infected abdominal wounds. Am Surg 1989;55:73-76.
3	3	54.2.5.00	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO SOD	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO	NO SE JUSTIFICA PERMANENCIA YA QUE LIMITA TECNICAS	
2	3	54.2.5.01	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO MINIMAMENTE INVASIVO	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO: MINIMAMENTE INVASIVO	IGUAL PROCEDIMIENTO ,ESPECIFICA TECNICA DE ABORDAJE	Childers JM, Spirtos NM, Brainard P, Surwit EA. Laparoscopic staging of the patient with incompletely staged early adenocarcinoma of the endometrium. Obst Gynecol. 1994;83:597-600.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
2	3	54.2.5.02	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO POR LAPAROTOMIA	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO POR LAPAROTOMIA	IGUAL PROCEDIMIENTO ,ESPECIFICA TECNICA DE ABORDAJE	
1	3	54.4.3		CITORREDUCCION (CIRUGIA VISCERAL MULTIRESECTIVA INCLUYE PERITONECTOMIAS) INCOMPLETA	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA RESECCIONES MULTIVISCERALES Y DE PARTES NO DESCRITAS PREVIAMENTE COMO BURSECTOMIA , PERITONECTOMIAS, GLISECTOMIAS, Y PROCEDIMIENTOS QUE EN CONJUNTO SE HA DENOMINADO CIRUGIA MULTIRESECTIVA, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UNCRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.3.01		CITORREDUCCION (CIRUGIA VISCERAL MULTIRESECTIVA INCLUYE PERITONECTOMIAS) INCOMPLETA POR LAPAROTOMIA	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO,	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado -

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					QUE IMPLICA RESECCIONES MULTIVISCERALES Y DE PARTES NO DESCRITAS PREVIAMENTE COMO BURSECTOMIA , PERITONECTOMIAS, GLISECTOMIAS, Y PROCEDIMIENTOS QUE EN CONJUNTO SE HA DENOMINADO CIRUGIA MULTIRESECTIVA, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UNCRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.3.02		CITORREDUCCION (CIRUGIA VISCERAL MULTIRESECTIVA INCLUYE PERITONECTOMIAS) INCOMPLETA LAPAROSCOPICA	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA RESECCIONES MULTIVISCERALES Y DE PARTES NO DESCRITAS PREVIAMENTE COMO BURSECTOMIA , PERITONECTOMIAS, GLISECTOMIAS, Y PROCEDIMIENTOS QUE EN CONJUNTO SE HA DENOMINADO CIRUGIA MULTIRESECTIVA, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UNCRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.3.03		CITORREDUCCION (CIRUGIA VISCERAL MULTIRESECTIVA INCLUYE PERITONECTOMIAS) INCOMPLETA ROBOTICA	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA RESECCIONES MULTIVISCERALES Y DE PARTES NO DESCRITAS PREVIAMENTE COMO BURSECTOMIA , PERITONECTOMIAS, GLISECTOMIAS, Y PROCEDIMIENTOS QUE EN CONJUNTO SE HA DENOMINADO CIRUGIA MULTIRESECTIVA, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UNCRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	3	54.4.4		CITORREDUCCION (CIRUGIA VISCERAL MULTIRESECTIVA INCLUYE PERITONECTOMIAS) COMPLETA	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA RESECCIONES MULTIVISCERALES Y DE PARTES NO DESCRITAS PREVIAMENTE COMO BURSECTOMIA , PERITONECTOMIAS, GLISECTOMIAS, Y PROCEDIMIENTOS QUE EN CONJUNTO SE HA DENOMINADO CIRUGIA MULTIRESECTIVA, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UNCRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.4.01		CITORREDUCCION (CIRUGIA VISCERAL MULTIRESECTIVA INCLUYE PERITONECTOMIAS)COMPLETA POR LAPAROTOMIA	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA RESECCIONES MULTIVISCERALES Y DE PARTES NO DESCRITAS PREVIAMENTE COMO	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					BURSECTOMIA , PERITONECTOMIAS, GLISECTOMIAS, Y PROCEDIMIENTOS QUE EN CONJUNTO SE HA DENOMINADO CIRUGIA MULTIRESECTIVA, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UNCRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.4.02		CITORREDUCCION (CIRUGIA VISCERAL MULTIRESECTIVA INCLUYE PERITONECTOMIAS) COMPLETA LAPAROSCOPICA	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA RESECCIONES MULTIVISCERALES Y DE PARTES NO DESCRITAS PREVIAMENTE COMO BURSECTOMIA , PERITONECTOMIAS, GLISECTOMIAS, Y PROCEDIMIENTOS QUE EN CONJUNTO SE HA DENOMINADO CIRUGIA MULTIRESECTIVA, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UNCRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.4.03		CITORREDUCCION (CIRUGIA VISCERAL MULTIRESECTIVA INCLUYE PERITONECTOMIAS) COMPLETA ROBOTICA	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA RESECCIONES MULTIVISCERALES Y DE PARTES NO DESCRITAS PREVIAMENTE COMO BURSECTOMIA , PERITONECTOMIAS, GLISECTOMIAS, Y PROCEDIMIENTOS QUE EN CONJUNTO SE HA DENOMINADO CIRUGIA MULTIRESECTIVA, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UNCRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	3	54.4.5		ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA UNA TECNICA DE ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UN CRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.5.01		ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA HIPERTERMICA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA (HIPEC)	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA UNA TECNICA DE ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UN CRITERIO	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsur

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	g.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.5.02		ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EN FORMA TEMPRANA POSTOPERATORIA (EPIC)	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA UNA TECNICA DE ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UN CRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 -

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.5.03		ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTERMICA LAPAROSCOPICA NEOADYUVANTE (NIPS)	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA UNA TECNICA DE ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UN CRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD007565/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.4.5.04		ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EN	EL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO ES NUEVO Y EL PROCEDIMIENTO NO ES HOMOLOGABLE A OTROS DESCRITOS, SE	www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=559371- http://www.cochrane.org/es/CD00756

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				AEROSOL PRESURIZADA (PIPAC)	TRATA DE UNA TECNICA CLARAMENTE DESCRITA Y ESTUDIADA DE FORMA AMPLIA, CON SOPORTE BIBLIOGRAFICO EXTENSO, QUE IMPLICA UNA TECNICA DE ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL, QUE TAMBIEN COMPRENDEN UN GRUPO QUIRURGICO ESPECIFICO, CON UN CRITERIO ONCOLOGICO DETERMINADO Y CON UNA LOGISTICA ESPECIAL PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO .	5/tratamiento-quirurgico-primario-optimo-para-el-cancer-epitelial-de-ovario-avanzado - http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/ - http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(05)70539-8 - http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.12.048 - http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl428 - http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000197702.46394.16 - http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(20000115)88:2%3C358::AID-CNCR16%3E3.3.CO;2-Fhttp://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000152015.76731.1fhttp://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.10.012 - http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2006.03.010 - http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-1631-5 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21230 - http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.9640 - http://dx.doi.org/10.1002/jso.21055
1	4	54.7.7.01		RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POR VIA ANTERIOR	LA RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POR VIA ANTERIOR HACE REFERENCIA A LA SUMA DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS QUIRURGICAS TENDIENTES A RESTABLECER LA ANATOMIA Y FUNCIONALIDAD DE LA PARED ABDOMINAL MEDIANTE UNA ABORDAJE ANTERIOR A LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL, EN DEFECTOS HERNIARIOS IGUALES O SUPERIORES A 40 CM2. SON PROCEDIMIENTOS TECNICAMENTE DEMANDANTES Y DE UNA COMPLEJIDADAD SUPERIOR A UNA EVENTRORRAFIA CON MALLA. REQUIEREN	Butler, C. E., Baumann, D. P., Janis, J. E., & Rosen, M. J. (2013). Abdominal wall reconstruction. Current problems in surgery, 50(12), 557-586.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					LA UTILIZACION DE MATERIALES PROTESICOS COMO REFUERZO DE LA PARED ABDOMINAL RECONSTRUIDA,DE FORMA UNICA O MEDIANTE COMBINACION DE LOS MISMOS , CON UNA LOCALIZACION EN FORMA SUPRA-APONEUROTICA Y RESPONDE A EL AVANCE EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS GRANDES DEFECTOS HERNIARIOS DE LA PARED ABDOMINAL. SU IMPACTO AL PACIENTE ESTA DADO EN TERMINOS DE MEJORIA DE SUS DINAMICAS VENTILATORIAS, TRANSITO DIGESTIVO, LOCOMOCION Y ESTATICA CORPORAL,BAJOS INDICES DE RECIDIVAS, MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y DOLOR CRONICO.	
1	4	54.7.7.02		RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POR VIA POSTERIOR	LA RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POR VIA POSTERIOR HACE REFERENCIA A LA SUMA DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS QUIRURGICAS TENDIENTES A RESTABLECER LA ANATOMIA Y FUNCIONALIDAD DE LA PARED ABDOMINAL MEDIANTE UN ABORDAJE POSTERIOR A LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL BIEN SEA DESDE EL INTERIOR DE LA CAVIDAD ABDOMINAL O EXTRAPERITONEALMENTE, EN DEFECTOS HERNIARIOS IGUALES O SUPERIORES A 40 CM2. SON PROCEDIMIENTOS TECNICAMENTE DEMANDANTES Y DE UNA COMPLEJIDAD SUPERIOR A UNA EVENTRORRAFIA CON MALLA. REQUIEREN LA UTILIZACION DE MATERIALES PROTESICOS COMO REFUERZO DE LA PARED ABDOMINAL RECONSTRUIDA,DE FORMA UNICA O MEDIANTE COMBINACION DE LOS MISMOS , EN UNA LOCALIZACION INTRA-ABDOMINAL O RETROMUSCULAR EXTRAPERITONEAL . RESPONDE A EL AVANCE EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO	Butler, C. E., Baumann, D. P., Janis, J. E., & Rosen, M. J. (2013). Abdominal wall reconstruction. Current problems in surgery, 50(12), 557-586.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					DE LOS GRANDES DEFECTOS HERNIARIOS DE LA PARED ABDOMINAL. SU IMPACTO AL PACIENTE ESTA DADO EN TERMINOS DE MEJORIA DE SUS DINAMICAS VENTILATORIAS, TRANSITO DIGESTIVO, LOCOMOCION Y ESTATICA CORPORAL,BAJOS INDICES DE RECIDIVAS, MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y DOLOR CRONICO.	
1	4	54.7.7.03		RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL POR VÍA ANTERIOR POR LAPAROSCOPIA	LA RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POR VIA ANTERIOR POR LAPAROSCOPICA HACE REFERENCIA A LA SUMA DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS QUIRURGICAS TENDIENTES A RESTABLECER LA ANATOMIA Y FUNCIONALIDAD DE LA PARED ABDOMINAL MEDIANTE UNA ABORDAJE ANTERIOR A LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL, POR VIA LAPAROSCOPICA, EN DEFECTOS HERNIARIOS IGUALES O SUPERIORES A 40 CM2. SON PROCEDIMIENTOS TECNICAMENTE DEMANDANTES Y DE UNA COMPLEJIDAD SUPERIOR A UNA EVENTRORRAFIA CON MALLA. REQUIEREN LA UTILIZACION DE MATERIALES PROTESICOS COMO REFUERZO DE LA PARED ABDOMINAL RECONSTRUIDA,DE FORMA UNICA O MEDIANTE COMBINACION DE LOS MISMOS , CON UNA LOCALIZACION EN FORMA SUPRA-APONEUROTICA Y RESPONDE AL AVANCE EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS GRANDES DEFECTOS HERNIARIOS DE LA PARED ABDOMINAL DENTRO DE UN CONTEXTO DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA Y US BENEFICIOS EN LA HERIDA QUIRURGICA, DOLOR Y RECUPERACION PRONTA.. SU IMPACTO AL PACIENTE ESTA DADO EN TERMINOS DE MEJORIA DE SUS DINAMICAS VENTILATORIAS, TRANSITO DIGESTIVO, LOCOMOCION Y ESTATICA	Butler, C. E., Baumann, D. P., Janis, J. E., & Rosen, M. J. (2013). Abdominal wall reconstruction. Current problems in surgery, 50(12), 557-586.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					CORPORAL,BAJOS INDICES DE RECIDIVAS, MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y DOLOR CRONICO.	
1	4	54.7.7.04		RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL POR VÍA POSTERIOR POR LAPAROSCOPIA	LA RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POR VIA POSTERIOR POR LAPAROSCOPIA HACE REFERENCIA A LA SUMA DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS QUIRURGICAS TENDIENTES A RESTABLECER LA ANATOMIA Y FUNCIONALIDAD DE LA PARED ABDOMINAL MEDIANTE UN ABORDAJE POSTERIOR A LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL POR VIA LAPAROSCOPICA, BIEN SEA DESDE EL INTERIOR DE LA CAVIDAD ABDOMINAL O EXTRAPERITONEALMENTE, EN DEFECTOS HERNIARIOS IGUALES O SUPERIORES A 40 CM2. SON PROCEDIMIENTOS TECNICAMENTE DEMANDANTES Y DE UNA COMPLEJIDAD SUPERIOR A UNA EVENTRORRAFIA CON MALLA. REQUIEREN LA UTILIZACION DE MATERIALES PROTESICOS COMO REFUERZO DE LA PARED ABDOMINAL RECONSTRUIDA,DE FORMA UNICA O MEDIANTE COMBINACION DE LOS MISMOS , EN UNA LOCALIZACION INTRA-ABDOMINAL O RETROMUSCULAR EXTRAPERITONEAL . RESPONDE A EL AVANCE EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS GRANDES DEFECTOS HERNIARIOS DE LA PARED ABDOMINAL. SU IMPACTO AL PACIENTE ESTA DADO EN TERMINOS DE MEJORIA DE SUS DINAMICAS VENTILATORIAS, TRANSITO DIGESTIVO, LOCOMOCION Y ESTATICA CORPORAL,BAJOS INDICES DE RECIDIVAS, MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y DOLOR CRONICO.	Butler, C. E., Baumann, D. P., Janis, J. E., & Rosen, M. J. (2013). Abdominal wall reconstruction. Current problems in surgery, 50(12), 557-586.
1	4	54.7.7.05		RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL POR VÍA POSTERIOR ASISTIDA POR ROBOT	LA RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL POR VIA POSTERIOR ASISTIDA POR ROBOT HACE REFERENCIA A LA SUMA DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS	Vorst, A. L., Kaoutzanis, C., Carbonell, A. M., & Franz, M. G. (2015). Evolution and advances in laparoscopic ventral and

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					QUIRURGICAS TENDIENTES A RESTABLECER LA ANATOMIA Y FUNCIONALIDAD DE LA PARED ABDOMINAL MEDIANTE UN ABORDAJE POSTERIOR A LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL CON ASISTENCIA DEL ROBOT, BIEN SEA DESDE EL INTERIOR DE LA CAVIDAD ABDOMINAL O EXTRAPERITONEALMENTE, EN DEFECTOS HERNIARIOS IGUALES O SUPERIORES A 40 CM2. SON PROCEDIMIENTOS TECNICAMENTE DEMANDANTES Y DE UNA COMPLEJIDAD SUPERIOR A UNA EVENTRORRAFIA CON MALLA. REQUIEREN LA UTILIZACION DE MATERIALES PROTESICOS COMO REFUERZO DE LA PARED ABDOMINAL RECONSTRUIDA,DE FORMA UNICA O MEDIANTE COMBINACION DE LOS MISMOS , EN UNA LOCALIZACION INTRA-ABDOMINAL O RETROMUSCULAR EXTRAPERITONEAL . RESPONDE A EL AVANCE EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS GRANDES DEFECTOS HERNIARIOS DE LA PARED ABDOMINAL. SU IMPACTO AL PACIENTE ESTA DADO EN TERMINOS DE MEJORIA DE SUS DINAMICAS VENTILATORIAS, TRANSITO DIGESTIVO, LOCOMOCION Y ESTATICA CORPORAL,BAJOS INDICES DE RECIDIVAS, MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y DOLOR CRONICO. ES UNA ALTERNATIVA VIABLE, CRECIENTE Y CON IMPACTO EN EL PACIENTE Y SISTEMA DE SALUD , DADA LA POSIBILIDAD DE UTILIZAR LAS FACILITACIONES PROPIAS DEL ROBOT PARA EFECTUAR LA SUTURA DE LOS DEFECTOS, Y LA FIJACION DE LAOS MATERIALES PROTESICOS A UN MENOR COSTO DE LO ESPERADO.	incisional hernia repair. World journal of gastrointestinal surgery, 7(11), 293.
1	3	54.7.8	**REPARACIÓN DE DIASTASIS DE LOS RECTOS ABDOMINALES**			

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	54.7.8.01		REPARACIÓN DE DIASTASIS DE LOS RECTOS ABDOMINALES SOD	LA DIASTASIS DE LOS RECTOS ABDOMINALES ES UNA CONDICION PRIMARIA O DERIVADA DE UN ESTADO DE DEBILIDAD DE LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL (CONGENITA O SECUNDARIA A GESTACION, TUMORES , OBESIDAD) QUE SE INCLUYE EN LOS PROCEDIMIENTOS RECONSTRUCTIVOS DE LA PARED ABDOMINAL. SE EFECTUAN COMO PARTE DE LA CORRECCION DE UNA HERNIA UMBILICAL O EPIGASTRICAS EN UNA ZONA DEBILITADA QUE NO HACE SEGURO Y FIABLE EL REPARO AISLADO DEL DEFECTO HERNIARIO SIN CONSIDERAR UNA REPARACION DE TODA LA LINEA MEDIA SUPRA O INFRAUMBILICAL.	Luque, J. B., Luque, A. B., Valdivia, J., Gráu, J. S., Menchero, J. G., Moreno, J. G., & Jurado, J. G. (2015). Totally endoscopic surgery on diastasis recti associated with midline hernias. The advantages of a minimally invasive approach. Prospective cohort study. Hernia, 19(3), 493-501.
1	3	54.7.9	**HERNIORRAFIA PARA RECTAL (SPIEGUEL)**			
1	4	54.7.9.01		HERNIORRAFIA PARA RECTAL (SPIEGUEL) SOD	LA REPARACION DE LA HERNIA PARA RECTAL PRIMARIA O DE SPIEGUEL SE RECONOCE Y ACEPTA COMO UNA ENTIDAD QUIRURGICA INDEPENDIENTE, QUE REQUIERE MATERIALES PROTESICOS EN SU CORRECION Y DEBE SER TRATADA SIEMPRE DADA SU ALTA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES.	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.
1	3	54.8.9	**RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO**			
1	4	54.8.9.01		CAMBIO DE DISPOSITIVO DE CIERRE TEMPORAL DE LA PARED ABDOMINAL **EXCLUYE :** PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS COMO LAVADO PERITONEAL QUIRURGICO, DRENAJE DE	LA RECONSTRUCCION DE LA PARED ABDOMINAL EN UN ESCENARIO DE URGENCIA PUEDE DIFERIRSE HASTA TANTO EXISTAN LAS CONDICIONES FAVORABLES PARA SU CIERRE. MIENTRAS ESTO SUCEDE, SE UTILIZAN DISPOSITIVOS DE CIERRE TEMPORAL DE LA PARED ABDOMINAL, QUE DEBEN SER CAMBIADOS DE FORMA	Coccolini, F., Biffl, W., Catena, F., Ceresoli, M., Chiara, O., Cimbanassi, S., ... & Pesenti, G. (2015). The open abdomen, indications, management and definitive closure. World Journal of Emergency Surgery, 10(1), 1.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				COLECCIONES Y DESBRIDAMIENTO DE LA PARED ABDOMINAL PRODUCTO DE CADA INTERVENCION QUIRURGICA	PERIODICA Y A CRITERIO MEDICO. CONSTITUYEN UN AVANCE EN LA INVESTIGACION MEDICA Y TECNOLOGICA EN EL MANEJO DE LOS PROBLEMAS COMPLEJOS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL DERIVADOS DEL TRAUMA, INFECCION, CIRUGIA MAYOR, O MEZCLA DE ELLOS.	
1	4	54.8.9.07		REPARACIÓN DE DIASTASIS DE LOS RECTOS ABDOMINALES POR LAPAROSCOPIA	LA DIASTASIS DE LOS RECTOS ABDOMINALES ES UNA CONDICION PRIMARIA O DERIVADA DE UN ESTADO DE DEBILIDAD DE LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL (CONGENITA O SECUNDARIA A GESTACION, TUMORES , OBESIDAD) QUE SE INCLUYE EN LOS PROCEDIMIENTOS RECONSTRUCTIVOS DE LA PARED ABDOMINAL. SE EFECTUAN COMO PARTE DE LA CORRECCION DE UNA HERNIA UMBILICAL O EPIGASTRICAS EN UNA ZONA DEBILITADA QUE NO HACE SEGURO Y FIABLE EL REPARO AISLADO DEL DEFECTO HERNIARIO SIN CONSIDERAR UNA REPARACION DE TODA LA LINEA MEDIA SUPRA O INFRAUMBILICAL. EL ABORDAJE POR LAPAROSCOPIA OFRECE LOS BENEFICIOS DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN TERMINOS DE MENOR DOLOR, PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA Y RECUPERACION PRONTA.	Luque, J. B., Luque, A. B., Valdivia, J., Gráu, J. S., Menchero, J. G., Moreno, J. G., & Jurado, J. G. (2015). Totally endoscopic surgery on diastasis recti associated with midline hernias. The advantages of a minimally invasive approach. Prospective cohort study. Hernia, 19(3), 493-501.
1	4	54.8.9.09		HERNIORRAFIA PARA RECTAL (SPIEGUEL) ENCARCELADA	LA REPARACION DE LA HERNIA PARA RECTAL PRIMARIA O DE SPIEGUEL ENCARCELADA ES UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE MAYOR COMPLEJIDAD QUE LA HERNIORRAFIA DE SPIEGUEL ELECTIVA Y DEBE SER INTERVENIDA EN UN ESCENARIO DE COMPLEJIDAD DADA L POSIBILIDAD DE EFECTUAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ADICIONALES, UTILIZACION DE PROTESIS Y UN CONTEXTO DE CIRUGIA DE URGENCIA.	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.
1	4	54.8.9.10		HERNIORRAFIA PARA RECTAL (SPIEGUEL) POR LAPAROSCOPIA	LA REPARACION DE LA HERNIA PARA RECTAL PRIMARIA O DE SPIEGUEL POR LAPAROSCOPIA ES UN PROCEDIMIENTO DE	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					MAYOR COMPLEJIDAD D REQUIERE MATERIALES PROTESICOS EN SU CORRECION Y DEBE SER TRATADA SIEMPRE DADA SU ALTA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES.	of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.
1	4	54.8.9.11		HERNIORRAFIA PARA RECTAL (SPIEGUEL) ENCARCELADA POR LAPAROSCOPIA	LA REPARACION DE LA HERNIA PARA RECTAL PRIMARIA O DE SPIEGUEL POR LAPAROSCOPICA ES UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE MAYOR COMPLEJIDAD QUE LA HERNIORRAFIA DE SPIEGUEL POR VIA ABIERTA Y DEBE SER INTERVENIDA EN UN ESCENARIO DE MAYOR COMPLEJIDAD DADA LANECESIDAD DE COMPETENCIAS QUIRURGICAS SUPERIORES, UTILIZACION DE PROTESIS, CON EL BENEFICIO PARA EL PACIENTE DE LA CIRUGIA MINIMAMNETE INVASIVA EN TERMINOS DE MENOR RIESGO DE COMPLICACIONES EN LA HERIDA QUIRURGICA, DOLOR POSTOPERATORIO Y RECUPERACION PRONTA.	Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-part 1. Surg Endosc. 2014;28(1):2-29.
1	4	54.9.0.05		IMPLANTACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL POR LAPAROSCOPIA	ASEGURA BAJO VISIÓN DIRECTA LA LOCALIZACIÓN DEL CATETER PERITONEAL EN CAVIDAD PERITONEAL, LOGRANDO LIBERAR ADHERENCIAS QUE EN UN FUTURO PUEDEN OCLUIR EL CATETER DISMINUYENDO LA NECESIDAD DE REINTERVENCIÓN, DISMINUYE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO.	E. García-Cruz, M. Vera-Rivera .Colocación de catéter de diálisis peritoneal por laparoscopia: descripción y resultados de una técnica propia de dos puertos. Nefrologia 2010;30(3):354-9. Ramirez, N. Morales, C. Evaluación de la Inserción de Catéter Peritoneal por Laparoscopia en Pacientes con Diálisis Peritoneal.Revista Colombiana de Cirugía 22(2). J.M. Capitán Vallvey, I. Capitán del Río, A.I.IMPLANTE LAPAROSCÓPICO DE CATÉTERES DE DIÁLISIS PERITONEAL EN RÉGIMEN AMBULATORIO. Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):406
1	4	54.9.0.06		RETIRO DE CATETER PERITONEAL POR LAPAROSCOPIA	ASEGURA BAJO VISIÓN DIRECTA EL RETIRO DEL CATETER PERITONEAL EN CAVIDAD PERITONEAL, LOGRANDO LIBERAR ADHERENCIAS QUE EN UN FUTURO PUEDEN SER SINTOMATICAS, DISMINUYENDO LA	E. García-Cruz, M. Vera-Rivera .Colocación de catéter de diálisis peritoneal por laparoscopia: descripción y resultados de una técnica propia de dos puertos.

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					NECESIDAD DE REINTERVENCIÓN, DISMINUYE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO.	Nefrologia 2010;30(3):354-9. Ramirez, N. Morales, C. Evaluación de la Inserción de Catéter Peritoneal por Laparoscopia en Pacientes con Diálisis Peritoneal.Revista Colombiana de Cirugía 22(2). J.M. Capitán Vallvey, I. Capitán del Río, A.I.IMPLANTE LAPAROSCÓPICO DE CATÉTERES DE DIÁLISIS PERITONEAL EN RÉGIMEN AMBULATORIO. Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):406
1	4	54.9.0.07		IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO PARA MANEJO DE ASCITIS REFRACTARIA (BOMBA DE ASCITIS AUTOMATICA DE BAJO FLUJO)	MANEJO DE PACIENTES CIRROTICOS EN LISTA DE ESPERA, CON ASCITIS REFRACTARIA PARA MANEJO DE LA MISMA MIENTRAS ACCEDEN AL TRASPLANTE HEPATICO	Bellot P, Welker MW, Soriano G, y cols. Automated low flow pump system for the treatment of refractory ascites: A multi-center safety and efficacy study. J Hepatol 2013;58:922-927. 6. Adebayo, M. Malago, R. Jalan.Case report: Successful management of a patient with alcoholic cirrhosis and intractable ascites with a novel device - the alfapump® system . In: Sequana Medical [Website]. Berna: Sequana; 2014. [Access january 29 2014]. Available in: http://www.sequanamedical.com/assets/pdf/case-reports/case-report-RHF.pdf
1	4	54.9.0.08		RETIRO DE DISPOSITIVO PARA MANEJO DE ASCITIS REFRACTARIA (BOMBA DE ASCITIS AUTOMATICA DE BAJO FLUJO)	MANEJO DE PACIENTES CIRROTICOS EN LISTA DE ESPERA, CON ASCITIS REFRACTARIA PARA MANEJO DE LA MISMA MIENTRAS ACCEDEN AL TRASPLANTE HEPATICO	Bellot P, Welker MW, Soriano G, y cols. Automated low flow pump system for the treatment of refractory ascites: A multi-center safety and efficacy study. J Hepatol 2013;58:922-927. 6. Adebayo, M. Malago, R. Jalan.Case report: Successful management of a patient with alcoholic cirrhosis and intractable ascites with a novel device - the alfapump® system . In: Sequana Medical [Website]. Berna: Sequana; 2014. [Access january 29 2014]. Available in: http://www.sequanamedical.com/asse

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
						ts/pdf/case-reports/case-report-RHF.pdf
1	3	54.9.9	**INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN PARED ABDOMINAL**			
1	4	54.9.9.01		INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN PARED ABDOMINAL SOD	LOS MEDICAMENTOS INFILTRADOS EN LA PARED ABDOMINAL SON UNA OPCION TERAPEUTICA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO POSTOPERATORIO ANTES DE CONSIDERAR LAS OPCIONES DE NEUROMODULACION O MANEJO QUIRURGICO (NEURECTOMIA). ES FACTIBLE TAMBIEN INFILTRAR MEDICAMENTOSCOMO LA TOXINA BOTULINICA, QUE PRODUCE PARALISIS FLACIDA REVERSIBLE, CON LA CONSIGUENTE ELONGACION DE LA MUSCULATURA DE LA PARED DEL ABDOMEN LO CUAL ES MUY BENEFICO EN LA RECOSNTRUCCION DE HERNIAS VENTRALES COMPLEJAS, REDUCIENDO RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES CON DISMINUCION DE COSTOS EN EL MANEJO. ESTA INFILTRACION DE NO SER INTRAOPERATORIA DEBE HACERSE BAJO GUIA ECOGRAFICA	http://amhernia.org/wp-content/themes/amhernia/files/guias2015.pdf
1	4	85.1.2.01		BIOPSIA MAMMOTOME	NO EXISTE CODIGO	http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/per1/2295/?ver=sindiseno
1	4	85.1.2.02		BIOPSIA SUROS	NO EXISTE CODIGO	medicinauniversitaria.uanl.mx/40/pdf/127.pdf
1	4	85.2.2.01		CUADRANTECTOMIA CENTRAL CON RESECCION DE CONDUCTOS TERMINALES	NO EXISTE CODIGO	http://www.cancer.gov.co/images/pdf/PROTOCOLOS-EN-CURSO/Protocolo%20Patologia%20Mamaria%20Benigna.pdf

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	85.2.3.01		MASTECTOMIA POR GLANDULAS SUPERNUMERARIAS	NO EXISTE CODIGO	pubmed/8585676
1	4	85.2.5.01		ESCISION DE COMPLEJO AREOLA PEZON	NO EXISTE CODIGO	http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_cirugia_oncoplastica_tto_conservador_cancer_mama.pdf
1	4	85.3.1.05		MAMOPLASTIA DE REDUCCION POR GINECOMASTIA	NO EXISTE CODIGO	http://link.springer.com/article/10.1007/s00266-012-9970-6
1	4	85.4.4.01		MASTECTOMIA BILATERAL CON PRESERVACION DE PIEL	NO EXISTE CODIGO	http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2010.33.4482.pdf
1	4	85.4.4.02		MASTECTOMÍA UNILATERAL CON PRESERVACION DE PIEL	NO EXISTE CODIGO	http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2010.33.4482.pdf
1	4	85.8.7.03		PRESERVACION DE COMPLEJO AREOLA PEZON	NO EXISTE CODIGO	http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_cirugia_oncoplastica_tto_conservador_cancer_mama.pdf
1	3	85.9.1		TECNICA ECODIRIGIDA ROLL DE LESION NO PALPABLE EN MAMA	NO EXISTE CODIGO PARA TECNICA ECODIRIGIDA ROLL	file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/13109718_S300_es%20(1).pdf
1	3	85.9.2		LOCALIZACION DE LESION EN MAMA INTRAOPERATORIA POR ULTRASONIDO	NO EXISTE CODIGO	http://www.journalacs.org/article/S1072-7515(99)00156-8/pdf
1	3	85.9.3		COLOCACION DE CLIPS METALICOS NEOADYUVANTE EN MAMA	NO EXISTE CODIGO	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4381122/pdf/jbc-18-44.pdf
1	4	89.0.2.96		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA HEPATO PANCREATO BILIAR	La cirugía hepato pancreato biliar se ha convertido en las ultimas decadas en una especialidad con un campo de acción específico, que en patologías complejas requiere entrenamiento para su manejo adecuado. En el país se pueden ofertar servic	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					ios de esta especilaidad de consulta de primera vez y de control.	
1	4	89.0.3.96		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA HEPATO PANCREATO BILIAR	La cirugía hepato pancreato biliar se ha convertido en las ultimas decadas en una especialidad con un campo de acción específico, que en patologías complejas requiere entrenamiento para su manejo adecuado. En el país se pueden ofertar servic ios de esta especilaidad de consulta de primera vez y de control.	
1	3	92.2.9		RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN MAMA	NO EXISTE CODIGO	http://www.sergas.es/docs/avalia-t/avaliat201214riocamama.pdf
2	3		42.9.3	INSERCION ENDOSCOPICA DE PROTESIS (STENT) EN ESOFAGO Y/O UNION ESOFAGOGASTRICA	LA INSERCION DE UNA PROTESIS ESOFAGICA PUEDE REQUERIRSE EN CONDICIONES DE ESTENOSIS Y/O OBSTRUCCION INTRALUMINAL, DE ETIOLOGIA BENIGNA O TUMORAL, SECUNDARIA A ESTENOSIS, FILTRACION O DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS PREVIAS, POR UN TERMINO TEMPORAL Y/O DEFINITIVO, CON INTENCION NEOADYUVANTE Y/O PALIATIVA. LO ANTERIOR DEPENDE DE LA INDICACION Y CASO CLINICO EN PARTICULAR.	Advanced endoscopic imaging: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technology Review, James E. East, Jasper L. Vleugels, Philip Roelandt, Pradeep Bhandari, Raf Bisschops, Evelien Dekker, Cesare Hassan, Gareth Horgan, Ralf Kiesslich, Gaius Longcroft-Wheaton, Ana Wilson, Jean-Marc Dumonceau, DOI http://dx.doi.org/ 10.1055/s-0042-114210 Published online: 2016 Endoscopy; Role of Esophageal Stents in Benign and Malignant Diseases, Am J Gastroenterol 2010; 105:258–273; doi:10.1038/ajg.2009.684; published online 22 December 2009: The role of endoscopy in the assessment and treatment of esophageal cancer, GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 77, No. 3 : 2013, http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2012.10.001

Fuente: ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

Anexo 23 Ficha Técnica de Actualización de Coloproctología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORÍA	039304	incluido	REVISION DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACION ESPINAL	CODIGO NO CREADO PARA PROCEDIMIENTO NUEVO NO INCLUDO EN LOS TIEMPO DE PRUEBA Y TIEMPO DE IMPLANTACION DEFINITVA	https://www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC)
1	SUBCATEGORÍA	405404		LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL INTRAPERITONEAL POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126051/
1	SUBCATEGORÍA	405405		LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL INTRAPERITONEAL POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126051/
1	SUBCATEGORÍA	405406		LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL INTRAPERITONEAL POR ROBOT	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTO CON ROBOT HACE 4 AÑOS.	www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126051/
1	SUBCATEGORÍA	405411		LINFADENECTOMIA PELVICA POR ROBOT	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTO CON ROBOT HACE 4 AÑOS.	www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126051/
1	SUBCATEGORÍA	405511		LINFADENECTOMIA RADICAL RETROPERITONEAL POR ROBOT	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTO CON ROBOT HACE 4 AÑOS.	www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126051/
1	SUBCATEGORÍA	450002		EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	450600	eliminado	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	450601	incluido	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORÍA	450602	incluido	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	451500	eliminado	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	451501	incluido	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	451502	incluido	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	452303		COLONOSCOPIA INTRAOPERATORIA		
1	SUBCATEGORÍA	45.2.3.04		ENDOSCOPIA DE MAGNIFICACION Y/O CROMOENDOSCOPIA (FÍSICA O DIGITAL) PARA TOMA DE BIOPSIAS DIRIGIDAS EN COLON Y RECTO		
1	SUBCATEGORÍA	452305		MARCACION DE LESION EN COLON VIA ENDOSCOPICA	CODIGO NO CREADO PARA MARCACION DE TUMORES Y TATUAJE PERMANENTE PARA LOCALIZACION DE LESIONES	https://www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC)
1	SUBCATEGORÍA	452306		SEDACION EN COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA		
1	SUBCATEGORÍA	452307		SEDACION EN COLONOSCOPIA TERAPEUTICA		
1	SUBCATEGORÍA	45.2.5.01		BIOPSIA CERRADA [ENDOSCOPICA] DEL COLON ESCALONADA		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORÍA	45.4.2.04		DISECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA SUBMUCOSA EN COLON Y RECTO		
3	SUBCATEGORÍA	454204	eliminado	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	454206		RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO: 1- 3 POLIPOS	CODIGO NO CREADO PARA DIFERENCIAR EL NUMERO DE LESIONES RESECADOS Y AUMENTO DE COMPLEJIDAD DEL PROCEDIMIENTO	www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221209711370178X www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221209711370178X
1	SUBCATEGORÍA	454207		RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO: 4 - 10 POLIPOS	CODIGO NO CREADO PARA DIFERENCIAR EL NUMERO DE LESIONES RESECADOS Y AUMENTO DE COMPLEJIDAD DEL PROCEDIMIENTO	www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221209711370178X www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221209711370178X
1	SUBCATEGORÍA	454208		RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO: 11 O MAS POLIPOS	CODIGO NO CREADO PARA DIFERENCIAR EL NUMERO DE LESIONES RESECADOS Y AUMENTO DE COMPLEJIDAD DEL PROCEDIMIENTO	www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221209711370178X www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221209711370178X
1	SUBCATEGORÍA	454209	incluido	MUCOSECTOMIA DE COLON Y/O RECTO	ca	www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221209711370178X www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221209711370178X
1	SUBCATEGORÍA	45.4.2.05		CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA O ABLACIÓN DE LESIÓN EN COLON Y RECTO CON DISPOSITIVO DE FULGURACIÓN SUPERFICIAL.		
1	**CATEGORÍA**	45.4.3		INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) EN COLON Y RECTO		
1	SUBCATEGORÍA	45.4.3.00		INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) EN COLON Y RECTO		
1	SUBCATEGORÍA	45.4.3.01		INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) EN COLON Y RECTO BAJO GUIA IMAGENOLÓGICA		
1	SUBCATEGORÍA	456210		YEYUNECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	456211		ILECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	457000		COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	457001	incluido	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457002	incluido	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457003	incluido	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457004	incluido	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457102	incluido	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMÍA Y FÍSTULA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				MUCOSA POR LAPAROSCOPIA	INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
3	SUBCATEGORÍA	457200	eliminado	CECECTOMIA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	457201	incluido	CECECTOMIA ABIERTA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457202	incluido	CECECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	457300	eliminado	HEMICOLECTOMIA DERECHA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	457301	incluido	HEMICOLECTOMIA DERECHA POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457301	incluido	HEMICOLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	457400	eliminado	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	457401	incluido	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457402	incluido	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	457500	eliminado	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	457501	incluido	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457502	incluido	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	457600	eliminado	SIGMOIDECTOMIA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	457601	incluido	SIGMOIDECTOMIA POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	457602	incluido	SIGMOIDECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	458100	eliminado	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROTECTOMÍA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	458101	incluido	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROTECTOMÍA POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORÍA	458102	incluido	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	**CATEGORÍA**	**4583**		**COLECTOMÍA TOTAL CON ANASTOMOSIS PÉLVICA**	NO SE DEBE INCLUIR DOS PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD DIFERENTES BAJO EL MISMO CODIGO	
2	**CATEGORÍA**	**4583**		**COLECTOMÍA TOTAL**	NO SE DEBE INCLUIR DOS PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD DIFERENTES BAJO EL MISMO CODIGO	
3	SUBCATEGORÍA	458300	eliminado	COLECTOMÍA TOTAL CON ANASTOMOSIS PÉLVICA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	458301	incluido	COLECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	458302	incluido	COLECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	459100	eliminado	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	459101	incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	459102	incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
					INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
3	SUBCATEGORÍA	459200	eliminado	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	459201	incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	459202	incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	459300	eliminado	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	459301	incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	459302	incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	459400	eliminado	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	459401	incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORÍA	459402	Incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	459503	incluido	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACION DE RESERVORIO (EN "J", " H" O "S") POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	460103	incluido	ILEOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	460104	incluido	ILEOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1	SUBCATEGORÍA	464003	incluido	REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL VIA ABIERTA		
1	SUBCATEGORÍA	464004	incluido	REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL POR LAPAROSCOPIA		
1		467302	incluido	ENTERORRAFIA (UNA O MAS) POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
2	SUBCATEGORÍA	468011		REDUCCIÓN INTESTINAL SIN RESECCIÓN INTESTINAL POR LAPAROTOMÍA	REVISAR EN EL MINISTERIO CODIGOS IGUALES: DEBE SER UNOS POR LAPAROTOMIA Y EL OTRO POR LAPAROSCOPIA	
2	SUBCATEGORÍA	468012		REDUCCIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN	REVISAR EN EL MINISTERIO CODIGOS IGUALES: DEBE SER UNOS POR	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				INTESTINAL POR LAPAROTOMÍA	LAPAROTOMIA Y EL OTRO POR LAPAROSCOPIA	
1		468022		MOVILIZACION DE COLON / RECTO PARA EXPOSICION RETROPERITONEAL POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
1		468023		MOVILIZACION DE COLON / RECTO PARA EXPOSICION RETROPERITONEAL POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992696 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882
3	SUBCATEGORÍA	482700	eliminado	MANOMETRIA RECTAL ENDOSCÓPICA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	482701		MANOMETRIA RECTAL HD (ALTA DEFINICION) Y 3D	CREACION DE CODIGOS PARA USO DE DOS TECNOLOGIAS DE DIFERENTE COMPLEJIDAD	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4032175 www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC)
1	SUBCATEGORÍA	482702		MANOMETRIA RECTAL DE PERFUSION	CREACION DE CODIGOS PARA USO DE DOS TECNOLOGIAS DE DIFERENTE COMPLEJIDAD	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4032175 www.ncbi.nlm.nih.gov › NCBI › Literature › PubMed Central (PMC)
1	SUBCATEGORÍA	48.2.7.03		RE-EDUCACION ANO-RECTAL ASISTIDA POR MANOMETRÍA (BIO-FEEDBACK)		
2	SUBCATEGORÍA	483100		ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL POR DIATERMIA, CRIO O ELECTROCOAGULACION SOD	POR EL ARGON	
1	SUBCATEGORÍA	485101	incluido	PROCTECTOMIA PARCIAL CON DISECCION INTERESFINTERICA.		
3	SUBCATEGORÍA	485200		PROTECTOMIA COMPLETA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	485201		PROCTECTOMIA COMPLETA CON ABORDAJE PERINEAL LAPAROSCOPICO	CODIGO NO ESTA CREADO, PARA UTILIZAR NUEVA TECNICA REVERSA DE EXCISION MESORECTAL POR TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORÍA	485202		PROCTOSIGMOIDECTOMÍA PERINEAL (ALTEMEIER) incluye plastia de elevadores.	CODIGO NO ESTA CREADO PARA RESECCIONES COLONICAS PERINEALES PARA PROCIDENCIAS RECTALES	
3	SUBCATEGORÍA	485400		PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	485401		PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
1	SUBCATEGORÍA	485402		PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
1	SUBCATEGORÍA	485403		PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) PARA CUBRIMIENTO Y CIERRE POST PROCTECTOMIA		
1	SUBCATEGORÍA	485404		CORRECCION HERNIA PERINEAL POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO CREADO PARA REPARACION CON EL USO DE MATERIAL PROTESICO	
1	SUBCATEGORÍA	485405		CORRECCION HERNIA PERINEAL POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
1	SUBCATEGORÍA	485406		CORRECCION HERNIA PERINEAL POR VIA PERINEAL	CODIGO PARA DESCRIBIR ABORDAJE PERINEAL DIFERENTE AL ABORDAJE ABDOMNINAL	
3	**CATEGORÍA**	**4862**		**RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMIA SIMULTANEA**	NO PUEDE AGRUPAR DOS PROCEDIMIENTOS COMPLETAMENTE DIFERENTES	
2	**CATEGORÍA**	**4862**		**RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO**	PUEDE IR CON ILEOSTOMIA.	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
3	SUBCATEGORÍA	486200		RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMIA SIMULTANEA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	486201		RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO POR LAPAROTOMIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
1	SUBCATEGORÍA	486202		RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO POR LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
3	SUBCATEGORÍA	486700		RESECCIÓN DE TUMOR RECTAL, VÍA TRANS-ANAL SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	486701		RESECCIÓN DE TUMOR RECTAL, VÍA TRANS-ANAL	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE ABIERTO VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
1	SUBCATEGORÍA	486702		RESECCIÓN DE TUMOR RECTAL, VÍA TRANS-ANAL CON LAPAROSCOPIA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE CONVENCIONAL VS. MINIMAMENTE INVASIVO. PROCEDIMIENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS SE REALIZAN DESDE HACE 20 AÑOS.	
1	SUBCATEGORÍA	487611	incluido	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR POR LAPAROTOMIA		
1	SUBCATEGORÍA	487612	incluido	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR POR LAPAROSCOPIA		
1	SUBCATEGORÍA	487613	incluido	COLPO PROCTO PEXIA VENTRAL ANTERIOR POR LAPAROTOMIA		

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	SUBCATEGORÍA	487614	incluido	COLPO PROCTO PEXIA VENTRAL ANTERIOR POR LAPAROSCOPIA		
3	SUBCATEGORÍA	489300	eliminado	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	489301	incluido	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE CONVENCIONAL VS. MINIMAMENTE INVASIVO.	www.ncbi.nlm.nih.gov/.../25238933 www.ncbi.nlm.nih.gov/.../24578448
1	SUBCATEGORÍA	489302	incluido	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL CON TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DIFERENCIAR VIA DE ABORDAJE ENTRE CONVENCIONAL VS. MINIMAMENTE INVASIVO.	www.ncbi.nlm.nih.gov/.../25238933 www.ncbi.nlm.nih.gov/.../24578448
1	SUBCATEGORÍA	490401		EXAMEN ANAL BAJO ANESTESIA		
3	SUBCATEGORÍA	492100	eliminado	ANOSCOPIA SOD	ELIMINACION DEL SOD	
1	SUBCATEGORÍA	492101	incluido	ANOSCOPIA		
1	SUBCATEGORÍA	492102		ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION		
1	SUBCATEGORÍA	492103		ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION CON MAPEO ANAL		
1	SUBCATEGORÍA	492104		ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION CON MAPEO ANAL Y FULGURACION QUIMICA / TERMICA DE LESIONES		
1	SUBCATEGORÍA	493101		RESECCION DE LESION O TUMOR ANAL O PERIANAL		
1	SUBCATEGORÍA	494604		HEMORROIDOPEXIA		
1	SUBCATEGORÍA	497201		IMPLANTACION DE ESFINTER ANAL MAGNETICO		
1	SUBCATEGORÍA	497202		RETIRO Y/O REVISION DE ESFINTER ANAL MAGNETICO		
1		497510		COLGAJO MUCOSO, SUBMUCOSO Y O MUSCULAR ENDORECTAL	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DESCRIBIR COLGAJOS COMPLEJOS MUCOSOS Y SUBMUCOSOS EN PERINE	

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
				PARA LA CORRECCION DE DEFECTOS ANOPERINEALES.		
1		497511		COLGAJO MUSCULAR Y/O TRANSPOSICION (MUSCULO GRACILIS, CAVERNOSO O GLUTEO) EN REGION RECTOVAGINAL, RECTOPERINEAL O RECTOURETRAL.	CODIGO NO ESTA CREADO PARA DESCRIBIR RECONSTRUCCIONES COMPLEJAS EN PELVIS CON EL USO DE MUSCULOS Y ROTACION DE COLGAJOS	
1	SUBCATEGORÍA			REPARACION DE HERNIA PARAOSTOMAL POR VIA ANTERIOR (CON / SIN MALLA)		
1	SUBCATEGORÍA			REPARACION DE HERNIA PARAOSTOMAL POR LAPAROTOMIA (CON / SIN MALLA)		
1	SUBCATEGORÍA			REPARACION DE HERNIA PARAOSTOMAL POR LAPAROSCOPIA (CON / SIN MALLA)		
1	SUBCATEGORÍA	861412		INYECCIÓN DE MATERIALES AUMENTADORES DEL VOLUMEN ESFINTERIANO EN EL CANAL ANAL		

Fuente: ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA

Anexo 24 Ficha Técnica de Actualización de Neurología

Tipo_ Ajuste	Estructura Cd _Ajuste	Código _Ajuste	Nomenclatura a cambiar_Ajuste	Nomenclatura_Ajuste	Lógica o razonamiento_Ajuste	Apoyo publicaciones_ Ajuste
1	4	38.01.11		TROMBOLISIS CEREBRAL ENDOVENOSA EN ATAQUE CEREBROVASCULAR, (INCLUYE ACTIVADOR TISULAR DEL PLASMINOGENO HUMANO RECOMBINANTE).	Teniendo en cuenta que las enfermedades Cardiovasculares son de las causas mas frecuentes de morbimortalidad en Colombia y que el Ataque cerebrovascular desde la inclusión de su tratamiento en el POS ha tenido una gran relevancia en el tratamiento de dicha patología brindando oportunidad de mejora y disminuyendo o previniendo secuelas irreparables a miles de pacientes en nuestro país, solicitamos comedidamente la inclusión del código	
1	4	S1.2.1.04		INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO CORONARIO Y/O ATAQUE CEREBROVASCULAR		

Fuente: Asociación Colombiana de Neurología

36 ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

EHR	Electronic health record
HICDA	Hospital International Classification of Diseases Adapted
HIM	Health Information Management
IHTSDO	Vocabulario controlado de términos clínicos producidos por la Organización Internacional de Desarrollo de Estándares de Terminología de la Salud
ICD-10-CM/PCS	International Classification of Diseases, 10th Edition, Clinical modification/Procedure Coding System
WHO FIC Network	Red de Centros Colaboradores para la Familia de Clasificaciones Internacionales

37 GLOSARIO

a) **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.

b) **INTERVENCIONISTA**: este neologismo derivado del término "intervención" con su sentido de intervención quirúrgica, significa "inclinado a preferir la intervención quirúrgica (y no otros métodos) o relativo a ella".

c) **INTERVENCIÓN EN SALUD**: es el conjunto de procedimientos realizados con el mismo fin, acordes con un diagnóstico, dentro del proceso de atención: promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de la enfermedad. Cualquier acto realizado para vigilar o mejorar un proceso fisiológico, o para interrumpir o controlar un proceso patológico.

d) **INVASIVO**: este neologismo proveniente del idioma inglés, para el cual se ha propuesto el término castellano invasor, significa en medicina "método de examen o tratamiento durante el cual se llega al interior del cuerpo humano, por incisión o perforación de piel y tegumentos o por cualquiera de los agujeros naturales".

e) **NO QUIRÚRGICO**: como contrario a quirúrgico, es todo procedimiento durante el cual no se realice maniobra de las que caracterizan a la cirugía. Es equivalente a "tratamiento médico", es decir, por cualquier método distinto de la cirugía.

f) **PROCEDIMIENTO EN SALUD**: es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas en el proceso de atención: promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de la enfermedad.

g) **PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICO**: es la realización o conducción de un tratamiento para enfermedades, lesiones y deformaciones con métodos manuales o instrumentales. Es quirúrgico, entonces, todo procedimiento durante el cual se realice alguna o varias de las maniobras que son características de la cirugía. Sinónimo: operación.

h) **QUIRÚRGICO**: adjetivo, perteneciente o relativo a la cirugía. Sinónimos: operatorio, terapéutico, curativo. Cirugía, a su vez, es por sus raíces griegas, "keiro" mano y "ergon" trabajo, la parte de la ciencia médica en que se utilizan las manos y los instrumentos por ellas manejados, para realizar un tratamiento consistente en incidir, suturar, extirpar o modificar algún tejido u órgano del cuerpo humano.

i) **REOPERACIÓN O REINTERVENCIÓN**: es la efectuada para tratar la misma entidad patológica de un paciente, en diferentes actos operatorios, por el mismo o por diferente cirujano.

38 BIBLIOGRAFÍA

Averill, R., Mullin, R., Steinbeck, B., Goldfield, N., Grant, T., & Butler, R. (s.f.). *Centers for Medicare & Medicaid Services.* Recuperado el 10 de 02 de 2015, de https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/downloads/pcs_final_report2012.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *Las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.* Recuperado el 10 de 02 de 2015, de www.dnp.gov.co: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Bases%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%202014-2018.pdf

Minsalud. (15). sdfasdjfk. En magaliu, *rel* (pág. 15). bogo: planeta.

Alexander, G. R. (Enero - Junio de 2015). 1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. (S. N. Salud, Ed.) *Monitor Estrategico*(7).

Averill, R., Mullin, R., Steinbeck, B., Goldfield, N., Grant, T., & Butler, R. (s.f.). *Centers for Medicare & Medicaid Services.* Recuperado el 10 de 02 de 2015, de https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/downloads/pcs_final_report2012.pdf

Brasileña, A. M. (2008). *Classificacao Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos* (5 ed.). Sao Paulo.

Commission on Professional and Hospital Activities, A. A. (2012). *CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9.ª REVISIÓN MODIFICACIÓN CLÍNICA CIE•9•MC* (8.ª Edición. Enero 2012. ed.). (A. G. Solana e Hijos, Ed.) Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad.

Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *Las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.* Recuperado el 10 de 02 de 2015, de www.dnp.gov.co: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Bases%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%202014-2018.pdf

Dirección de Estadisticas e Información en Salud. (s.f.). Recuperado el 5 de febrero de 2016, de Ministerio de Salud de Argentina: http://www.deis.msal.gov.ar/publicaciones/archivos/CACE-Boletin18

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. (2015). DEFINICIONES TERMINOLÓGICAS - PARTE 1. Colombia.

Ecuador, Ministerio de Salud Publica de. (2008). *Codificación de Diagn´soticos y Procedimientos Médicos. Manual de Proveedores. Programa de Aseguramiento en Salud. Distrito Metropolitano de Quito.* Quito.

INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD. (10 de 03 de 2014). Guía metodológica para la realización de evaluaciones económicas en el marco de Guías de Práctica Clínica. Colombia. Recuperado el 8 de Enero de 2016, de http://www.iets.org.co/Manuales/Manuales/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20Realizaci%C3%B3n%20de%20Evaluaciones%20Econ%C3%B3micas%20en%20el%20marco%20de%20Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20-%20Versi%C3%B3n%20final%20completa.pdf

Madden, R., Sykes, C., & Ustun, T. B. (s.f.). *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose.* Australia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Recuperado el 14 de Agosto de 2015, de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/PromociónyPrevención.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Recuperado el 5 de febrero de 2016, de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/normativa-inicio.aspx

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2014). Metodología para identificación de tecnologías en salud de primera línea de tratamietno o de uso cotidiano. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (s.f.). *POSpópuli.* Obtenido de http://pospopuli.minsalud.gov.co/

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (s.f.). RESOLUCIÓN 5592 DE 2015. COLOMBIA.

Minsalud. (15). sdfasdjfk. En magaliu, *rel* (pág. 15). bogo: planeta.

OMS. (2015). *ICD-11 Upadate. Classifications, Terminologies, and Standards.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (s.f.). *World Health Organization*. Recuperado el 3 de Febrero de 2016, de http://www.who.int/classifications/icd/en/

ONU. (2013). *Boletin Informativo sobre Clasificaciones.* Organización de Naciones Unidas , Division de Estadistica ONU. ONU.

OPS/OMS. (2008). *Clasificación Estadistica Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Decima Revisión* (Vol. 2). Washingtong D.C., USA: Organización Panamericanana de la Salud.

OPS/OMS. (2014). *(OPS/OMS)-MEASURE-Evaluation Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSIS).* Mexico.

Real Academia Española. (s.f.). Obtenido de http://lema.rae.es

Secretaria de Salud de México. (s.f.). Recuperado el 4 de febrero de 2016, de Dirección General de Información en Salud: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/diagnostico.html