

El Conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención médica (HEDIS®, por sus siglas en inglés), es una herramienta poderosa que evalúa los resultados de salud y la calidad de la atención. También tiene un impacto significativo en el desempeño general de las calificaciones con estrellas.

Al usar las mediciones de HEDIS en nuestro trabajo conjunto, podemos lograr 5 estrellas y hacer mejoras significativas en la atención de nuestros pacientes. Use esta guía para identificar mediciones clave de HEDIS y cómo mejorarlas.

Consejos rápidos para mejorar los puntajes de HEDIS

Además de enfocarse en las mediciones de esta guía, a continuación se incluyen otras maneras en las que puede aumentar los puntajes de HEDIS y las calificaciones con estrellas.

Comunicarse temprano y con frecuencia

- Comuníquese con pacientes que no vio durante el año
- Utilice las visitas por enfermedad como una oportunidad para registrar necesidades de atención
- Proporcione recursos de salud que satisfagan las necesidades de alfabetización y lenguaje del paciente
- Comuníquese pronto con los pacientes para informar resultados de pruebas y programe las visitas de seguimiento necesarias

Programar atención preventiva de forma proactiva

Programe los siguientes a principio de año:

- Consulta de bienestar anual
- Examen de detección de cáncer de mama
- Examen de detección de cáncer colorrectal
- Atención para la diabetes
- Atención para la hipertensión



Cómo usar esta guía

Elija su medición

Cada sección de esta guía se centra en una medición clave de HEDIS. Para cada medición, proporcionamos el objetivo, exclusiones, lo que se considera y consejos útiles. También proporcionamos varios códigos de facturación, incluidos los códigos de la Terminología actualizada de procedimientos médicos, categoría II (CPT II, por sus siglas en Inglés).

Por qué usar códigos CPT II

Los códigos CPT II son códigos de seguimiento complementarios para la medición del desempeño. Los incluimos en esta guía y le recomendamos encarecidamente que los use. Cuando agrega códigos CPT II para servicios de atención preventiva y resultados de pruebas, nos permite:

- Obtener datos de usted de manera más rápida y eficiente
- Ver un panorama más completo de la salud de un paciente
- Ayudarle a abordar las oportunidades de atención relacionadas con las mediciones de calidad de HEDIS
- Mejorar los resultados de salud, a través de un mejor enfoque en programas de manejo de enfermedades
- Eliminar los recordatorios de difusión de pruebas que los pacientes ya recibieron

En resumen, son la mejor manera de documentar que usted proporcionó una atención óptima a sus pacientes y, a su vez, reducen la cantidad de expedientes médicos que debemos solicitarle.

¿Preguntas? Envíenos un correo electrónico a starsandriskmgmt@devoted.com

Atención para la diabetes



Control de la presión arterial alta



Examen de detección de cáncer colorrectal



Transiciones de la atención



Uso de estatinas para enfermedades cardiovasculares



Manejo de osteoporosis en mujeres



Examen de detección de cáncer de mama



Atención para adultos mayores



Seguimiento después de visita a la sala de emergencias



Planificación de readmisiones por cualquier causa



Atención para la diabetes

La atención para la diabetes incluye 3 mediciones individuales:

- Control de hemoglobina A1c
- Exámenes de la vista
- Evaluación de salud renal

Exclusiones

- Pacientes que reciben cuidados paliativos o de hospicio en el año de medición
- Pacientes de 66 años o más con debilidad Y enfermedad avanzada en el año de medición
- Pacientes de 66 años o más que se inscribieron en un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP, por sus siglas en inglés) o institución a largo plazo en el año de medición
- Pacientes con SOP, diabetes gestacional o diabetes inducida por esteroides que no tuvieron un diagnóstico de diabetes en el año de medición o el año anterior al mismo

Control de HbA1C para pacientes con diabetes (HBD)

OBJETIVO: nivel de HbA1C inferior al 9.0%.

Lo que se considera

- Último resultado de HbA1C del año

Consejos

- Preste mucha atención al último resultado de HbA1c del año; este es el que se tiene en cuenta
- Encuentre servicios de laboratorio locales en la Guía de referencia rápida de su estado en devoted.com/providers

Códigos CPT II

- 3044F** Nivel de HbA1c inferior al 7.0%
- 3051F** Nivel de HbA1c superior o igual al 7.0% e inferior al 8.0%
- 3052F** Nivel de HbA1c superior o igual al 8.0% e inferior o igual al 9.0%
- 3046F** Nivel de HbA1c superior al 9.0%
- 3045F** Nivel de HbA1c superior o igual al 7.0% e inferior al 9.0%

Examen ocular para pacientes con diabetes (EED)

OBJETIVO: proporcionar un examen de retina o de ojo dilatado.

Lo que se considera

- Examen de retina o de ojo dilatado realizado por un oftalmólogo u optometrista en el año de medición (el examen del año anterior se considera si se obtuvo un resultado negativo para retinopatía)
- Enucleación ocular bilateral en cualquier momento de los antecedentes del paciente (hasta el 31 de diciembre del año de medición)
- Fotografía de fondo de ojo en el año de medición con revisión por parte de un optometrista u oftalmólogo (fotografía del año anterior y recuento de revisión si se obtuvo un resultado negativo para retinopatía)

Consejos

- Para obtener ayuda con la programación de una cita, los pacientes pueden llamarnos al **1-800-338-6833** (TTY 711)
- Considere usar una cámara retinal portátil en su consultorio (si no tiene acceso a una, comuníquese con su representante de Devoted Health)

Códigos CPT II

Para todos los códigos a continuación, un oftalmólogo u optometrista debe revisar los resultados y documentarlos en el expediente del paciente.

- 2022F** Examen de retina con ojo dilatado
- 2023F** Examen de retina con ojo dilatado sin evidencia de retinopatía
- 2024F** 7 fotografías estereoscópicas de campo estándar
- 2025F** 7 fotografías estereoscópicas de campo estándar sin evidencia de retinopatía
- 2026F** Imágenes oculares validadas para que coincidan con el diagnóstico de 7 fotografías estereoscópicas de campo estándar
- 2033F** Imágenes oculares validadas para que coincidan con el diagnóstico de 7 fotografías estereoscópicas de campo estándar sin evidencia de retinopatía
- 3072F** Bajo riesgo de retinopatía (sin evidencia de retinopatía en el año anterior)

Evaluación de salud renal para pacientes con diabetes (KED)

OBJETIVO: evaluar a los pacientes diabéticos durante el año de medición, mediante una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) y el cociente de albúmina-creatinina en orina (uACR).

Lo que se considera

Durante el año de medición, los pacientes deben recibir:

- al menos 1 eGFR Y
- al menos 1 uACR (puede ser una prueba cuantitativa de albúmina en orina, más una prueba de creatinina en orina, si se realizan en un plazo de 4 días entre sí)

Consejos

- Programe exámenes de detección o monitoreo de forma proactiva durante el año de medición
- Envíe los códigos para cada una de las pruebas requeridas de la evaluación de salud renal

Códigos de facturación

Tasa de filtración glomerular estimada

CPT 80047, 80048, 80050, 80053, 80069, 82565 eGFR

Cociente de albúmina-creatinina en orina

CPT 82043, 82570 uACR

Prueba de albúmina

CPT II 3060F: resultado positivo en prueba de microalbuminuria documentado y revisado

3061F: resultado negativo en prueba de microalbuminuria documentado y revisado

3062F: resultado positivo en prueba de macroalbuminuria documentado y revisado

Tratamiento de nefrología

CPT II 3066F: documentación del tratamiento para nefropatía (como paciente que recibe diálisis, paciente que recibe tratamiento para enfermedad renal en etapa terminal, insuficiencia renal crónica, insuficiencia renal grave o insuficiencia renal, cualquier visita a un nefrólogo)

4010F: terapia con inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores de los receptores de la angiotensina recetado, o que se administra en este momento

Control de la presión arterial alta (CBP)

OBJETIVO: presión arterial inferior a 140/90.

Esta medición se aplica a pacientes de entre 18 y 85 años con hipertensión.

Exclusiones

- Pacientes de 66 años o más que se inscribieron en un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP, por sus siglas en inglés) o institución a largo plazo en el año de medición
- Pacientes de entre 66 y 80 años con debilidad Y enfermedad avanzada en el año de medición
- Pacientes de 81 años o más con debilidad al 31 de diciembre del año de medición
- Pacientes que reciben cuidados de hospicio en el año de medición

Lo que se considera

Lectura de la presión arterial más reciente en el año de medición, documentada en:

- Una visita ambulatoria
- Una visita de telesalud
- Un encuentro con un paciente hospitalizado no grave
- Un dispositivo de monitoreo remoto que almacena digitalmente resultados y los envía directamente al proveedor
- Un resultado informado por el paciente (asegúrese de incluir la fecha de servicio)

Consejos

- Registre lecturas exactas (no redondee hacia arriba)
- Verifique el tamaño del manguito: es posible que los manguitos demasiado pequeños arrojen lecturas altas
- Si el resultado inicial es alto, aplique estrategias de relajación y haga otra lectura
- Una vez que tenga varias lecturas para anotar en el gráfico, use las lecturas sistólicas y diastólicas más bajas (no es necesario que sean de la misma medición)
- Si la lectura de la presión arterial no cumple el objetivo, programe un seguimiento para hacer otra lectura
- Revise los antecedentes de medicamentos para la hipertensión y su cumplimiento: considere modificar el tratamiento para la presión arterial no controlada

Códigos de facturación

Presión sistólica

Asegúrese de enviar también un código de presión diastólica.

CPT II 3074F: presión sistólica inferior a 130
3075F: presión sistólica entre 130 y 139
3077F: presión sistólica superior a 139

Presión diastólica

Asegúrese de enviar también un código de presión sistólica.

CPT II 3078F: presión diastólica inferior a 80
3079F: presión diastólica entre 80 y 89
3080F: presión diastólica superior a 89

Monitoreo remoto de la presión arterial

CPT II 93784, 93788, 93790, 99091, 99453, 99454, 99457, 99473, 99474

Visita telefónica

CPT II 98966-98968, 99441-99443

Evaluación en línea

CPT II 98969-98972, 99421-99423, 99444, 99457

HCPCS G0071, G2010, G2012, G2061-G2063

Examen de detección de cáncer colorrectal (COL)

OBJETIVO: proporcionar exámenes de detección adecuados para el cáncer colorrectal.

Esta medición se aplica a pacientes de entre 50 y 75 años.

Exclusiones

- Diagnóstico de cáncer colorrectal o colectomía total
- Pacientes que reciben cuidados de hospicio en el año de medición
- Pacientes de 66 años o más con debilidad Y enfermedad avanzada en el año de medición
- Pacientes de 66 años o más que se inscribieron en un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP, por sus siglas en inglés) o institución a largo plazo en el año de medición

Lo que se considera

- Colonoscopia en los últimos 10 años
- Sigmoidoscopia flexible en los últimos 5 años
- Colonografía por tomografía computarizada (TC) (colonoscopia virtual) en los últimos 5 años
- Prueba inmunoquímica fecal con análisis de ADN (FIT-DNA) (Cologuard®) en los últimos 3 años
- Análisis de sangre oculta en heces anual (FOBT): las pruebas realizadas en un consultorio o en una muestra obtenida mediante exámenes rectales digitales no son lo suficientemente específicas y no se tendrán en cuenta

Consejos

- Enfatique la importancia de los exámenes de detección del cáncer colorrectal y asegúrese de que los pacientes estén al día con ellos
- Mencione que ofrecemos una recompensa en Devoted Dollars por los exámenes de detección; obtenga más información en devoteddollars.com/es
- Documente claramente los antecedentes médicos y quirúrgicos pasados en el expediente médico del paciente, incluidos los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, las fechas y los resultados
- Presente reclamaciones y recopile datos de manera oportuna.
- Considere órdenes permanentes para permitir que el personal clínico inicie los exámenes de detección

Códigos de facturación

Colonoscopia

CPT 44388-44394, 44397, 44401-44408, 45355, 45378-45393, 45398

Sigmoidoscopia flexible

CPT 45330-45335, 45337-45342, 45345-45347, 45349-45350

HCPCS G0104

Colonografía por TC

CPT 74261-74263

FIT-DNA

CPT 81528

FOBT

CPT 82270, 82274

HCPCS G0328

NUEVO

Transiciones de la atención (TRC)

OBJETIVO: evaluar los puntos clave de la transición.

La medición se aplica a pacientes de 18 años o más que recibieron el alta de un centro para pacientes hospitalizados.

Exclusiones

- Pacientes que reciben cuidados de hospicio en el año de medición

Lo que se considera

El expediente médico ambulatorio de cada paciente debe tener los siguientes 4 documentos:

- Notificación de hospitalización: recepción de la notificación cuando el paciente hospitalizado es admitido más los 2 días posteriores (3 días en total)
- Recepción de la información del alta: recepción de la información el día del alta, más los 2 días posteriores (3 días en total). Debe incluir lo siguiente, si corresponde:
 - El proveedor responsable de la atención del paciente durante la hospitalización
 - Procedimientos o tratamiento proporcionados
 - Diagnóstico al momento del alta
 - Lista de medicamentos actuales
 - Resultados de pruebas (o documentación de pruebas pendientes o de que no hay pruebas pendientes)
 - Instrucciones de atención del paciente para el PCP o proveedor de atención continua (las instrucciones del alta para el seguimiento con su PCP no cumplen con los criterios)
- Compromiso del paciente después del alta: compromiso del paciente (visitas al consultorio, visitas domiciliarias, visitas de telesalud) dentro de los 30 días posteriores al alta
- Conciliación de los medicamentos posteriores al alta: conciliación de medicamentos en la fecha del alta y durante los 30 días posteriores (31 días en total)

Códigos de facturación

Transición de la atención

CPT II 1111F: medicamentos del alta conciliados con la lista de medicamentos actuales en el expediente médico ambulatorio

99483: planificación de la atención para pacientes con deterioro cognitivo

99495: administración de la atención de transición, complejidad moderada, dentro de los 14 días posteriores al alta

99495: administración de la atención de transición, complejidad alta, dentro de los 7 días posteriores al alta

Visita telefónica

CPT II 98966-98968, 99441-99443

Evaluación en línea

CPT II 98969-98972, 99421-99423, 99444, 99457

HCPCS G0071, G2010, G2012, G2061-G2063

NUEVO

Transiciones de la atención (TRC)

(continuación)

Consejos

- Incluya copias de las notificaciones de Devoted Health en el expediente médico del paciente
- Documente claramente la conciliación de los medicamentos del alta con los medicamentos actuales
- Documente claramente si no se recetaron o indicaron medicamentos en el momento del alta
- Consulte o hable con los pacientes dentro de los 30 días posteriores al alta

Uso de estatinas para enfermedades cardiovasculares (SPC)

OBJETIVO: entregar al menos 1 estatina de intensidad alta o moderada durante el año de medición, a pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica.

Esta medición se aplica a hombres de entre 21 y 75 años, y mujeres de entre 40 y 75 años, en el año de medición que presentaron uno de los eventos o diagnósticos mencionados a continuación.

Cualquiera de los siguientes eventos en el año anterior al año de medición:

- Infarto de miocardio (estadía como paciente hospitalizado grave o no grave)
- Injerto de derivación de las arterias coronarias (cualquier entorno)
- Intervención coronaria por vía percutánea (cualquier entorno)
- Otra revascularización (cualquier entorno)

Al menos 1 diagnóstico de enfermedad vascular isquémica en el año de medición Y el año anterior en los siguientes contextos:

- Visita ambulatoria, visita telefónica o evaluación en línea
- Encuentro para alta de paciente hospitalizado grave o alta de paciente hospitalizado grave

Exclusiones

- Surtió al menos 1 receta de clomifeno en el año de medición o el año anterior
- Enfermedad renal en etapa terminal en el año de medición o el año anterior
- Cirrosis en el año de medición o el año anterior
- Pacientes de 66 años o más que se inscribieron en un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP, por sus siglas en inglés) o institución a largo plazo en el año de medición
- Pacientes de 66 años o más con debilidad Y enfermedad avanzada en el año de medición
- Mialgia, miositis o rabdomiólisis durante el año de medición, identificadas de la siguiente manera:
 - G72.0: miopatía inducida por medicamentos
 - G72.2: miopatía debido a otros agentes tóxicos
 - G72.9: miopatía, no especificada
 - M62.82: rabdomiólisis
 - M79.1: mialgia
 - M60.80 M60.9: miositis

Lo que se considera

Tratamiento con estatinas de intensidad alta

- atorvastatina 40-80 mg
- simvastatina 80 mg
- atorvastatina 20-40 mg
- amlodipina y atorvastatina 40-80 mg
- ezetimiba y simvastatina 80 mg

Tratamiento con estatinas de intensidad moderada

- atorvastatina 10-20 mg
- simvastatina 20-40 mg
- lovastatina 40 mg
- rosuvastatina 5-10 mg
- pravastatina 40-80 mg
- amlodipina y atorvastatina 10-20 mg
- ezetimiba y simvastatina 20-40 mg
- fluvastatina 40-80 mg
- pitavastatina 2-4 mg

Uso de estatinas para enfermedades cardiovasculares (SPC)

(continuación)

Consejos

- Evalúe el tratamiento con estatinas en cada encuentro en pacientes que presentan una enfermedad cardiovascular
- En el caso de los pacientes que comienzan el tratamiento con estatinas, analice los efectos secundarios frecuentes y aconséjeles que llamen a su consultorio antes de interrumpirlo
- Recete un suministro para 100 días a fin de respaldar el cumplimiento
- Recordatorio: esta medición es independiente de la medición de la Parte D: Uso de estatinas en pacientes con diabetes. Esta medición SPC es para pacientes que requirieron tratamiento con estatinas de intensidad moderada o alta, e incluye una lista de exclusión diferente

Manejo de osteoporosis en mujeres (OMW)

OBJETIVO: realizar una prueba de densidad mineral ósea (BMD) o emitir una receta para un medicamento, con el fin de tratar la osteoporosis dentro de los 180 días posteriores a la fractura. Para una fractura diagnosticada en el hospital, los 180 días se calculan en función de la fecha del alta. Si un paciente se transfiere a otro hospital u otro centro para pacientes hospitalizados, los 180 días se basan en la fecha del alta de la última admisión.

Esta medición se aplica a mujeres de entre 67 y 85 años que tuvieron una fractura entre el 1 de julio del año anterior y el 30 de junio del año actual. Las fracturas en dedos de las manos y los pies, el rostro y el cráneo, no están incluidas en esta medición. El trabajo en esta medición comenzará en julio de 2020 y se considerará para nuestra calificación con estrellas de 2023.

Exclusiones

- Pacientes que se sometieron a una prueba de BMD en cualquier momento en los 2 años previos a la fractura
- Pacientes tratadas por osteoporosis en cualquier momento en el año anterior a la fractura
- Pacientes de 67 años o más que se inscribieron en un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP, por sus siglas en inglés) o institución a largo plazo en el año de medición
- Pacientes de entre 67 y 80 años con debilidad Y enfermedad avanzada en el año de medición
- Pacientes de 81 años o más con debilidad en el año de medición

Lo que se considera

- Prueba de densidad mineral ósea
- Tratamientos para la osteoporosis
 - Bifosfonatos: alendronato, alendronato-colecalciferol, ibandronato, risedronato, ácido zoledrónico
 - Otros agentes: abaloparatida, denosumab, raloxifeno, teriparatida

Códigos de facturación

Prueba de BMD

CPT 76977, 77078, 77080-77082, 77085, 77086

Visita telefónica

CPT 98966-98968, 99441-99443

Evaluación en línea

CPT 98969-98972, 99421-99423, 99444, 99457

HCPCS G0071, G2010, G2012, G2061-G2063

Manejo de osteoporosis en mujeres (OMW)

(continuación)

Consejos

General

- Considere exámenes de densidad ósea para todas las mujeres dentro del rango de edad
- Eduque a las pacientes sobre la prevención de caídas y la seguridad
- Si no hay evidencia de una fractura activa, presente una reclamación corregida para retirar a la paciente de la medición de OMW

Codificación

- Codifique adecuadamente para diferenciar entre tratamientos de fracturas activas y posteriores a la atención (el tratamiento de fracturas activas generalmente no se proporciona en un entorno de atención primaria)
- El 7.º carácter A es para el tratamiento activo de la fractura (radiografía, Departamento de Emergencias, cirugía, etc.)
- El 7.º carácter D es para después de que la paciente haya completado el tratamiento activo de la fractura (atención de rutina en fase de curación o recuperación)
- Para pacientes con antecedentes de fracturas por osteoporosis, utilice el código de estado Z87.310 “Antecedentes personales de fractura por osteoporosis (curada)”

Examen de detección de cáncer de mama (BCS)

OBJETIVO: proporcionar una mamografía para detectar cáncer de mama entre el 1 de octubre, dos años antes del año de medición y el 31 de diciembre del año de medición.

Esta medición se aplica a mujeres de entre 52 y 74 años. Los exámenes de detección de cáncer de mama proporcionados en 2021 se considerarán para nuestra calificación con estrellas de 2024.

Exclusiones

- Mujeres que se sometieron a una mastectomía bilateral o 2 mastectomías unilaterales, en cualquier momento durante los antecedentes de la paciente
- Pacientes de 66 años o más que se inscribieron en un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP, por sus siglas en inglés) o institución a largo plazo en el año de medición
- Pacientes de 66 años o más con debilidad Y enfermedad avanzada en el año de medición

Lo que se considera

Solo se consideran las mamografías de detección, diagnóstico, película, digitales y tomosíntesis digital de mama. Las resonancias magnéticas, las ecografías y las biopsias no se consideran, incluso si se indican con fines de diagnóstico o para evaluar a pacientes de mayor riesgo.

Consejos

- Enfaticé la importancia de los exámenes de detección del cáncer de mama y asegúrese de que las pacientes estén al día con las mamografías anuales
- Mencione que ofrecemos una recompensa en Devoted Dollars por los exámenes de detección; obtenga más información en devoteddollars.com/es
- Documente la fecha específica y el resultado del examen de detección en el expediente médico
- Documente los antecedentes médicos y quirúrgicos, incluidas las fechas, en el expediente médico
- Use códigos de diagnósticos y procedimientos correctos
- Presente reclamaciones y recopile datos de manera oportuna

Códigos de facturación

Códigos CPT

77055, 77056, 77057, 77061, 77062, 77063, 77065, 77066, 77067

Atención para adultos mayores (COA)

Mediciones de COA

La COA incluye 3 mediciones diferentes:

- Revisión de medicamentos
- Evaluación del estado funcional
- Evaluación del dolor

Estas mediciones se aplican solo a pacientes de 66 años o más que tienen un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés), o de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés).

COA: Revisión de medicamentos

OBJETIVO: el paciente recibe una revisión integral de los medicamentos por parte de un médico o farmacéutico.

Lo que se considera

Para esta medición, no se consideran los servicios prestados en entornos de pacientes graves. Solo se considera lo siguiente:

- Al menos 1 revisión de medicamentos documentada con una lista de medicamentos en el expediente médico
- Servicios de administración de la atención de transición

Consejos

- Integre una revisión de medicamentos de alto riesgo en cada encuentro con pacientes de edad avanzada
- Revise los antecedentes del paciente durante cada visita para registrar caídas y afecciones crónicas
- Si el paciente experimenta efectos secundarios no deseados, reemplace los medicamentos perjudiciales por alternativas médicamente adecuadas

Códigos de facturación

Revisión de medicamentos

CPT 0863, 99605, 99606

CPT II 1160F

Lista de medicamentos

CPT II 1159F

HCPCS G8427

Servicios de administración de la atención de transición

CPT 99495, 99496

NUEVO

COA: Evaluación del estado funcional

OBJETIVO: el paciente recibe al menos 1 evaluación del estado funcional en el año de medición.

Lo que se considera

- Se consideran las evaluaciones del estado funcional realizadas durante una visita al consultorio, visita telefónica, visita electrónica o un control virtual. No se consideran los servicios prestados en entornos de pacientes hospitalizados graves.

Consejos

- Integre una evaluación del estado funcional en las visitas de bienestar
- Documente cualquier evaluación del estado funcional que realice (actividades instrumentales de la vida diaria, actividades de la vida diaria, etc.)

Códigos de facturación

Códigos CPT II

1170F

Códigos CPT

99483

COA: Evaluación del dolor

OBJETIVO: el paciente recibe al menos 1 evaluación del dolor en el año de medición.

Lo que se considera

- Se consideran las evaluaciones del dolor realizadas durante una visita al consultorio, visita telefónica, visita electrónica o un control virtual. No se consideran los servicios prestados en entornos de pacientes hospitalizados graves.

Consejos

- Documente la fecha de cualquier evaluación del dolor que complete (Sistema de información de medición de resultados informados por el paciente, Escala para evaluar cara, piernas, actividad, llanto y capacidad para sentir alivio, etc.)
- Durante una evaluación del dolor, documente cualquier nota importante para continuar con la atención

Códigos CPT II

1125F, 1126F

NUEVO

Seguimiento después de visita a la sala de emergencias para pacientes con múltiples afecciones crónicas de alto riesgo

OBJETIVO: seguimiento dentro de los 7 días posteriores a la visita a la sala de emergencias.

Esta medición se aplica a todos los pacientes mayores de 18 años con cualquiera de las siguientes afecciones crónicas de alto riesgo que visitaron la sala de emergencias:

- EPOC y asma
- Enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados
- Enfermedad renal crónica
- Depresión
- Insuficiencia cardíaca
- Infarto agudo de miocardio
- Fibrilación auricular
- Accidente cerebrovascular y ataque isquémico transitorio

Exclusiones

- Pacientes que recibieron cuidados de hospicio en cualquier momento en el año de medición
- Visitas a la sala de emergencias que terminaron en una hospitalización o siguieron por una admisión en un entorno de atención de pacientes hospitalizados dentro de los 7 días

Lo que se considera

- Un servicio de seguimiento dentro de los 7 días posteriores a la visita a la sala de emergencias (8 días en total, incluidas las visitas que tienen lugar en la fecha de la visita a la sala de emergencias), lo cual incluye:
 - Atención ambulatoria
 - Consulta telefónica, visita electrónica o control virtual y telesalud
 - Servicios de administración de la atención de transición, servicios de administración de la atención compleja
 - Administración de casos
 - Salud conductual para pacientes ambulatorios o de telesalud
 - Aliento intensivo para pacientes ambulatorios u hospitalización parcial
 - Centro comunitario de salud mental
 - Terapia electroconvulsiva
 - Observación
 - Servicio para trastornos por consumo de sustancias

Códigos de facturación

Además de un código de visita ambulatoria o de salud conductual, los siguientes son códigos de cumplimiento para una visita de seguimiento dentro de los 7 días.

Administración de la atención de transición

CPT 99495, 99496

Encuentro/Visita de administración de casos

CPT 99366

HCPCS T1016, T1017, T2022, T2023

Servicios de administración de casos complejos

CPT 99487, 99489, 99490, 99419

HCPCS G0506

NUEVO

Seguimiento después de visita a la sala de emergencias para pacientes con múltiples afecciones crónicas de alto riesgo

(continuación)

Consejos

- Programe una visita de seguimiento a la sala de emergencias dentro de los 3 a 5 días posteriores al alta. Considere desarrollar un proceso diario para programar a los pacientes que recibieron el alta de la sala de emergencias o un entorno de pacientes hospitalizados.
- Recomiéndeles a los pacientes que asistan a visitas regulares con el PCP y manejar las afecciones relacionadas con enfermedades crónicas
- Recomiéndeles a los pacientes que llamen al consultorio del PCP o a la línea para atención fuera del horario habitual cuando haya un cambio en la afección (aumento de peso, cambios en los medicamentos, lectura alta/baja de azúcar en sangre)
- Presente las reclamaciones de manera oportuna e incluya los códigos adecuados para el diagnóstico, las afecciones médicas y los servicios prestados

NUEVO

Planificación de readmisiones por cualquier causa (PCR)

OBJETIVO: realizar un seguimiento dentro de los 7 días posteriores al alta para evitar readmisiones.

Esta medición se aplica a todos los pacientes de 18 años o más, con estadías como pacientes hospitalizados graves o por observación durante el año de medición, seguidas por readmisión como paciente grave no planificada por cualquier diagnóstico dentro de los 30 días y una probabilidad prevista de readmisión como paciente grave.

Exclusiones

- Pacientes en hospicio
- Estadías como pacientes hospitalizados no graves
- Estadías hospitalarias en las que:
 - La fecha de admisión índice es la misma que la fecha de alta índice
 - El paciente falleció durante la estadía
 - A las pacientes se les diagnostica un embarazo en el alta
 - A las pacientes se les diagnostica una afección relacionada con el período perinatal
- Admisiones planificadas para:
 - Quimioterapia
 - Rehabilitación
 - Trasplante de órganos
 - Un procedimiento potencialmente planificado sin un diagnóstico grave principal

Nota: Los pacientes con 4 hospitalizaciones o más se consideran valores atípicos y se informan fuera de la medición.

Lo que se considera

- Un recuento bajo de estadías hospitalarias índice: estadías como pacientes hospitalizados graves o por observación con un alta entre el 1 de enero y el 1 de diciembre del año de medición. Incluye altas de pacientes graves de cualquier tipo de centro (incluida la atención médica conductual).

Consejo

- Si un paciente no programó una cita de seguimiento después del alta, comuníquese y programe una cita dentro de los 7 días posteriores al alta o antes, según sea necesario
- Tenga citas abiertas para que los pacientes que reciban el alta puedan ser atendidos dentro de los 7 días posteriores
- Considere la implementación de un proceso posterior al alta para llevar registro, controlar y hacer un seguimiento de los pacientes