



A CELERIAN GROUP COMPANY

DESPEJE DE LAS VÍAS AÉREAS: EQUIPOS DE OSCILACIÓN DE LA PARED TORÁCICA DE ALTA FRECUENCIA Y EQUIPOS MECÁNICOS DE INSUFLACIÓN Y EXUFLACIÓN
REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA

Revisado octubre 2024

We IMPACT lives.

Respetado Doctor,

Medicare cubre varios equipos para ayudar a sus pacientes a eliminar las secreciones respiratorias. Medicare cubre dos tipos de equipos, equipos de oscilación de la pared torácica de alta frecuencia (HFCWO) y equipos mecánicos de insuflación-exuflación, de acuerdo con las Determinaciones de Cobertura Locales (LCD) para estas terapias. La cobertura para estas categorías de productos se describe a continuación.

Equipos de Oscilación de la Pared Torácica de Alta Frecuencia

Los equipos de oscilación de la pared torácica de alta frecuencia (HFCWO) utilizan cambios de presión positiva y negativa para aumentar el movimiento del moco traqueal y periférico hacia la apertura de las vías respiratorias. Esta función es realizada por medio de oscilaciones extratorácicas generadas por fuerzas externas al sistema respiratorio. Las oscilaciones externas de la pared torácica se aplican mediante un chaleco que se lleva alrededor del torso, que vibra a frecuencias e intensidades variables, según como sea programado por el operador. Los equipos Eo483 pueden usar diferentes tecnologías, P. Ej. generadores de pulsos de aire y un chaleco inflable, una serie de osciladores mecánicos en un chaleco que proporciona oscilación sincronizada.

Para Medicare, los equipos HFCWO están cubiertos para pacientes que cumplen:

- A. Criterio 1, 2 o 3 y
- B. Criterio 4
 - 1. Hay un diagnóstico de fibrosis quística (consulte la lista de códigos ICD-10 en el Artículo de la Política relacionado con la LCD para los diagnósticos aplicables)
 - 2. Hay un diagnóstico de bronquiectasias (consulte la lista de códigos ICD-10 en el Artículo de la Política relacionado con la LCD para los diagnósticos correspondientes) que ha sido confirmado por una tomografía computarizada de alta resolución, en espiral o estándar y que se caracteriza por:
 - a. Tos productiva diaria durante al menos seis (6) meses continuos o
 - b. Exacerbaciones frecuentes (P. Ej. más de dos (2)/año) que requieren terapia con antibióticosLa bronquitis crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en ausencia de un diagnóstico confirmado de bronquiectasias no cumple este criterio.
 - 3. El paciente tiene uno de los siguientes diagnósticos de enfermedad neuromuscular (consulte la lista de códigos ICD-10 en el Artículo de la Política relacionado con la LCD para los diagnósticos que aplican):
 - Pos-polio
 - Deficiencia de maltasa ácida
 - Enfermedades de las células de la asta anterior
 - Esclerosis múltiple
 - Cuadriplejia



- Distrofia muscular hereditaria
 - Desórdenes miotónicos
 - Otras miopatías
 - Parálisis del diafragma
4. Debe haber una falla bien documentada de los tratamientos estándar para movilizar adecuadamente las secreciones retenidas

Si no se cumplen todos los criterios, la reclamación será denegada como no razonable ni necesaria.

Equipos Mecánicos de Insuflación-Exuflación

La insuflación-exuflación mecánica es una terapia en la que el equipo, a través de una boquilla, infla gradualmente los pulmones (insuflación), seguido de un cambio inmediato y brusco a presión negativa, lo que produce una exhalación rápida (exuflación), que simula la tos y por lo tanto, mueve las secreciones en dirección cefálica. La insuflación-exuflación mecánica se utiliza en pacientes con enfermedad neuromuscular y debilidad muscular debido a una lesión del sistema nervioso central.

Para Medicare, los equipos mecánicos de insuflación-exuflación están cubiertos para los beneficiarios que cumplen con todos los siguientes criterios:

1. Tienen una enfermedad neuromuscular (consulte la lista de códigos ICD-10 en el Artículo de la Política relacionado con la LCD para ver los diagnósticos aplicables) y
2. Esta condición está causando un deterioro significativo de la pared torácica o del movimiento diafragmático, de modo que resulta en una incapacidad para eliminar las secreciones retenidas

Si no se cumplen estos dos criterios, se denegará la reclamación como no razonable ni necesaria.

Tanto para el HFCWO como para los equipos mecánicos de insuflación-exuflación, el expediente médico de su paciente debe incluir información que demuestre que se cumplen los criterios de cobertura descritos anteriormente. En el caso de una auditoría de la reclamación, además de buscar la orden escrita estándar, los clínicos revisarán sus expedientes médicos para determinar que se cumplieron los criterios de cobertura.

Tenga en cuenta que no es razonable ni necesario que su paciente utilice tanto un equipo de HFCWO como un equipo mecánico de insuflación-exuflación.

Este artículo solo pretende ser un resumen general. No pretende reemplazar las leyes escritas, los reglamentos, las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) o las LCD. Los requisitos de cobertura, codificación y documentación para los equipos HFCWO se pueden encontrar en la LCD. (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?lcdid=33785>), el Artículo de la Política relacionado con la LCD (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/article.aspx?articleId=52494>), la LCD de “*Mechanical In-Exsufflation Devices*” (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?lcdid=33795>) y el Artículo

de la Política relacionado con la LCD (<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/article.aspx?articleId=52510>).

Sinceramente,

Smitha M. Ballyamanda MD, CAQSM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción A
Noridian Healthcare Solutions, LLC

Sunil V. Lalla, MD, FACS, CPC
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción B
CGS Administrators, LLC

Robert D. Hoover, Jr., MD, MPH, FACP
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción C
CGS Administrators, LLC

Angela S. Jenny, DO, DABFM
Director Médico, DME MAC, Jurisdicción D
Noridian Healthcare Solutions, LLC