

Nombre de la política	Política clínica: Campimetría (prueba del campo visual)
Número de la política	1319.00
Departamento	Productos Clínicos y Estrategia
Subcategoría	Administración médica
Fecha de emisión original	03/21/2018
Fecha de aprobación de MPC/CMO actual	07/12/2023
Fecha de entrada en vigencia actual	09/01/2023

Entidades de la compañía compatibles (Seleccione todas las opciones que correspondan): <input checked="" type="checkbox"/> Superior Vision Benefit Management <input checked="" type="checkbox"/> Superior Vision Services <input checked="" type="checkbox"/> Superior Vision of New Jersey, Inc. <input checked="" type="checkbox"/> Block Vision of Texas, Inc., nombre comercial: Superior Vision of Texas <input checked="" type="checkbox"/> Davis Vision (Denominadas en conjunto “Versant Health” o “la Compañía”)

SIGLAS	
IOP	Presión intraocular
OCT	Tomografía de coherencia óptica
VF	Campo visual

PROPÓSITO

Proporcionar los criterios de necesidad médica que respalden las indicaciones para campimetrías. También se definen los códigos de procedimientos vigentes.

POLÍTICA

A. Antecedentes

El campo visual (VF) es el área dentro de la cual se pueden ver los objetos cuando el ojo está fijo. La perimetría, también conocida como prueba del campo visual, detecta tanto la extensión de los campos visuales como los defectos en el campo visual que surgen de la retina, el nervio óptico y las vías visuales. Las pruebas de campo visual se realizan comúnmente de manera estática utilizando perimetría automatizada, es decir, la medición de la capacidad de ver puntos de luz en diferentes lugares con diferentes intensidades. Hay muchas marcas y configuraciones de perímetros computarizados disponibles (por ejemplo, Humphrey, Octopus y Oculus). Sin embargo, ocasionalmente se utilizan perímetros no automatizados.

B. Medicamento necesarias

La necesidad médica de las pruebas diagnósticas iniciales puede comenzar con los signos, síntomas, sospechas o enfermedades pertinentes, o antecedentes médicos de una afección sobre la cual el médico examinador necesita más información. La prueba de FV generalmente se realiza cuando la información obtenida de un examen de la vista es insuficiente para evaluar la condición del paciente, detectar la presencia de un proceso de enfermedad o monitorear la progresión de una condición. Los exámenes del campo visual pueden considerarse médicamente necesarios para los siguientes escenarios:

1. El paciente tiene un trastorno de los párpados que afecta potencialmente su campo visual.
2. Se ha detectado un defecto en el campo visual del paciente gracias a una prueba general del campo visual (p. ej., prueba de confrontación del campo visual).
3. El paciente tiene un diagnóstico confirmado o sospechoso de glaucoma.
4. El paciente tiene un trastorno confirmado del nervio óptico, de la retina o de las vías neuronales de la visión.
5. El paciente ha sufrido recientemente una hemorragia o un tumor intracraneal, u otra enfermedad específica.
6. Ha aumentado la medición de la presión intracraneal del paciente (con o sin síntomas visuales).
7. El paciente ha tenido recientemente una oclusión/estenosis de las arterias cerebrales.
8. El paciente tiene antecedentes de una aneurisma cerebral, o de un tumor en la hipófisis o en el lóbulo occipital que afecta potencialmente al campo visual.
9. Se está evaluando al paciente por buftalmos, anomalías congénitas del segmento posterior o ptosis congénita.
10. El paciente tiene un trastorno de la órbita.
11. El paciente ha sufrido una lesión significativa en el ojo.
12. El paciente tiene pérdida visual inexplicable.
13. El nervio óptico del paciente se ve pálido o hinchado, o tiene una apariencia anormal en un examen reciente.
14. El paciente está teniendo nuevas limitaciones funcionales que pueden deberse a la pérdida del campo visual (p. ej., un familiar informa que el paciente se está chocando objetos).
15. El paciente está tomando un medicamento de alto riesgo que afecta el sistema visual como hidroxiclороquina o etambutol;
16. Se está evaluando al paciente por pérdida visual transitoria.
17. Es apropiado repetir la prueba según los antecedentes naturales del trastorno, los hallazgos físicos y los síntomas del paciente.

C. No medicamento necesarias

Las pruebas del campo visual general (p. ej., la prueba de confrontación) son parte del servicio general oftalmológico y no deben reportarse por separado.

D. Documentación

La necesidad médica debe tener respaldo de documentación adecuada y completa de la historia clínica del paciente en la que se describen el procedimiento y la razón médica para hacerlo, como en los requisitos descritos arriba. Para todas las revisiones retrospectivas, debe estar disponible el informe operativo completo y el plan de atención médica.

Todos los artículos deben estar disponibles según se soliciten para iniciar o mantener los pagos anteriores. Cada página de la historia clínica debe ser legible e incluir información apropiada de identificación del paciente (p. ej., nombre completo, fechas de servicio). El médico debe autenticar los servicios prestados/solicitados con una firma manuscrita o electrónica. No se aceptan firmas estampadas.

Cada prueba del campo visual necesita una interpretación y un informe que incluya:

1. Orden del médico para la prueba con la justificación médica.
2. Fecha de realización.
3. Fiabilidad de los campos visuales (no facturar análisis de valor dudoso).
4. Colaboración del paciente.
5. Hallazgos del campo visual (p. ej., impresiones).
6. Comparación (cuando corresponda): ¿cómo se diferencian los resultados actuales de las pruebas anteriores en cuestiones de progreso, resolución o estabilidad de los campos visuales?
7. Evaluación y diagnóstico.
8. Impacto en el tratamiento, pronóstico.
9. En la historia clínica se deben incluir las copias de las imágenes digitales y deben estar a disposición de los interesados.

E. INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

Códigos CPT	
92081	Examen del campo visual, unilateral o bilateral, con interpretación e informe; examen limitado (p. ej., pantalla tangente, Autoplot, perímetro de arco o prueba automática del nivel de único estímulo, como Octopus 3 o 7 equivalente)
92082	Examen intermedio (p. ej., al menos 2 isópteros en la campimetría de Goldmann, o programa automático de selección de supraumbrales semicuantitativo, prueba de diagnóstico automático de supraumbrales de Humphrey, programa Octopus 33)
92083	Examen extendido (p. ej., campos visuales Goldmann con al menos 3 isópteros con determinación marcada y estática dentro de los 30 grados centrales; o campimetría cuantitativa del umbral automática, programas Octopus G-1, 32 o 42; análisis del campo visual de Humphrey, programas del umbral completo 30-2, 2-4-2, o 30/60-2)

Modificadores	
26	Componente profesional
TC	Componente técnico

RENUNCIA, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Esta política se ofrece solo con fines informativos y no constituye un consejo médico. Versant Health, Inc. y sus filiales (la “Compañía”) no proporcionan servicios de atención médica y no pueden garantizar resultados ni desenlaces. Los médicos de cabecera únicamente son responsables de determinar qué servicios o tratamientos les proporcionan a sus pacientes. Los pacientes (miembros) siempre deben consultar con su médico antes de tomar decisiones sobre atención médica.

Sujeto a las leyes vigentes, el cumplimiento de esta Política de cobertura no es una garantía de cobertura ni de pago. La cobertura se basa en los términos de un documento del plan de cobertura en particular de una persona, que es probable que no cubra los servicios ni procedimientos tratados en esta Política de cobertura. Los términos del plan de cobertura específica de la persona siempre son determinantes. Se hizo todo lo posible para asegurarse de que la información de esta política de cobertura sea precisa y completa; sin embargo, la Compañía no garantiza que no haya errores en esta política o que la visualización de este archivo en un sitio web no tenga errores. La compañía y sus empleados no son responsables de los errores, las omisiones ni de otras imprecisiones en la información, el producto o los procesos divulgados en este documento. Ni la Compañía ni los empleados manifiestan que el uso de dicha información, producto o procesos no infringirá los derechos de propiedad privada. En ningún caso la Compañía será responsable de los daños directos, indirectos, especiales, incidentales o resultantes que surjan del uso de dicha información, producto o proceso.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA COMPAÑÍA

Salvo los derechos de propiedad intelectual que se describen abajo, esta Política de cobertura es confidencial y de propiedad exclusiva y ninguna parte de esta Política de cobertura puede copiarse sin la aprobación previa, expresa y por escrito de Versant Health o de sus filiales correspondientes.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA AMA

Derechos de propiedad intelectual 2002-2023 de CPT© solamente, American Medical Association. Todos los derechos reservados. CPT™ es una marca registrada de la American Medical Association. El complemento de regulaciones para adquisiciones federales (FARS)/complemento de regulaciones para adquisiciones federales para Defensa (DFARS) se aplican al uso del gobierno. Las listas de honorarios, las unidades de valor relativo, los factores de conversión o los componentes relacionados no los asigna la AMA ni forman parte de CPT, y la AMA no recomienda su uso. La AMA no ejerce directa ni indirectamente la medicina ni dispensa servicios médicos. La AMA no asume ninguna responsabilidad por los datos contenidos o no en este documento.

POLÍTICAS RELACIONADOS

n/c

ANTECEDENTES DE DOCUMENTOS

Fecha de aprobación	Revisión	Fecha de entrada en vigencia
03/21/2018	Actualizaciones administrativas	03/21/2018
10/18/2019	Revisión anual; sin cambios de criterio	11/01/2019
08/19/2020	Revisión anual; sin cambios de criterio	12/01/2020
07/07/2021	Revisión anual; sin cambios de criterio	10/01/2021
07/06/2022	Revisión anual; sin cambios de criterio	08/01/2022
07/12/2023	Aclarar las indicaciones incluyen sospecha de glaucoma y sospecha de enfermedad; aclarar que los medicamentos de alto riesgo incluyen etambutol.	09/01/2023

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

1. Anderson C, Blaha GR, Marx JL. Humphrey visual field findings in hydroxychloroquine toxicity. *Eye (Lond)*. 2011;25(12):1535-1545. doi:10.1038/eye.2011.245.
2. Anderson AJ, Asokan R, Murata H, et.al. Detecting glaucomatous progression with infrequent visual field testing. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2018 Mar;38(2):174-182. doi: 10.1111/opo.12439. Epub 2018 Jan 8. PMID: 29315705.
3. Behera G, Nath A, Ramasamy A, et.al. Comparing Static Perimetry Protocols of Central Field Testing among Glaucoma Patients. *Optom Vis Sci*. 2023 May 1. doi: 10.1097/OPX.0000000000002020. Epub ahead of print. PMID: 37129640.
4. Bryan SR, Eilers PH, Lesaffre EM, et.al. Global Visit Effects in Point-Wise Longitudinal Modeling of Glaucomatous Visual Fields. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2015;56(8):4283-4289. doi:10.1167/iovs.15-16691.
5. Camp AS, Weinreb RN. Will Perimetry Be Performed to Monitor Glaucoma in 2025? *Ophthalmology*. 2017;124(12S):S71–S75. doi:10.1016/j.ophtha.2017.04.009.
6. Cassels NK, Wild JM, Margrain TH, et.al. The use of microperimetry in assessing visual function in age-related macular degeneration. *Surv Ophthalmol*. 2018;63(1):40-55. doi:10.1016/j.survophthal.2017.05.007.
7. Chesley B, Barbour DL. Visual Field Estimation by Probabilistic Classification. *IEEE J Biomed Health Inform*. 2020 Dec;24(12):3499-3506. doi: 10.1109/JBHI.2020.2999567. Epub 2020 Dec 4. PMID: 32750922.
8. Chiang TK, White KM, Kurup SK, et.al. Use of Visual Electrophysiology to Monitor Retinal and Optic Nerve Toxicity. *Biomolecules*. 2022 Sep 29;12(10):1390. doi: 10.3390/biom12101390. PMID: 36291599; PMCID: PMC9599231.
9. De Moraes CG, Liebmann JM, Levin LA. Detection and measurement of clinically meaningful visual field progression in clinical trials for glaucoma. *Prog Retin Eye Res*. 2017;56:107-147. doi:10.1016/j.preteyeres.2016.10.001.

10. Drummond PD, Anderson M. Visual field loss after attacks of migraine with aura. *Cephalalgia*. 1992;12(6):349-352. doi:10.1111/j.1468-2982.1992.00349.x
11. Fidalgo BM, Crabb DP, Lawrenson JG. Methodology and reporting of diagnostic accuracy studies of automated perimetry in glaucoma: evaluation using a standardised approach. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2015 May;35(3):315-23. doi: 10.1111/opo.12208. PMID: 25913874.
12. Fulk GW, West RW, Nakagawara VB. Effect of simulated altitude on the visual fields of glaucoma patients and the elderly. *Optom Vis Sci*. 1991;68(5):344-350. doi:10.1097/00006324-199105000-00004.
13. Hanout M, Horan N, Do DV. Introduction to microperimetry and its use in analysis of geographic atrophy in age-related macular degeneration. *Curr Opin Ophthalmol*. 2015;26(3):149–156. doi:10.1097/ICU.000000000000153.
14. Harrold AL, Grove PM. Binocular correspondence and the range of fusible horizontal disparities in the central visual field. *J Vis*. 2015;15(8):12. doi:10.1167/15.8.12.
15. Ho JC. Reduction in mean deviation values in automated perimetry in eyes with multifocal compared to monofocal intraocular lens implants. *Am J Ophthalmol*. 2014;158(5):1100–1101. doi:10.1016/j.ajo.2014.08.030.
16. Johnson CA. Psychophysical factors that have been applied to clinical perimetry. *Vision Res*. 2013;90:25–31. doi:10.1016/j.visres.2013.07.005.
17. Johnson CA, Wall M, Thompson HS. A history of perimetry and visual field testing. *Optom Vis Sci*. 2011 Jan;88(1): E8-15. doi: 10.1097/OPX.0b013e3182004c3b. PMID: 21131878.
18. Kaczorowski K, Mulak M, Szumny D, et.al. Heidelberg Edge Perimeter: The New Method of Perimetry. *Adv Clin Exp Med*. 2015 Nov-Dec;24(6):1105-12. doi: 10.17219/acem/43834. PMID: 26771985.
19. Karimi S, Arabi A, Shahraki T. Alcohol and the Eye. *J Ophthalmic Vis Res*. 2021 Apr 29;16(2):260-270. doi: 10.18502/jovr.v16i2.9089. PMID: 34055263; PMCID: PMC8126742.
20. Keeffe JE, Charlton JL. Visual fields and driving. *Clin Exp Ophthalmol*. 2007;35(7):594-595. doi:10.1111/j.1442-9071.2007.01601.x.
21. Klee S, Link D, Sinzinger S, et.al. Scotoma Simulation in Healthy Subjects. *Optom Vis Sci*. 2018;95(12):1120-1128. doi:10.1097/OPX.0000000000001310.
22. Krishnadas R. Commentary: Evolving role of portable visual field testing in communities. *Indian J Ophthalmol*. 2021 Jan;69(1):92-93. doi: 10.4103/ijo.IJO_731_20. PMID: 33323584; PMCID: PMC7926101.
23. Kucur ŞS, Márquez-Neila P, Abegg M, et.al. Patient-attentive sequential strategy for perimetry-based visual field acquisition. *Med Image Anal*. 2019 May; 54:179-192. doi: 10.1016/j.media.2019.03.002. Epub 2019 Mar 23. PMID: 30933865.
24. Masket S, Magdolna Rupnik Z, Fram NR, et.al. Binocular Goldmann visual field testing of negative dysphotopsia. *J Cataract Refract Surg*. 2020 Jan;46(1):147-148. doi: 10.1097/j.jcrs.0000000000000001. PMID: 32050245.
25. Mönter VM, Crabb DP, Artes PH. Reclaiming the Periphery: Automated Kinetic Perimetry for Measuring Peripheral Visual Fields in Patients With Glaucoma. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2017;58(2):868-875. doi:10.1167/iovs.16-19868.
26. Neshet R, Almog Y, Gorck L, et.al. A new method for eyelid elevation in glaucoma patients with ptosis during automated perimetry testing. *J Glaucoma*. 2007;16(2):260–263. doi:10.1097/IJG.0b013e31802ff87c.
27. Nouri-Mahdavi K. Selecting visual field tests and assessing visual field deterioration in glaucoma. *Can J Ophthalmol*. 2014;49(6):497-505. doi:10.1016/j.jcjo.2014.10.002.
28. 2021 Mar 1;32(2):92-97. doi: 10.1097/ICU.0000000000000735. PMID: 33443958.

29. Salvetat ML, Zeppieri M, Parisi L, et al. Learning effect and test-retest variability of pulsar perimetry. *J Glaucoma*. 2013 Mar;22(3):230-7. doi: 10.1097/IJG.0b013e318237bfe7. PMID: 22027935.
30. Sample PA, Dannheim F, Artes PH, et al. Imaging and Perimetry Society standards and guidelines. *Optom Vis Sci*. 2011;88(1):4–7. doi:10.1097/OPX.0b013e3181fc3735.
31. Smith TB, Smith N, Weleber RG. Comparison of nonparametric methods for static visual field interpolation. *Med Biol Eng Comput*. 2017;55(1):117-126. doi:10.1007/s11517-016-1485-x.
32. Tanna AP. The Challenge of Detecting Glaucoma Progression. *Ophthalmology*. 2017;124(12S):S49-S50. doi:10.1016/j.ophtha.2017.10.022.
33. Turalba AV, Grosskreutz C. A review of current technology used in evaluating visual function in glaucoma. *Semin Ophthalmol*. 2010;25(5-6):309–316. doi:10.3109/08820538.2010.518898.
34. Wu Z, Medeiros FA. Recent developments in visual field testing for glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol*. 2018;29(2):141-146. doi:10.1097/ICU.0000000000000461.
35. Yusuf IH, Sharma S, Luqmani R, et al. Hydroxychloroquine retinopathy. *Eye (Lond)*. 2017 Jun;31(6):828-845. doi: 10.1038/eye.2016.298. Epub 2017 Mar 10. PMID: 28282061; PMCID: PMC5518824.

FUENTES

1. American Academy of Ophthalmology, Glaucoma Committee, Hoskins Center for Quality Eye Care Primary Angle Closure Disease; 2020. <https://www.aaopt.org/education/preferred-practice-pattern/primary-angle-closure-disease-ppp> . Accessed 7/2023.
2. American Academy of Ophthalmology, Glaucoma Committee, Hoskins Center for Quality Eye Care. Primary Open-Angle Glaucoma PPP 2020.AAO PPP Glaucoma Committee, Hoskins Center for Quality Eye Care. Primary Open-Angle Glaucoma Suspect PPP 2020. [https://www.aaoptjournal.org/article/S0161-6420\(20\)31025-3/fulltext](https://www.aaoptjournal.org/article/S0161-6420(20)31025-3/fulltext) . Accessed 7/2023.
3. American Academy of Ophthalmology, Visual Field Test, Mar 2022. <https://www.aaopt.org/eye-health/tips-prevention/visual-field-testing>. Accessed 5/22/2023.
4. American Academy of Ophthalmology. Indications for Upper Eyelid Ptosis and Blepharoplasty, November 2011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22019388/> . Accessed 7/2023.
5. American Optometric Association. Comprehensive Adult Eye and Vision Exam. <https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/EBO%20Guidelines/Comprehensive%20Adult%20Eye%20and%20Vision%20Exam.pdf>. Accessed 7/2023.
6. American Optometric Association. Care of the patient with open angle glaucoma. <https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/Consensus-based%20guidelines/Care%20of%20the%20Patient%20with%20Open%20Angle%20Glaucoma.pdf>. Accessed 7/2023.
7. American Optometric Association. *Eye Care of the patient with diabetes mellitus*. 2nd edition. <https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/EBO%20Guidelines/Eye%20Care%20of%20the%20Patient%20with%20Diabetes%20Mellitus%20C%202%20Second%20Edition.pdf> . Accessed 7/2023.
8. CMS Benefit Policy Manual Chapter 15; § 30.4 Optometrist's Services Chapter 16; § 90. Accessed 5/2023.
9. *Review of Optometry*. April 2018. Know your Systemic Meds: The top 10 to track. <https://www.reviewofoptometry.com/article/know-your-systemic-meds-the-top-10-to-track> Accessed 7/2023.

