Colégio Nacional dos Auditores Médicos – Unimed – 08/08/2019

Bloqueio de Nervos Cranianos

Ponto de Discussão

“Nossa Auditoria médica esta c/ dúvidas em relação a quantidade que pode ser cobrada/ paga por procedimento p/ o código 31602045 Bloqueio anestésico de nervos cranianos. Podemos considerar 1 vez o código independente do número de segmentos??”

Inclusão Regulação Saúde:
“Por exemplo o médico solicitante pediu 02x bloqueio de nervo craniano para paciente de 57 anos com enxaqueca não responsiva. Solicitado bloqueio 2x do nervo occipital maior com o código abaixo: 31602045 Bloqueio anestésico de nervos cranianos Neste caso, poderá cobrar quantas vezes esse código?”

Esclarecimentos

Resposta Unimed BH:
“O nervo occipital maior não é nervo craniano e então não está correta a cobrança de Bloqueio de nervos cranianos. Para nervo occipital remuneramos Bloqueio de nervo Periférico”

Resposta Unimed Goiânia:
“O meu entendimento é o de que o código é por cada nervo que vai ser tratado.
No caso do nervo occipital maior dependendo da indicação será bloqueio bilateral ou unilateral
Nas enxaquecas que é a indicação mais comum é bilateral, portanto, duas vezes.”

Esclarecimento Fesp

O nervo occipital é ramo do 2º nervo cervical, logo o exemplo dado não é pertinente. A solicitação não é para nervo craniano e sim para nervos periféricos, quando estamos tratando do nervo occipital maior.

Os nervos cranianos, sabidamente em neuroanatomia são classificados em 12 pares.
Porém apenas o nervo trigêmeo e nervo glossofaríngeo são passíveis de realização de bloqueio.
Os nervos supratrocleares e esfenopalatinos são ramificações finais do nervo trigêmeo, por isso podem ser considerados também como nervos periféricos.

Ainda que, haja estudos sobre bloqueios anestésicos para tratamento de Migranea Crônica (MC) e aguda, as bases de evidencias cientificas são classe III, sendo recomendado no atual *guideline* da *International Headache Society* (IHS) apenas o bloqueio do nervo occipital maior bilateralmente, não sendo encontrado na literatura outros trabalhos de maior grau de evidência científica, inclusive para bloqueio simpático. Os bloqueios e estimulação por RF pulsátil do gânglio esfenopalatino tem demonstrados efeitos benéficos em portadores de cefaléia em salvas e outras autonômicas mediadas pelo trigêmeo. Não há estudos randomizados, revisões sistemáticas ou metanálise sobre a utilização estes recursos em cefaleia crônica diária ou MC.

Esclarecimento Fesp

Normatização de procedimentos que permitem a aplicação de redutores de "vias de		
Planilha atualizada considerando as deliberações do CNA (reunião de 09/6/15) após apresentação das contribuições das Singulares ao material er		
Codificação	**Descrição do procedimento**	**Permite a incidência de redutores de vias de acesso?**
31602045	Bloqueio anestésico de nervos cranianos	Sim
31602118	Bloqueio de nervo periférico - bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares	Sim

Proposta FESP

- Para bloqueio de nervos periféricos 31602118 – pago por nervo tratado considerando redutores de via de acesso a partir do 2º. nervo tratado

- Para bloqueios de nervos cranianos 31602045 – pago por nervo tratado considerando redutores de via de acesso a partir do 2º. nervo tratado

Dr. Mauro Couri

Superintendência Operacional

Unimed FESP