



**Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning**

ICD-10-SE

Workshop Kardiologi

Tylösand Halmstad 13 mars 2013

Fråga 1

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Patient som fick trombos i hjärtklaffen efter Waranuppehåll och sannolikt subterapeutisk Innohepdos. Hur kodar man om patienten fått för lite Innohep, Waran eller om han struntat i att ta det.			
Vårdtid	Hösten 2012, 1 dygn			
Kön	Man Kvinna			
Ålder	Född år: 1939			
Diagnostext/kod	Text Trombos i mekanisk aortaklaff Waran bytt mot Innohep pga muskel- blödning Långtidsanvändning av blodförtunnande medel	Kod T82.8 Y84.8 Z92.1	Text Kronisk ischemisk hjärtsjd Hypertoni Förekomst av mekanisk hjärtklaff	Kod I25.9 I10.9 Z95.2
KVÅ-text/kod	Text CT hjärna Kardiologisk monitorering Ekokardiografi	Kod AA011 SS202 AF021		
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Hypertoni, Waranbehandling pga mekanisk aortaklaff. Nyligen seponerat Waran och haft Innohep-profylax pga muskelblödning vänster överarm. Inkommer pga bröstsmärtor, retrosternal sveda. Har också känt sig yr och illamående, kräcks vid ett par tillfällen. Inlägges på hjärtintensiven. Belastningstecken, ST-sänkningar och förhöjd Troponinnivå men ingen särskild dynamik. Ekokardiografi visar en misstänkt trombos på aortaklaffprotes och patienten får fulldos Innohep, Waran seponerat tills vidare. Hjärtöverläkare har kontakt med VOC-läkare på hjärtkliniken universitetssjukhuset där man erbjuder sig att ta över patienten för bedömning avseende trombolys mot hjärtklaffen. Datortomografi hjärna akut visar ingen blödning eller infarkt. Överflyttas med ambulans till hjärtintensiven på Universitetssjukhuset. Journalkopior med patienten till universitetssjukhuset.			

Svar fråga 1

SVAR:**Huvuddiagnos****Bidiagnos**

Trombos i mekanisk aortaklaff

T82.8

Kronisk ischemisk hjärtsjd

I25.9

Y57.9/Y63.8

Hypertoni

I10.9

Förekomst av mekanisk hjärklaff

Z95.2

Långtidsanvändning av blodförtunnande medel

Z92.1

ATC-kod för Innohep

Fråga 2

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Är det rätt huvuddiagnos?			
Vårdtid	3 dagar			
Kön	Man	Kvinna		
Ålder	Född år: 1930			
Diagnostext/kod	Text Bröstmärta Hypertoni	Kod R07.4 I10.9	Text Angina pectoris	Kod I20.9
KVÅ-text/kod	Text UCG	Kod AF021		
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Kärlsjuk. CABG-opererad 2008. Har angina pectoris. Flera tidigare buk-operationer, bland annat ileus. Flera subileustillstånd. Appendektomerad. Kolecystektomerad. Gyn-opererad. Även hypertoni. Vaknat på natten av kraftig bröstmärta. Började i bröstet eller buken och spred sig sedan uppåt mot halsen och vänster arm. Illamående. Kräktes en gång. Hade ingen nitrospray hemma. Fick nitro av ambulansen utan effekt. Morfin bättre effekt. EKG vid inskrivningen sinusrytm, goda vitalparametrar. Diskret tendens till ST-sänkning. Inget uppenbart ischemiskt. Inlägges för observation. Får två dagar med Brilique och Arixtra p.g.a. misstänkt NSTEMI. Man avbryter dock denna medicinering p.g.a. negativt TNT och otypisk anamnes. Bedöms även ha gastroenterit. Patienten genomgår arbetsprov. Avbryter på grund av trötthet och även diskret tryckhetskänsla över bröstet. Normal STT. P.g.a. högt blodtryck höjs patientens dos av Metoprolol till 100 mg. Patienten förbättras på avdelningen, upplever inte fler bröstsmärtor. Skrivs hem med lugnande besked. Får även recept på Nitrolingual och Imovane. Således 82-årig kvinna med anamnes på hjärtsjukdom med återkommande angina som inkommer efter episod med bröstmärta. Även illamående som bedöms som gastroenterit. Uppvisar inte tecken på kardiell ischemi vid arbetsprov. Får inledningsvis kort behandling med blodförtunnande men detta avslutas. Metoprololdos höjs p.g.a. högt blodtryck.Uppföljning av blodtryck via vårdcentral om cirka en månad.			

Svar fråga 2

SVAR:**Huvuddiagnos**

Gastroenterit A09.9

Bidiagnoser

Angina pectoris I20.9

Hypertoni I10.9

Förekomst av graft Z95.11

Aterosklerotisk hjärtsjukdom I25.1

Åtgärd

Arbetsprov AF012

Fråga 3

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Huvuddiagnos på slutenvårdstillfället är hjärtinfarkt I21.9. I46.9 är en bidiagnos. Vad ska man ha för huvuddiagnos vid detta kontrollbesök? Tycker inte att det känns helt rätt med hjärtstillestånd med framgångsrik HLR.	
Vårdtid	Mottagningsbesök.	
Kön	Man	Kvinna
Ålder	Född år: 1960	
Diagnostext/kod	Text Hjärtstillestånd med framgångsrik HLR	Kod I46.0
KVÄ-text/kod	Text Ekokardiografi	Kod AF021
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Remiss från kardiologen där patienten vårdats efter hjärtstopp. Tidigare väsentligen frisk patient som plötsligt insjuknade i ett hjärtstopp på arbetsplatsen, arbetskamrater satte igång HLR och han inkom till Uggleledals sjukhus med LUKAS efter att ha fått defibrilleras vid fyra tillfällen, hade kammarflimmer när ambulansen kom. En akut kranskärlsröntgen visade inga åtgärdskrävande stenoser och patienten kyldes ner och eftervårdades på Uggleledals sjukhus, initialt tydligen ganska omtöcknad men kom sig efter hand och en dålig vänsterkammarfunktion initialt, förbättras, skrivs ut med hypokinetiska områden inferolateralt. Natten till den 5/9 på avdelningen snabb ventrikeltakykardi frekvens 200, patienten fick defibrilleras i narkos. Enligt epikris diskussion kring ICD men patienten var mycket angelägen om snabb hemgång och skrevs ut dagen efter och fick remiss för uppföljande återbesök hos oss	

FORTSÄTTNING →

Fråga 3 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patienten varit sjukskriven en månad och har nu börjat arbeta halvtid sedan några dagar. Han har knappt något minne alls av vårdtiden på Uggledals sjukhus men upplever sig nu fungera ungefär som vanligt, känner sig lite tröttare rent allmänt men inga besvär med koncentrationssvårigheter etc. AT: Opåverkad, kognitivt helt bevarad, inga inkomensationstecken. Hjärta: Regelbunden frekvens 70. EKG: Sinusrytm med flacka T-vågor generellt, inga Q-vågor. Blodtryck: 150/80 mmHG UCG: Normalstor vänsterkammare med ordinär rörlighet, jag ser idag inga säkra hypokinesier, visuell ejektionsfraktion 65 %. Litet mitralläckag grad 0,5/4, i pulsad mitraldoppler EA.kvot 0,9, decelerationstid 359 ms. Under undersökningen ses enstaka extraslag, sannolikt ventrikulära. Bedömning: Patienten hade ju bara en måttlig TNT-stegring under vårdtillfället och det är väl tveksamt om han har haft någon hjärtinfarkt över huvud taget utan det handlar säkert om ett primärt hjärtstopp med också senare dokumenterad ventrikeltakykardi, det finns en stark indikation för ICD sekundärpreventivt, han får information om detta och ställer sig också positiv till detta. Komplicerande faktor är att han arbetar i en miljö med mycket hög elektromagnetisk strålning och han ska ta kontakt med sin arbetsgivare för att efterhöra möjligheten till alternativa sysselsättningar efter eventuell ICD-implantation. Sjukskrivs 50 % i en månad och jag skriver remiss till Uggledals sjukhus för ICD-implantation.
-------------------------------------	--

Svar fråga 3

SVAR:

Huvuddiagnos

Ventrikeltakykardi

I47.2

Åtgärd

Ekokardiografi

AF021

Fråga 4

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Vänsterkammarhypertrofi? Kod?
---	-------------------------------

Svar fråga 4

SVAR: I51.7

Fråga 5

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)				
Vårdtid	Sju dagar			
Kön	Man		Kvinna	
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Född år: 1918			
Diagnostext/kod	Text Totalblockerat flimmer Status post stroke Kronisk ischemisk hjärtsjukdom	Kod I45.9 I69.3 I25.9	Text Hjärtstillestånd Diabetes mellitus	Kod I46.9 E11.9
KVÅ-text/kod	Text Inläggande av pacemaker	Kod FPE20	Text Hjärt/lungräddning	Kod DF012
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Pat som bor på äldreboende, har en insulinbehandlad diabetes mellitus, angina pectoris och tidigare stroke. På boendet har man noterat långsam hjärtfrekvens ner mot 30/min, betablockerare sattes ut och pat infördes akut till storsjukhuset. På akutmott fick pat ett hjärtstillestånd, kom igång efter några minuters hjärtlungräddning. EKG visade då ett totalblockerat förmaksflimmer . Fick först extern pacemaker och så småningom en permanent pacemaker. Kunde extuberas. Dock mycket mer tagen i det närmaste okontaktbar. Smärtor sannolikt över thorax efter hjärtlungräddning och fick smådoser Morfin. Överfördes till det mindre sjukhuset för fortsatt närmast palliativ vård. Avled efter ytterligare några dagars vård, ingen obduktion utförd. Pacemaker borttagen.			

Svar fråga 5

SVAR:

Huvuddiagnos

Bidiagnos

Ischemisk hjärtsjukdom	I25.9
Status post stroke	Z86.7C
Diabetes mellitus	E11.9
Pacemaker	Z95.0

Fråga 6

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	En person som vårdats på grund av bröstsmärtor. Det var ingen hjärtinfarkt. I botten har patienten angina pectoris. Ska man använda Z03.4 eller I25.9? Z03.4 är väl en diagnos där ingen hjärtanamnes föreligger, patienten bedöms "frisk". Om man har angina pectoris i botten borde väl I25.9 vara huvuddiagnos, angina pectoris bidiagnos I20.8 och Z03.4 inte alls vara med?
---	--

Svar fråga 6

SVAR: R07.4 Bröstsmärtor + I25.9 Ischemisk hjärtsjukdom. Patienten har en kronisk ischemisk hjärtsjukdom som orsakar angina.

Fråga 7

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Ang patienter som kommer från större sjukhus till mindre sjukhus och som fått gjort en by-pass operation. Många av doktorerna vill gärna sätta Z95.1 som huvuddiagnos. Är detta rätt eller fel?
---	---

Svar fråga 7

SVAR: Z95.1 är aldrig huvuddiagnos.

Huvuddiagnos: Z48.8 om det är kort komplikationsfri eftervård, annars I25.1 Aterosklerotisk hjärtsjukdom.

Bidiagnos: Z95.1

Fråga 8

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Ska alltid O-koderna stå först oavsett vad pat drabbas av?			
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)				
Kön	Man	Kvinna		
Ålder (t ex "8 dagar", "1942")	Född år: 1987			
Diagnostext/kod	Text Akut respinsuff Infektion i bäcken efter abort Blödning efter op	Kod J960 O800 T810, Y830	Text SIRS Hjärnödem	Kod R651 G936
KVÅ-text/kod	Text Lungtransplantation Respiratorbehandling	Kod GDG10 DG026	Text ECLA PRISMA (dialys)	Kod FXE00 DR015
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Extrauterin graviditet, infektion, sepsis med ARDS, transplanterad.			

Svar fråga 8

SVAR:

Det beror på vilken klinik patienten söker vård på.

Huvuddiagnos	På kvinnokliniken: Infektion i könsorgan och bäcken efter abort	O08.0
Huvuddiagnos	På medicinkliniken: ARDS	J80.9

Fråga 9

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Patienten kommer med färsk infarkt. I21.9 + U98, eller komplikation till operation I97.1, eller missöde T88.8. Svårt att välja.			
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2013, 7 dagar			
Kön	Man		Kvinna	
Ålder (t ex "8 dagar", "1942")	Född år: 1963			
Diagnostext/kod	Text Hjärtinfarkt (ej säkert bedömbär) Hjärtinfarkt som kompl efter op (bristande kardioprotektion) Mekanisk aortaklaff	Kod I21.9 I97.1 Z95.2	Text Hjärtinfarkt typ II alternativt Hjärtsvikt Anemi Waranbehandling	Kod U98.2 I50.0 D62.9 Z92.1
KVÅ-text/kod	Text Hjärtintensivövervakning Ekokardiografi	Kod SS202 AF021	Text Blodtransfusion	Kod DR029
Anamnes	Övertages från thoraxkliniken regionsjukhuset efter operation av mekanisk aortaklaff. Kvinna med sköldkörtelsjukdom, i övrigt frisk. Senaste åren tilltagande tät aortastenosis, varför planerad operation med inopererande av mekanisk aortaklaffprotes samt vidgning av aortaroten. Postoperativt väsentligen glatt förlopp. Vissa smärtor från operationsområdet.			

FORTSÄTTNING →

Fråga 9 forts...

Aktuellt	Vid ankomst till hemsjukhuset medicinklinken Hb på 74, Waran utsätts tillfälligt. Erhåller 3 enheter blod. CRP 250, blododlas x 2. Insätts på Cefotaxim i ett par dagar. Negativa F-Hb. CRP i sjunkande. Inga säkra hållpunkter för infektion trots allt. Claforan utsätts. På EKG ses bild som vid ST-höjning inferiort, postoperativt och kvarstående. Nytt ekokardiografi genomförs som visar vägghypertrof vänsterkammare med lätt sänkt systolisk funktion. Akinesi apikalt. Detta nytillkommet sedan tidigare. Diastolisk dysfunktion. Förhöjda fyllnadstryck. Kontakt med thoraxkirurgen på regionsjukhuseet, misstanke i första hand bristande kardioprotektion som orsak till patientens infarkt. Mindre troligt att man påverkat något kranskärl under operationen. Planeras initialt för en ny coronarangiografi men efter diskussion med kardiolog vid angiografienheten avstyrs detta. Insätts på sviktmedicinering samt Trombyl. Waran återinsätts utskrivningsdagen. Patienten är väsentligen välmående och önskar hemgång.
Läkemedel	Waran, enl särskild ordination, blodförtunnande. Innohep, 4500 E 1 X 2, blodförtunnande, tas tom terapeutiskt INR. Bisoprolol 5 mg, 1 x 1, mot hjärtsvikt. Enalapril 5 mg, 1 x 2, mot hjärtsvikt. Dolcontin 10 mg, 2 x 2, mot smärta, trappas succesivt ut. Panodil 500 mg 2 x 4, mot smärta, trappas successivt ut.
Bedömning/Uppföljning	Operation av mekanisk aortaklaff. I efterförloppet anemi som varit transfusionskrävande. I efterförloppet även förhöjt CRP, initialt fått Claforan under några dagar, därefter utsatt. Låg sannolikhet annat än postoperativt CRP-värde. Postoperativt EKG-förändringar med ST-höjningar inferiort samt mycket förhöjda hjärtskademarkörer. Bedöms sammantaget som infarkt i det postoperativa förloppet. Insätts på sviktmedicinering. 1. INR-kontroll. Om terapeutiskt INR kan Innohep sättas ut. 2. Kontroll Hb samt elstatus om 2 + 9 dagar. 3. Tidigt återbesök till hjärtsköterska, rekommendationen är då att successivt upptitrera både Bisoprolol och Enalapril till fulldos. 4. Återbesök till kardiolog om 4 - 6 veckor med ekokardiografi.

Svar fråga 9

SVAR:

Huvuddiagnos

Kärlkomplikationer till kirurgisk ingrepp

T81.7

Y83.1

Bidiagnoser

Hjärtinfarkt

I21.1

Hjärtinfarkt typ 2 (tilläggs kod fr o m 2013)

U98.2

Hjärtsvikt

I50.0

Anemi

D62.9

Waranbehandling

Z92.1

Mekanisk aortaklaff

Z95.2

Åtgärd

Hjärtintensivövervakning

SS202

Blodtransfusion

DR029

Ekokardiografi

AF021

Fråga 10

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Bedömningen är koronarstenos men patienten hade ingen hjärtinfarkt - mycket ovanlig kod.			
Vårdtid	Vintern 2011, 6 dagar			
Kön	Man Kvinna			
Ålder	Född år: 1943			
Diagnostext/kod	Text Koronarstenos som ej resulterar i hjärtinfarkt Kostbehandlad diabetes mellitus	Kod I24.0 E11.9	Text Gammal hjärtinfarkt Hypertoni	Kod I25.2 I10.9
Kontaktersak	Post PCI, utan åtgärd, väntar på CABG-operation.			
Anamnes	70-årig man med kostbehandlad diabetes, hereditet för hjärt-kärlsjukdom och hade myokardinfarkt -93, medicinerat för hypertoni och hyperlipidemi. Tidigare rökare, slutade för 44 år sedan. Patologiskt arbetsprov den 25/1 med 30mmHg i blodtrycksfall och kraftig bröstsmärta vid 130 watt belastning, som först släppt efter 10 minuter på två puffar Glytrin. Insattes på Clopidogrel och planerades för coronarangio, som utfördes den 29/1. Denna visade höggradig proximal LAD-stenos. Även cirka 70%-ig signifikant stenosis gällande diagonalgren. Cirkumflexa är ockluderad proximalt, ter sig som äldre ocklusion, men som till viss del finns förekomst av kollateraler. Även långsträckt stenosering av höger coronarartär, som emellanåt är tät. Enligt daganteckning från X-sjukhuset bör patienten genomgå re-vaskulariserande ingrepp med snar coronar coronar by-passoperation. Är därför insatt på Arixtra, Clopidogrel utsatt.			

FORTSÄTTNING →

Fråga 10 forts...

Tidigare/Nuvarande sjukdom	Kostbehandlad diabetes mellitus, hjärtinfarkt -93.
Aktuellt/vårdförlopp	Inlägges på avdelning inför vidare åtgärd. Telemetriövervakas. På grund av låg puls sätts Metoprolol ut tillfälligt, Amlodipin 5mg sätts in 1x1 med extrasdos. Läkemedelsberättelse: Avvaktar med Metoprolol pga bradycardi. Vårdförlopp: Patienten är bradykard under inläggningsperioden och man avvaktar med Metoprolol från och med den 1/2 helt. Då avvecklas också telemetri. Väntar på plats för CABG-operation på Y-sjukhuset och får plats för detta den 5/2 och skrivs då ut. Ingen kärlkramp. Bradykard ner till frekvens 37, i övrigt inget patologiskt på telemetrin.
Bedömning	70-årig man med kostbehandlad diabetes, arvet för hjärt- och kärlsjukdom samt myokardinfarkt -93. Medicinbehandling för hypertoni och hyperlipidemi. Tidigare rökare, slutade för 44 år sedan. Patologiskt arbetsprov 25/1 med kraftig bröstsmärta vid 130 watt och 30 mmHg i blodtrycksfall, som släppte efter 10 minuter på två puffar Glytrin. Sattes in på Clopidogrel och planerades in för coronarangiografi, som utfördes den 29/1. Visade extensiva ocklusioner med höggradig proximal LAD-stenos, 70%-ig stenosis i diagonalgren, proximalt ockluderad cirkumflexa, som ter sig äldre med viss förekomst av kollateraler, samt långsträckt stenosering inom höger coronarartär, som emellanåt är helt tät. Man utsätter då Clopidogrel och sätter istället in patienten på Arixtra. Patienten inkommer den 30/1 i väntan på CABG-operation vid Y-sjukhuset. Man noterar att patienten är bradykard på telemetri med frekvens neråt 37. Metoprolol utsättes helt den 1/2. Telemetri avvecklas då också. Har ingen kärlkramp eller andra väsentliga besvär på avdelning. Inget i övrigt patologiskt på telemetri. Kan den 5/2 åka till Y-sjukhuset för CABG-operation.

FORTSÄTTNING →

Fråga 10 forts...

Läkemedel vid utskrivningen	Omeprazol tablett 20 mg, 1x1. Trombyl tablett 75 mg, 1x1. Arixtra 2,5 mg/0,5ml, stående 0,5 ml. Glytrin, 1-2 doser vid behov, 0,4 mg. Imdur tablett 30 mg, 1x1. Amlodipin tablett 5 mg, 1x1. Zestril tablett 20 mg, 1x1. Zocord tablett 20 mg, 1x1. Xatral depottabl 10 mg, 1x1.
Åtgärd	Man får vid Y-sjukhuset besluta om fortsatt handläggning efter CABG-operation.

Svar fråga 10

SVAR:

Huvuddiagnos

Aterosklerotisk hjärtsjukdom I25.1

Bidiagnoser

Gammal hjärtinfarkt I25.2

Hypertoni I10.9

Kostbehandlad diabetes mellitus E11.9

Hyperlipidemi E78.5



**Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning**

ICD-10-SE

Tack för er medverkan!

Tylösand Halmstad 13 mars 2013

