

Workshop barnsjukdomar, RDK - Örebro 2009

Snabbfrågor

Modern har feber samt långvarig vattenavgång. Barnet blir inlagt på neonatalavd för observation efter t ex VE eller sectio, är inte påverkat. Hur kodas dessa?

Workshopdeltagarnas förslag:

Z03.8B Observation

Barnläkarens kommentar:

Friskt barn som observeras – avskrives. Om barnet inte har påverkats på något sätt ska det inte kodas på barnet.

Z03.8B

Z38.-

De flesta diagnoser hamnar hos mamman, t ex för tidig hinnbristning, feber, sugklocka/sectio.

O42.-

O75.2

KVÅ-kod för sugklocka

Se ovan. Barnet påverkat, blir insatt på antibiotika i 5 dagar. Prover visar inte på infektion. Hur kodas det?

Workshopdeltagarnas förslag:

Z03.8B Observation på grund av misstänkt infektion

Olafers kommentar:

Om det framgår vad som var påverkat hos barnet kan det vara med som bidiagnos

Barnläkarens kommentar:

För lite information för att man ska ha en symptomdiagnos

Vad är det för påverkan: Feber? Trötthet? Sänkt medvetandegrad? Andningssvårigheter?

Z03.8B Observation för misstänkt infektion den bästa diagnosen

Finns KVÅ-åtgärd för antibiotikabehandling?

Skall vi koda om hepatit finns i familjeanamnesen som en upplysning i barnets journal?

Olafers kommentar:

Ja, om det har med barnets inläggning och vård att göra.

Barnläkarens kommentar:

Om mamman har hepatit är det ingen tvekan.

Om det finns hos någon annan, mer avlägsen släkting, tveksamt, men det kan aldrig vara fel...

Z83.1

Pos GBS hos mor. Barnet inlägges för observation, är inte påverkat, blododling neg. Får behandling i 3 dgr p g a misstänkt infektion. Hur kodas det? Skall moderns GBS-infektion vara med som upplysning hos barnet?

Workshopdeltagarnas förslag:

P00.2 Observation på grund av moder med positiv GBS:
Inte med kod.

Barnläkarens kommentar:

Z03.8B Antibiotikabehandlad på grund av misstänkt GBS-infektion (positiv odling hos moder)
Om barnet inte är påverkat och blododling är negativ är det ingen P-kod. För en P-kod måste barnet vara sjukt.
Om modern inte har fått behandling för sin GBS ska det kodas i barnjournalen. Då finns det en risk att barnet kan bli smittat. Moderns GBS-infektion finns i moderns journal – ha koll på det inför kommande barn.

Hur kodas för tidigt slutet fontanell?

Workshopdeltagarnas förslag:

Q75.0

Barnläkarens kommentar:

Kranial synostos

Hur kodas infektiöst eksem?

Workshopdeltagarnas förslag:

L30.3

Barnläkarens kommentar:

Infektiöst dermatit
Finns bakterien ska den också kodas

Fall 1

Mottagningsbesök

Planerat återbesök tillsammans med moder och god vän. Lasse hade för någon månad sedan besvär från sitt vänstra ben och klagade mycket över smärta. Detta försvann sedan. Har fått ett inlägg i sin sko och säger själv att han har mindre ont i benet men föräldrarna ser egentligen en någon större skillnad i gången. Går i trappor men går inte passgång. Klättrar, cyklar på tvåhjulning med stödhjul. Har precis börjat gunga och börjat lite försiktigt ta fart själv. Klarar nu gå längre sträckor då förskolan är ute och går. Pratar mycket och rent. Finmotorik förbättrats. Klär på sig själv. Klipper. Räknar en bit. Finns hörselnedsättning hos de flesta män på faderns sida. Syn kontrollerad på BVC och skall ha varit bra.

Status. Gott. Ger fin kontakt. Talar i hela meningar. Viss ansiktsasymmetri med förstoring av vänster öga och kind. Likaså större extremitet, kroppshalva hela vänster sida, större vänsterfot och hand. Retningsfritt svalg, ingen hypertrofi av tungan. Hjärta/lungor ua. LS: Rygg ej blivit inspekterat. Höfter ua. Tonus i fötterna ua. Trampar ner på fötterna vid gång. Går på tå-häl, något enstaka hopp på ena foten, vänster? Men inte höger. Svårt att stå stilla någon längre stund på ett ben. Svårt klara halvstor boll med händerna.

Bedömning: Pojke med hemihypertrofi vänster, viss benlängdsskillnad. Fått inlägg. Planerat kontroll med ortoped framöver. Kallas för U-ljud buk var 3:e mån där det hittills varit ua. Remiss till hörselbedömning med tanke på hereditet. Bedömning hos sjukgymnast med tanke på lite senare framöver allt grovmotoriskt. Åter om 6 mån.

Workshoppedtagarnas förslag:

Q79.9 Hemihypertrofi

Z82.2 Hörselnedsättning i familjeanamnesen

Barnläkarens kommentar:

Beckwith-Wiedemanns syndrom (Q87.3)? Normalt sett är barnen ”stora”. För lite information för att sätta den diagnosen men ha den i åtanke.

Hemihypertrofi

Koda hörselnedsättningen

Fall 2

Vårdtid 3 dagar

Inläggningsorsak Planerat för postoperativ cytostatika.

Anamnes 14 år gammal flicka som diagnostiserades med osteogent sarkom i knäregionen i juli förra året. Ingen spridning. Preoperativt cytostatikabehandlad och opererad med extremitetsbevarande kirurgi. Postoperativ cytostatikabehandling där Doxyrubicin utesluts i behandlingsvecka 17 p g a viss hjärtpåverkan. För 4 veckor sedan var hjärtfunktionen helt normal och man kunde ge full Doxyrubicindos. Har också för en månad sedan haft en CVK-infektion och varit inlagd i Lillstad för behandling i 10 dgr. Följande cytostatika blev därför fördröjd en vecka. Inkom nu välmående för planerad cytostatikabehandling.

Vårdförlopp Får Methotrexate enl postoperativa schemat. Mår bra efter behandling men konstateras att ha ett hemoglobin på 84 och hellre än att behöva läggas in i Lillstad på mellantiden för tankning får hon också erytrocyter 1 enhet inför hemgång.

Planering Kommer på måndag för fortsatt behandling med Doxyrubicin. Hjärtbedömning innan.

Operation/Åtgärd

DT016 Cytostatikabehandling, intravenös

DR029 Transfusion, erytrocyter, allogen

Workshoppedtagarnas förslag:

Z51.1 Cytostatikabehandling

C40.2 Osteogent sarkom

C61.1 + ATC-kod + Y57.9 Läkemedelsutlöst anemi

Barnläkarens kommentar:

Cytostatikabehandling

Osteogent sarkom

Anemi på grund av Doxyrubicin

Fall 3

Flicka, 1½ år: Vårdtid 2 dagar.

Anamnes Barn till HIV-positiva föräldrar, allt talar för att patienten själv är negativ. Går dock på utredning för detta. Inkommer efter fyra dagar med hosta, feber och förkylning. Man upplever att patienten under sömn på kvällen strax före inkomst till sjukhuset får ett kortare andningsuppehåll, kräks därefter slem. Vid inkomsten till akuten påverkad och ansträngd i andningen, kräks flera gånger.

Ur inläggningsstatus Trött och påverkad andning, temp 34,4. Andning: auskulteras med ronki bilateralt. Andningsfrekvens 25, saturation 97 %.

Vårdförlopp Läggs in och får inhalationer med Adrenalin. Får också uppvätskning med Rehydrex under natten och mår på morgonen efter inkomsten mycket bättre. Äter frukost och leker. Är mycket piggare och klarar andningen utan upprepade inhalationer. Får med sig recept på Efedrinhydroklorid, 3,5 ml vid behov, även Alvedon och Ipren ska ges i hemmet ifall febern åter stiger.

Bedömning 1,5-årig tjej med obstruktivitet i samband med förkylning. Första obstruktiva episoden, varför inga stående inhalationer insätts. Det kortvariga andningsuppehåll bedöms vara orsakad av slempropp.

Planering Inget planerat utifrån detta vårdtillfälle, går hem i förbättrat tillstånd.

Operation/Åtgärd

DT024 Inhalationsbehandling

Workshoppedtagarnas förslag:

J20.9 Obstruktiv bronkit

Z83.0 Barn till HIV-positiva föräldrar

Barnläkarens kommentar:

Obstruktiv bronkit

HIV-positiva föräldrar

Fall 4

Vårdtid 11 dygn

2-årig flicka som inkommer p g a kräkningar och subfebrilitet. Har Denys-Drash syndrom , Wilms tumör, båda njurarna bortopererade och har peritonealdialys. Fått cytostatikabehandling för en vecka sedan. Inkommer med några dagars tilltagande problem med kräkningar och subfebrilitet. Sjunkande LPK till 2,7 med neutropeni 0,5 och stigande temp 38,5°. Insätter antibiotika Meronem på rekommendation från annat sjukhus som vill att vi behandlar med Meronem vid tecken på sepsis utan peritonit, d v s utan buksmärta eller stegrade LPK i dialysvätskan. Hb vid inkomsten 76 och får erytrocytkoncentrat. Vid inkomsten normala vita, men därefter en period med ordentlig neutropeni. CRP som högst 41, blododling negativ. Ligger under vårdtiden lågt i albumin, vilket man förknippar med infektionen. Således oklar infektion. Mår ändå bättre och hemskrives.

Workshoppedeltagarnas förslag:

A41.9 Sepsis

D70.9C + Y57.9 + ATC-kod Neutropeni

D61.1 + Y57.9 + ATC-kod Läkemedelsutlöst anemi

C64.9 Wilms tumör

Q99.8 Denys-Drash-syndrom

Q99.2 Beroende av dialys

Z90.5 Förvärvad avsaknad av njurar

DR029 Blodtransfusion

Barnläkarens kommentar:

Antibiotika sätts in på extremt vida indikationer på dessa barn. Inget högt CRP, negativ blododling talar emot sepsis. Är behandlad på grund av att hon kan utveckla sepsis på grund av neutropenin. Förmodligen är patientens besvär cytostatikautlösta.

Neutropen feber

Oklar infektion

Läkemedelsutlöst neutropeni

Anemi på grund av cytostatika

Wilms tumör som bidiagnos

Deny-Drash syndrom

Beroende av dialys

Förvärvad avsaknad av njurar

Intravenös antibiotika (Meronem)

Blodtransfusion

Fall 5

Vårdtid 4 dagar, 7 mån gammal.

Inskrivningsorsak: Matningssvårigheter, viktnedgång.

Vårdförlopp: Matningssvårigheter sedan födseln. Inremitterades p g a utveckling angående vikten. Visar delvis hyperton muskulatur och knutna händer + lätt headlag vid traktion.

Viktnedgång kan i första steget inte bekräftas, följer sin kanal på -3 SD, längden -2 SD, huvudomf kring -1 SD. Metabola prover normala. Visar inga tecken till utvecklingsförsening. (Bedömning via neurolog kunde inte utföras). Har ett lätt speciellt utseende, smalt huvud, små ögon, i förhållande verkar fingrarna speciellt långa och patienten fortfarande svårmatad.

Hyperton muskulatur när patienten är spänd, när man börjar undersöka slappnar patienten av och visar normal tonus. När patienten är rädd och spänd knyter pat händerna. Vad gäller headlag, håller pat huvudet utmärkt när pat ligger på magen. När man lyfter upp pat från rygggläget, svårt att lyfta huvudet men bättrats senaste dagarna tror mamman. Reflexstatus och neurologisk undersökning såvitt är möjligt här normalt. Virologiska prover (TORCH-provet) normala, EEG normalt, svetttest normalt. Ultraljud buk avseende pylorus- och organförändringar normalt. Ögonundersökning u a. P g a pat:s speciella utseende och symtomatiken, kontakt med klinisk genetik som rekommenderar allmän kromosomanalys, remiss med frågeställning syndrom. Inga symtom som kan tydas som patologisk reflux men insatt på Zantac fyra veckor för utvärdering.

Barnläkarens kommentar:

Matningssvårigheter (matvägran (F98.2?)) och utredning på grund av misstänkt kromosomavvikelse

Fall 6

Observeras på IVA efter att ha fått i sig maskindiskmedel. Insatt profylaktiskt på antibiotika, är fastande och har fått V-sond. Vid esofagoskopi ser man rodnad och svullnad i svalget.

Workshopdeltagarnas förslag:

T55.9 + X49.09 Förgiftning med maskindiskmedel

KVÅ-åtgärd: Esofagoskopi, ventrikelsond

Barnläkarens kommentar:

Förgiftning på grund av maskindiskmedel

Frätskada i esofagus på grund av maskindiskmedel

Fall 7

En pojke som cirka 5 dagar före inkomsten blivit hundbiten. Söker p g a tilltagande rodnad och svullnad vänster hand. Blivit insatt på penicillin. Rodnaden har spridit sig och vid inläggningen har han en lymfangitstrimma som går hela vägen upp till axillen. Inlagd 5 dagar. Febern borta efter 2 dagar.

Workshopdeltagarnas förslag:

T79.8 + L03.1 + W54.9 Lymfangit vänster hand som komplikation till hundbett

Barnläkarens kommentar:

Komplikation efter hundbett med lymfangit

Fall 8

Problem med otosalingit höger öra. Fått plaströr. Varit förkyld 1 vecka och senaste dygnet värk och flytning ur höger öra. Plaströr på plats. Plaströrsotit höger i samband med förkylning. Får penicillin och Terracortril med Polymyxin B örondroppar.

Workshoppedeltagarnas förslag:

H66.0 Akut varig mellanöreinflammation

Z96.8 Plaströr höger öra

J00.9 Förkylning

Fall 9

Ung man med långvarig högersidig nästäppa efter nästrauma. Nu måttliga näsblödningar. Kraftig septumdeviation åt höger. Som tidigare ses en bridbildning av septum och concha media vänster. Således recidiverande näsblödningsbekymmer vänster sida som troligen orsakas av slemhinnebrid. Diatermerar briden med bipolär pincett. Löses med sax. Anlägger paraffintamponad.

Barnläkarens kommentar:

Näsblödning på grund av septumdeviation

Septumdeviation som sen effekt efter tidigare nästrauma

Fall 10

Vårdtid 2 dygn.

2 mån gammal gosse, född efter fullgången graviditet. Transposition, op omgående.

Postop okomplicerat. Därefter följd p g a lite perikardvätska som minskat. Impugan 10 mg/ml, 0,4 ml x 2. Inkommer nu akut då han varit skrikig, sträckt på armar och ben, inga synliga kramper. Därefter ”blir han konstig”, blir frånvarande, man får ingen riktigt kontakt, blir slapp i kroppen. Andas hela tiden. Ingen färgskiftning. Inga kräkningar. Vid inkomsten kvicknar han till på barnbordet. Är cirkulatoriskt och respiratoriskt stabil. Saturation 97%. Börjar sprattla med armar och ben. Var således frånvarande och slapp under c:a 10 – 15 min.

Status vid inkomst u a. Observeras under två dygn, u a. EEG u a. Labb-prover visar ingen infektion. Kramp? Affektkramp?

Med tanke på att pojken i samband med födseln och första timmarna därefter var desaturerad får man vid ev nytt tillbud fundera på ev MR-hjärna.

Barnläkarens kommentar:

Misstänkt kramp

Opererad transposition (bör vara med som information)

Fall 11

Vårdtid 9 dygn

Barn vaginalförlöst vecka 41 + 6. Födelsevikt 3550 g. Initialt påverkad och ventilerad några minuter. Apgar 1, 8, 10. Navelartär-pH 7,17 resp BE -10,3, dvs lätt acidotisk. Inga problem och pojken har skött sig helt bra. Inga hållpunkter för infektion. Under vårdtiden framkommer problem som gör att familjen behöver vård och stöd. Anmälan till socialkontoret sker. Utskrivning sker först efter att socialassistent träffat familjen. Undertecknad försöker att motivera för hjälpåtgärder i socialpediatrisk uppföljning på barnmottagningen. Pojken har således inte heller haft några "cerebrala symtom" efter sin lilla och snabbt övergående asfyxi.

Barnläkarens kommentar:

Det är ett friskt barn

Asfyxi vid förlossning? Piggar på sig snabbt...

Causa sos?