

## Vorgehen zur präoperativen Abklärung durch den Hausarzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Ihre Patientin bzw. Ihr Patient ist für eine Operation am Spital Männedorf vorgesehen. Das Vorgespräch mit der Anästhesie findet entweder ambulant in der Anästhesiesprechstunde wenige Tage vor dem Eingriff oder stationär am Vortag statt. In jedem Fall sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie die präoperativen Abklärungen gemäss folgender Wegleitung vornehmen könnten, damit wir einerseits das peri-operative Risiko abschätzen und mit Ihren Patienten/innen das optimale Anästhesieverfahren festlegen können.

### Präoperative Abklärungen

1. **Gesunder Patient, unter 60 Jahre alt, Operation Kategorie A**
  - a. Keine Untersuchung nötig
2. **Gesunder Patient, unter 60 Jahre alt, Operation Kategorie B/C**
  - a. Formular über allgemeinen körperlichen Zustand oder entsprechenden Hausarztbericht
  - b. Blutbild, Kreatinin, Elektrolyte, Quick/INR
3. **Gesunder Patient, über 60 Jahre alt, Operation Kategorie A**
  - a. Formular über allgemeinen körperlichen Zustand oder entsprechenden Hausarztbericht
  - b. EKG nicht älter als 12 Monate
4. **Gesunder Patient, über 60 Jahre alt, Operation Kategorie B/C**
  - a. Formular über allgemeinen körperlichen Zustand oder entsprechenden Hausarztbericht
  - b. Blutbild, Kreatinin, Elektrolyte, Quick/INR
  - c. EKG nicht älter als 2 Monate
5. **Patient mit Systemerkrankung, Operation Kategorie A**
  - a. Formular über allgemeinen körperlichen Zustand oder entsprechenden Hausarztbericht (falls vorhanden Spezialberichte)
  - b. Organsystembezogene Untersuchung (s. dort)
6. **Patient mit Systemerkrankung, Operation Kategorie B/C**
  - a. Formular über allgemeinen körperlichen Zustand oder entsprechenden Hausarztbericht (falls vorhanden Spezialberichte)
  - b. Blutbild, Kreatinin, Elektrolyte, Quick/INR
  - c. EKG nicht älter als 1 Monat
  - d. Organsystembezogene Untersuchung (s. dort)

### Klassifizierung des OP-Risikos

**Kategorie A:** z.B. Arthroskopien, Schultereingriffe, gynäkologische Operationen, kleinere laparo-skopische Eingriffe, kleinere urologische Eingriffe, Hernienoperationen, Diskushernie

**Kategorie B:** z.B. Laparotomien, Thorakotomien, orthopädische Operationen (Prothesen), grosse laparoskopische Eingriffe, Eingriffe am Hals und Nacken, Prostatachirurgie und Ileumconduit, Rückenoperationen (Spondylodesen)

**Kategorie C:** z.B. grosse Bauchchirurgie, Prothesen-Wechsel, 2-Höhlen-Eingriffe, Tumor-Debulking-Operationen, bariatrische Operationen



## Vorgehen bei Patienten mit Tc-Aggregationshemmern (gem. ACC/AHA Guidelines)

|   |           | Cerebro- und Kardiovaskuläres Risiko  |   |  |   |
|---|-----------|---|---|--|---|
|   |           | Tief bis mittel   | Hoch  | Sehr hoch  |   |
|   |           | Primärprävention bei ...<br>Allg. Atherosklerose ohne dokumentierte...<br>... KHK<br>... Cerebrovask. Erkr.<br>... PAVK | Dokumentierte KHK (stabil)<br>St. n. Myocardinfarkt > 1 Mt<br>Koronarstenting > 1 Monat (BMS)<br>> 12 Monate (DES)<br>Stn. AKB > 6 Wochen<br>St.n. CVI / TIA > 1 Monat PAVK | Dokumentierte KHK (instabil)<br>St. n. Myocardinfarkt < 1 Mt<br>Koronarstenting < 1 Monat (BMS)<br>< 12 Monate (DES)<br>St.n. AKB < 6 Wochen<br>St.n. CVI / TIA < 1 Monat          |   |
| Gefährlichkeit von Blutungskomplikationen | Gering    | Handchirurgie<br>Augenchirurgie<br>Hautchirurgie  | <b>ASS</b> unverändert weiter geben.  | <b>ASS</b> unverändert weiter geben.<br><br>Falls <b>Clopidogrel</b> (Plavix®) weiterhin verordnet: Indikation abklären & individuell besprechen.                                  | <b>Eingriff wenn immer möglich verschieben.</b><br><br>ASS unverändert weiter geben.  |
|   | Mittel    | Viszeralchirurgie<br>Gynäkologie<br>Chirurgie<br>Orthopädie<br>HNO<br>Urologie<br>Lungenchirurgie<br>Gefässchirurgie    | <b>ASS</b> 7 Tage präop absetzen, ab 2.-3.- postop. Tag weiter geben.   | <b>ASS</b> unverändert weiter geben.<br><br>Falls <b>Clopidogrel</b> (Plavix®) weiterhin verordnet: Indikation abklären & individuell besprechen.                                  | <b>Eingriff wenn immer möglich verschieben.</b><br><br>Falls nicht möglich: interdisziplinäre Besprechung.<br><br>ASS unverändert weiter geben. |
|   | Hoch      | Wirbelsäulen-Chirurgie<br>Leberchirurgie  | <b>ASS</b> 7 Tage präop absetzen, ab 3.-4.- postop. Tag weiter geben.   | <b>ASS</b> 3 Tage präop absetzen, ab 1.-2.- postop. Tag weiter geben.<br><br>Falls <b>Clopidogrel</b> (Plavix®) weiterhin verordnet: Indikation abklären & individuell besprechen. | <b>Eingriff wenn immer möglich verschieben.</b><br><br>Falls nicht möglich: interdisziplinäre Besprechung.<br><br>ASS unverändert weiter geben. |
|   | Sehr hoch | Intrakranielle Chirurgie  | <b>ASS</b> 7 Tage präop absetzen, ab 4.-5.- postop. Tag weiter geben.<br><br>Bei chron. Subduralhämatom 6 Wochen Pause.   | <b>ASS</b> 5 Tage präop absetzen, ab 2.-3.- postop. Tag weiter geben.<br><br>Falls <b>Clopidogrel</b> (Plavix®) weiterhin verordnet: Indikation abklären & individuell besprechen. | <b>Eingriff wenn immer möglich verschieben.</b><br><br>Falls nicht möglich: interdisziplinäre Besprechung.                                      |

- Medikamente zur **Thromboembolischen Prophylaxe** bitte mit dem Operateur absprechen.
- **CAVE I:** Rivaroxaban (Xarelto®) oder Dabigatran (Pradaxa®) muss je nach Nierenfunktion bis zu 3 Tage (Dabigatran bis zu 5 Tage) vor dem Eingriff abgesetzt werden.
- **CAVE II:** Gegen die Wirkung von Rivaroxaban (Xarelto®) oder Dabigatran (Pradaxa®) gibt es aktuell **KEINE Antagonisten** !! Grosse Blutungsgefahr bei Notfällen!
- Informationen zur sog. „**Bridging-Strategie**“ finden Sie auf der Homepage des Spitals auf der Seite des Instituts für Anästhesie & Intensivmedizin.