



## Präoperative Dauermedikation

### Weitergeben von Medikamenten am Morgen des OP Tages

<b>Antihypertensiva</b>	
<b>β-Blocker</b>	<b>Präoperativ weitergeben!</b> bei Absetzen von β-Blockern Rebound möglich (RR ↑, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, sowie Angina pectoris bei Koronarkranken) Kardioprotektion bei kardialen Risikopatienten
<b>Ca-Antagonisten</b>	<b>Präoperativ weitergeben!</b> perioperative Weiterführung von Ca-Antagonisten gilt als vorteilhaft
<b>ACE-Hemmer, Angiotensin II-Rezeptor-Antagonisten</b>	<b>Präoperative Gabe kontrovers diskutiert</b> ACE-Hemmer und Angiotensin II-Rezeptor-Antagonisten nur bei schlecht eingestelltem Hypertonus oder wenn OP-Termin erst am Nachmittag
<b>Nitrate, Molsidomin</b>	<b>Präoperativ weitergeben!</b> bei Absetzen ↑ Gefahr von Myokardischämien
<b>α-2-Agonisten</b>	<b>Präoperativ weitergeben!</b> bei Absetzen Clonidin Entzugssyndrom, Kardioprotektion bei kardialen Risikopatienten
<b>Antiarrhythmika</b>	<b>Präoperativ weitergeben!</b> bei Absetzen ↑ Gefahr von Arrhythmien
<b>Antikonvulsiva</b>	<b>Präoperativ weitergeben!</b> bei Absetzen ↑ Krampfgefahr, evtl. Serumspiegel: bei Carbamazepin (Tegretal) 5-10 mg/dl, Phenytoin (Zentropil) 15 mg/dl
<b>Parkinsonmittel</b>	<b>Präoperativ weitergeben!</b> bei Absetzen Verstärkung der extrapyramidalen Symptomatik (kurze Halbwertszeit von Levodopa)

### Ab- oder Umsetzen von Medikamenten

<b>Retard-Insulin</b>	<b>bis Vortag</b>
<b>orale Antidiabetika</b>	
<b>Sulfonylharnstoffe z.B. Glibenclamid, Tolbutamid u.a.</b>	<b>bis Vortag;</b> stimulieren die Insulinsekretion → auch postoperativ Hypoglykämien möglich
<b>Biguanide (Metforminhaltige Arzneimittel)</b>	<b>2 Tage präoperativ absetzen! und erst 2 Tage postoperativ wieder ansetzen!</b> → Gefahr einer Laktatazidose (Das Bundesinstitut für Arzneimittel berichtet seit 1990 über 30 Fälle, von denen 50% letal verliefen) <b>ambulant nicht geeignet</b>
<b>Acarbose</b>	verzögert die Absorption von Kohlehydraten im Darm → keinen Effekt auf Anästhesie
<b>Digitalis</b>	<b>bis Vortag;</b> lange HWZ (bei Tachyarrhythmia absoluta evtl. bis OP Tag) ▶ K <sup>+</sup> Kontrolle ▶ Cave: Niereninsuffizienz, Ca <sup>++</sup> ↑, K <sup>+</sup> ↓, Insulin
<b>Theophyllin</b>	bis 12 Stunden präop.
<b>Schilddrüsenhormone</b>	<b>bis Vortag</b>
<b>Thyreostatika</b>	<b>bis Vortag;</b> bei weiterem klinischen V.a. auf Hyperthyreose T <sub>3</sub> , T <sub>4</sub> und TSH Kontrolle
<b>Diuretika</b>	<b>bis Vortag;</b> ▶ K <sup>+</sup> Kontrolle
<b>Alpha-Adrenozeptoren-Blocker</b>	<b>bis Vortag</b>

<b>Thrombozytenaggregationshemmer</b>	bes. bei rückenmarksnaher Regionalanästhesie und Eingriffe mit ↑ Blutungsgefahr
ASS	<b>7-10 Tage vorher absetzen</b>
Nicht-Steroidale-Antirheumatika (NSAR)	<b>1-2 Tage vorher absetzen</b>
<b>Ticlopidin (Tiklyd)</b>	<b>&gt; 10 Tage vorher absetzen</b>
<b>Clopidogrel (Plavix, Iscover)</b>	<b>&gt; 7 Tage vorher absetzen</b>
<b>Cumarine</b>	<b>3-5 Tage vorher auf Heparin Perfusor umstellen</b> (Absprache mit Operateur), Quick Wert Kontrolle
<b>Kortikoiddauertherapie über Cushingschwelle</b>	100-300 mg Hydrokortison perioperativ
<b>Lithium</b>	<b>bis Vortag;</b> ▶ Na <sup>+</sup> , K <sup>+</sup> Kontrolle, Lithiumspiegel sollte < 1,2 mmol/l sein, (Cave Na <sup>+</sup> ↓)
<b>trizyklische Antidepressiva</b>	<b>bis Vortag;</b> <b>Nutzen-Risiko Abwägung.</b> hemmen die Wiederaufnahme von Neurotransmittern → Wirkungsverstärkung von Katecholaminen → Hypertonie, Tachykardie
<b>Neuroleptika</b>	<b>bis Vortag;</b> wirken alle antidopaminerg, anticholinerg und antiadrenerg
<b>Monoaminoxidase-Hemmer</b> <b>1.Generation nichtselektiv und irreversibel:</b> z.B. Tranylcypromin, Isocarboxazid, Phenelzin <b>2.Generation selektiv und irreversibel:</b> z.B. Clorgylin, Deprenyl <b>3.Generation selektiv und reversibel:</b> z.B. Moclobemid, RO-19-6327	vor elektiven OP möglichst <b>2 Wochen vorher Umsetzen auf selektive, reversible Präparate der 3. Generation;</b> wenn nicht möglich Weitergabe unter Beachtung der Wirkung auf Kreislauf. Kontraindikationen von Pethidin, Tramadol u. Dextrometorphan → exzitatorische Reaktionen (Atemdepression, Koma); keine indirekten Sympathomimetika (Ephedrin) → hypertensive Krisen; Vermeidung von Hypoxie, Hyperkapnie und Hypotonie
<b>selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)</b> z..B. Fluoxetin, Paroxetin, Fluvoxamin, Sertralin	<b>bis Vortag;</b> Absetzen kann zu Angst, Unruhe, Diaphorie führen. Hemmung des Abbaus anderer Cytochrom-P450-Systemabhängiger Medikamente; Abbau von Midazolam deutlich erhöht Cave Serotonin-Syndrom nach z.B. Pethidin, Tramadol, Pentazocin, Dextrometorphan, MAO-Hemmer mit Hyperthermie, veg. Instabilität, Bewußtseinstörung bis Koma

**Auswahl von metforminhaltigen Antidiabetika (Biguanide):**

Diabetase, Glucophage, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metfogamma, Thiabet, Biocos, Diabesin, Glucobon, Siofor, Metformin-ratiopharm, Metformin-Stada und andere Generika

**Auswahl von tri- und tetrazyklischen Antidepressiva:**

Anafranil, Aponal, Equibrin, Gamonil, Idom, Insidon, Laroxyl, Ludiomil, Nortrilen, Noverol, Pertofran, Saroten, Siquan, Stangyl, Tofranil, Tolvin, Trausabun, Tryptizol; **Kombinationen:** Benpon, Limbatriil, Longopax, Pantrop