

Aufnahme/Anmeldung zum HK

Indikation/Klinik	Was muss dokumentiert werden
Angina	CCS-Class, Dauer der Beschwerde
Dyspnoe	NYHA-Class, Dauer der Beschwerde
Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes (spezifizieren ob insulinpflichtig) Familiäre Anamnese: Z.n. KHK Diagnose <55Jahren bei Männern, <65 bei Frauen HLP: Tot Chol >220mg/dl, Trygl. >200mg/dl oder Therapie HTN: RRsys>140mmHg, dias>80mmHg oder Therapie Adipositas (BMI >30) Nikotinabusus: beendet/fortgeführt, PY
Induzierbare Ischämie?	<ul style="list-style-type: none"> Befund / Film besorgen, wenn nicht vorhanden explizit schreiben Stressecho/bel. EKG: Hypokinesie in Ruhe/EF in Ruhe, neu aufgetretene Hypokinesie (Lokalisation wichtig), max. Watt, gesamtdauer, EKG in Ruhe, EKG unter Belastung Szintigraphie: Defekt in Ruhe, unter Belastung, Ortung CT: welche Gefäße sind involviert, Schweregrad der Stenose, Calcium-score
Patienten aus anderen Kliniken/Externe Zuweiser	Brief, Kontaktdaten des Arztes immer unabdingbar; Zuweisender Arzt im SAP-Verteiler eingeben
CTO (nie ad-hoc!)	<ul style="list-style-type: none"> CD besorgen / in Intellispace hochladen Vitalität und Ischämie Nachweis (Z.b. MRT, low-dose Dobu-Stress mit Besserung der Kontraktilität)? Patient aufklären über Notwendigkeit zweier art. Zugänge 2 Stunden einplanen, Monitorbett
OP / Chemo geplant / Thrombocytose / Thrombocytopenie	Indikation zum HK / Dringlichkeit / Möglichkeit DAPT klären
Zugangsweg	<ul style="list-style-type: none"> Strömungsgeräusch Leistengefäße / Allen-Test / Puls radial Z.n. pAVK / Periphere Gefäßeingriffe Bei abgeschwächtem Puls, Duplex vorhanden? Kinking, Spasmus bei Voruntersuchungen?

Patientenvorbereitung	
Immer leichte Kost (außer bei geplanter TEE), Hydratation gewünscht am Tag des HK (keine Kohlensäurehaltige Getränke)	
Rasieren	Beide Leisten, Unterarm Re.
Branüle	<ul style="list-style-type: none"> Braunüle legen (NICHT im Bereich der Radialis rechts) RHK: keine Branüle an der Ellenbeuge rechts.
Vorbefunde	Was muss dokumentiert werden
Infektionen (z.B. HIV, Hep), MRSA	Typ, Status (aktiv oder nicht, ggf. Antikörper)
Z.n. ACVB-OP	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der By-passes, Ziel-Gefäße dokumentieren. Befund besorgen oder explizit schreiben, dass es nicht verfügbar ist
Z.n. HK/PCI	<ul style="list-style-type: none"> Externe Untersuchungen: CD einspielen oder explizit schreiben, dass ein Film nicht verfügbar ist. Stentpass in der Patientenakte beilegen (falls schon vorhanden)
Stentpass	Wenn vorhanden, immer in die Akte!
Labor	Unabdingbar: Hb, TSH, Kreatinin, Kalium, CK/Troponin, Thrombozyten, Gerinnung
Transport	Mit Monitor nur nach RS mit HK OA
Therapie	Was muss beachtet werden
Antikoagulation	<ul style="list-style-type: none"> Dosis dokumentieren. Kein Bridging mit Heparin nötig. Letzte INR dokumentieren (NL bei Patienten mit Marcumar) Keine elektive Untersuchung bei INR>2.5 Antikoagulantien am Tag der Untersuchung pausieren
Metformin	<ul style="list-style-type: none"> Pause am Tag des HK bis zur Kreatinin-Kontrolle Nach HK Pause bis 7 Tage <u>NUR wenn Kreatinin >1.5mg/dl</u>
Allergie	<ul style="list-style-type: none"> Welche Medikamente, wie schwer (z.B. Z.n. Schock) Xylo/Lidocain-Allergie: epivacain bestellen
Hyperthyreose	<ul style="list-style-type: none"> Latente Hyperthyreose: Irenat 30 Tropfen 1-1-1 am Tag vor HK und 2 Wochen danach Manifeste Hyperthyreose: Indikation re-evaluieren
KIN-Prophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> Nach Schema. Bedarf wird nach Punktsystem entscheiden Vollständig dokumentieren, z.B.: „4 Punkte, KIN-Prophylaxe nicht notwendig“
Diuretika	Keine Gabe 4 Stunden vor HK.

KIN-Prophylaxe

Risikofaktoren	Punkte
Hypotonie	5
IABP	5
Herzinsuffizienz	5
Alter >75	4
Anämie	3
Diabetes	3
KM-Volumen	1 Punkt /100ml
Kreatinin >1.5mg/dl oder GFR <60ml/min/1.73mq	4 2 für GFR 40-60 4 für 20-40 6 für <20

Indikation zur Prophylaxe:

Punkte	KIN-Risiko	Dialyse-Risiko
<5	7.5%	0.04%
6-10	14%	0.12%
11-16	26%	1.09%
>16	57%	12.6%

Mainzer Empfehlungen KIN-Prophylaxe	
Risikoeinschätzung	Score anwenden
Basismaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinische/ hämodynamische Stabilisierung soweit möglich ▪ Keine NSAID, Diuretika wenn möglich ▪ Statintherapie bei ACS einleiten ▪ Metformin am Tag des HK und nach KM-Gabe pausieren ▪ KM Menge begrenzen (ALARA-Prinzip) ▪ Kurzlieger Patienten: Branüle im HK am HK-Tag, KIN-Prophylaxe auf Station
Hydrierung	3 Stunden vor KM-Gabe bis 12 Stunden danach: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Herzinsuffizienz: Sterofundin 1 ml/kg/h i.v. (max 100 ml/h) bei Hyperkaliämie: NaCl 0.9. ▪ Manifeste Herzinsuffizienz: Sterofundin 0.3 ml/kg/h i.v.
KM-Menge im HKL	Maximale Dosis (in ml): 3x Körpergewicht. Wenn Überschritten, IMMER Hydrierung nach Protokoll
Überwachung	Kontrolle von Kreatinin 6 Stunden nach HK

KIN einsetzen, ACE-Hemmer / AT2 Blocker 1 Tag vor HK absetzen

KIN einsetzen, ACE-Hemmer / AT2 Blocker 1 Tag vor HK absetzen

KIN einsetzen, ACE-Hemmer / AT2 Blocker 1 Tag vor HK absetzen