

Vorgehen bei Atemwegsinfektionen

Risikopatient erkennen

- gelblich-grünliche versus wässrige Rhinorrhoe
- produktiver versus trockener Husten
- pulmonale Rasselgeräusche / Giemen
- Fieber / reduzierter AZ
- Tachypnoe / Dyspnoe

Elektive OP (ausser ORL)

URTI → OP DURCHFÜHREN

- OP absagen bei schlechtem AZ und je jünger der Patient ist
- Wässrige Rhinorrhoe ohne zusätzliche Symptome stellt keine absolute Kontraindikation für eine elektive OP dar.

LRTI → GROSSZÜGIG OP ABSAGEN

- v.a. je jünger die Patienten und je grösser / länger die OP und falls zusätzliche Risikofaktoren vorhanden sind
- trockener Husten ohne zusätzliche Symptome stellt keine absolute Kontraindikation für eine elektive OP dar.
- Rücksprache mit Operateur (OP-Dringlichkeit?)
- Neuer OP-Termin: mind. **2 Wochen** nach Abklingen der Symptome **zuwarten** für neuen Termin
- bei Giemen/trockenen Atemgeräuschen OP absagen; ggf. Zuweisung in pneumologische Sprechstunde

ORL-OP (AT, TE, Paracentese)

GROSSZÜGIG OP DURCHFÜHREN:

- rezidivierende Atemwegsinfekte, sehr kleines freies Intervall
- OP häufig therapeutisch!

PRÄOPERATIVE PROPHYLAXE:

- Oxymetazolin (Nasivin®) Nasentropfen
 - < 1. LJ: Nasivin® 0.01% 1-2 Trpf./Seite
 - 1.-6. LJ: Nasivin® 0.025% 1-2 Trpf./Seite
 - > 6. LJ: Nasivin® 0.05% 1-2 Trpf./Seite
- Xylometazolin (Rinosedin®) Nasentropfen (in AWS/OP)
 - 1.-6. LJ: Rinosedin® 0.05% 1-2 Trpf./Seite
 - > 6. LJ: Rinosedin® 0.1% 1-2 Trpf./Seite
- Salbutamol-Inhalationen:
 - 1 ml + 3 ml NaCl 0.9% (sofort/über Nacht 6 stündlich.)

ABSAGEN WENN:

- Körpertemperatur > 38.5 ° C
- Reduzierter Allgemeinzustand

Notfall-OP/ Dringende OP

PERIOPERATIVE PROPHYLAXE:

1. 1Präoperativ

- Oxymetazolin (Nasivin®) Nasentropfen
 - < 1. LJ: Nasivin® 0.01% 1-2 Trpf./Seite
 - 1.-6. LJ: Nasivin® 0.025% 1-2 Trpf./Seite
 - > 6. LJ: Nasivin® 0.05% 1-2 Trpf./Seite
- Xylometazolin (Rinosedin®) Nasentropfen
 - 1.-6. LJ: Rinosedin® 0.05% 1-2 Trpf./Seite
 - > 6. LJ: Rinosedin® 0.1% 1-2 Trpf./Seite
- Salbutamol-Inhalationen: 1 ml + 3 ml NaCl 0.9%
(sofort / über Nacht 6 stdl.)

2. Intraoperativ

- Maske > LMA > ITN bevorzugen
- Sevofluran/ Ketamin bevorzugen
- Ausreichende Anästhesietiefe
- Güdel früh einsetzen (Nasensekretobstruktion/ - dislokation)
- Sekrete absaugen
- Wach-Extubation (v.a. Säuglinge und Kleinkinder)

3. Postoperativ

- Inhalationstherapie fortführen
- NSAR zur Analgesie (abschwellende Wirkung)
- Atemphysiotherapie bei zusätzlichen Risikofaktoren

Definition

URTI (Upper Respiratory Tract Infection):

= akute Infektion der oberen Atemwege
Rhinitis, Sinusitis, Otitis, Pharyngitis, Laryngitis, Tonsillitis

Symptome: Rhinorrhoe u/o verstopfte Nase, Ohren-, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Heiserkeit

LRTI (Lower Respiratory Tract Infection):

= akute Infektion der unteren Atemwege
Tracheitis, Bronchitis, Bronchiolitis, Alveolitis, Pneumonie, Laryngotracheitis subglottica (Pseudocroup)

Symptome: Husten (produktiv/trocken/bellend)

Bedeutung für die Anästhesie

Deutlich erhöhte perioperative Morbidität

(PRAE = perioperative respiratory adverse events)

- Laryngospasmus	16% vs. 2.5%
- Bronchospasmus	11% vs. 1.5%
- SpO ₂ -Abfall	10.5% vs. 6%
- Husten	11.5% vs. 4.5%
- Atemwegsobstruktion / Postextubationsstridor	

Patienten mit URTI: Sensibilisierung der unteren Atemwege → erhöhte Morbidität. Daher bei URTI und Allgemeinanästhesie präoperative Salbutamol-Inhalation.

Ätiologie

URTI

90-95% Viren	Rhinovirus, RSV, Parainfluenzavirus, Adenovirus, Influenzavirus
5-10% Bakterien	β-hämolyt. Streptococcus A, Ch. pneumoniae, M. pneumoniae

CAVE Bakterielle Superinfektion nach viralem Infekt

LRTI

Je nach Krankheitsbild Viren (RSV, Influenzavirus, Human metapneumovirus) oder Bakterien (Haemophilus influenzae Typ B, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae)

Epidemiologie

- RTI-Inzidenz bei Kindern nicht klar definiert ABER gesunde Kinder haben **6-8 RTI pro Jahr!**
- Tröpfchenübertragung und Übertragung durch Kontakt mit infizierten Sekretionen → **HÄNDEHYGIENE!**

Wichtig

Wird ein Patient bei der Prämedikation / Eintritt abgesagt, muss die OPANKO informiert werden:
Angabe der Ursache und ab wann Wiedereintritt möglich (→ gesund + 2 Wochen = in ca. 3-4 Wochen).

CAVE

Elektiveingriffe bei Patienten mit kürzlich, in der Nacht davor oder aktuell bellendem Husten (Pseudocroup) sollen auch bei gutem AZ verschoben werden, ungeachtet, ob Maskennarkose, LMA oder Sedation geplant ist.

CAVE

LKG + Rhinorrhoe → immer Operateur informieren, sobald Symptom bekannt. Mit medikamentöser Prämedikation abwarten bis Operateur Patienten für OP freigegeben hat.