

Gäller för: Verksamhet Ortopedi

Innehållsansvar: Malin Carling, (malan30), Överläkare

Granskad av: Fariba Baghaei Borzabadi, (farba3), Överläkare

Godkänd av: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-20

Giltig till: 2027-10-01

# Seponering av antikoagulantia, ADP-hämmare, ASA och NSAID inför elektiva ingrepp

## Förändringar sedan föregående version

2025-03-30 Förändringar i text under rubrik "Ansvar" samt under rubrik "Återinsättning" där bla antal timmar innan återinsättning har ändrats.

Benämning NOAK borttagen då denna är på väg bort och istället används enbart benämning DOAK (Direkta Orala Antikoagulantia).

2022-03-25. Den nya rutinen har jämförts med den gamla en uppdatering med ny forskning angående de antikoagulantia som funnits ett tag samt tillägg av s.k. DOAK, de direktverkande antikoagulantia som finns tillgänglig på marknaden. Ersätter även tidigare rutin 27224 gällande behandling med Waran och Marcumar.

## Bakgrund och syfte

Många läkemedel påverkar koagulationen. För en del läkemedel är detta den önskade effekten medan det hos andra är en biverkan. I samband med elektiv kirurgi behöver operatören ta ställning till behovet av att sätta ut läkemedlet för att minska risken för blödning i samband med kirurgi. Hänsyn måste samtidigt tas till risken för tromboembolisk händelse när läkemedlet sätts ut. Elektiv kirurgi skall undvikas vid nyligen genomgången tromboembolisk händelse, exempelvis DVT eller hjärtinfarkt.

Läkemedel kan påverka den primära eller den sekundära hemostasen. Trombocythämmare och NSAID, dock ej COX2-hämmare, påverkar den

primära hemostasen medan Direkta Orala Antikoagulantia (DOAK) samt lågmolekulära hepariner (LMH), påverkar den sekundära hemostasen

Syftet med rutinen är att underlätta för inskrivande läkare avseende läkemedel som behöver seponeras inför elektiv operation med protesförsörjning.

## Utförande

I samband med elektiv ortopedisk operation rekommenderas seponering av vissa läkemedel för optimering inför operation. Det är inskrivande läkare som ansvarar för att patienten får information om vilka läkemedel det handlar om och undersöker behov av ersättningsprofylax.

## Ansvar

Det åligger operatören att förvissa sig om att patienten är operabel med hänsyn till koagulation. Om antikoagulationen bedöms för kraftig åligger det operatören att uppskjuta operationen tills åtgärder vidtagits för att säkra hemostasen. Operatören ansvarar också för att antikoagulationen postoperativt är rimlig ur blödningsrisksynpunkt

## Trombocythämmare

Ticagrelor (Brilique)	5 dagar. OBS! Konsultera kardiolog då det finns en hög risk för ny tromboembolisk händelse.
Prasugrel (Efient)	7 dygn. OBS! Konsultera kardiolog då det finns en hög risk för ny tromboembolisk händelse.
Klopidogrel (Plavix)	5 dagar. Vid singelbehandling och låg blödningsrisk vid kirurgi kan man avstå utsättning.
ASA (Trombyl)	Ej behov av utsättning, endast om högriskkirurgi med hög risk för blödning och blödningskomplikationer.
Cilostazol (Pletal)	4 dagar

## NSAID

Tenoxikam (Alganex)	14 dagar
Piroxikam (Brexidol)	14 dagar
ASA (mot värk)	7 dagar
Naproxen	4 dagar
Ketoprofen (Orudis)	2 dygn

Diklofenak (Voltaren)	1 dygn
Ibuprofen	1 dygn

COX-2-hämmare påverkar inte trombocytfunktionen och behöver inte sättas ut.

## Waran/Warfarin (AVK-läkemedel)

Waran- Kontakta AK-mottagningen för utsättningsinstruktioner och eventuellt behov av överbryggande behandling med LMH.

## DOAK

DOAK utsöndras, i olika grad, renalt. Kontrollera därför eGFR inför kirurgi.

Vid eGFR >30 och större ortopedisk kirurgi.

Apixaban (Eliquis)	2 dygn
Rivaroxaban (Xarelto)	2 dygn
Dabigatran (Pradaxa)	2 dygn
Edoxaban (Lixiana)	2 dygn

Vid lågriskingrepp räcker utsättning 1 dygn.

Vid eGFR <30 utsättning 3 dygn innan för Eliquis, Xarelto och Lixiana, 4 dygn för Pradaxa.

## Återinsättning

Återinsättning av läkemedel bedöms av operatör och skall dokumenteras i journal. DOAK samt trombocythämmare ger full effekt efter 2–4 timmar. För Waran tar det några dagar innan patienten har fullgott skydd. Det kan finnas behov av överbryggande behandling med LMH men detta beslutas i samråd med AK-mottagning.

Patienter som står på DOAK som långtidsbehandling vid förmaksflimmer eller tidigare VTE kan få sin ordinarie behandling som trombosprofylax efter kirurgi.

Lågriskkirurgi	Tidigast 12 timmar efter kirurgi
Standardriskingrepp	Tidigast 24 timmar efter kirurgi

Högrisk-patient, -kirurgi      Profylax med LMH postoperativt.  
Återinsätt DOAK vid god hemostas.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior vid koppling till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

## Relaterad information

[”Kliniska råd NOAK \(DOAK\)”](#) Svenska sällskapet för trombos och hemostas <http://ssth.se>

[”Venös tromboembolism och antikoagulantibehandling hos vuxna och vid graviditet”](#), Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen, [Terapigrupp Blod](#)

[”Preoperativ utsättning av läkemedel som påverkar hemostasen”](#).  
Läkartidningen nr 37 2011, volym 108.

[”Hantering av trombocythämmare i samband med kirurgi”](#).  
Läkartidningen nr 6 2013, volym 110.

[”Kliniska råd vid kirurgi och blödning under behandling med perorala trombocythämmare”](#) Svenska sällskapet för trombos och hemostas <http://ssth.se>

## Arbetsgrupp

*Innehållsansvarig*

Malin Carling, Överläkare, Verksamhet Ortopedi, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset

*Innehållsgranskare*

Fariba Baghaei, Överläkare. Läkare Koagulationscentrum, Verksamhet  
specialistmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Ortopedi

**Innehållsansvar:** Malin Carling, (malan30), Överläkare

**Granskad av:** Fariba Baghaei Borzabadi, (farba3), Överläkare

**Godkänd av:** Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9809-955733808-42

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2026-03-20

**Giltig till:** 2027-10-01