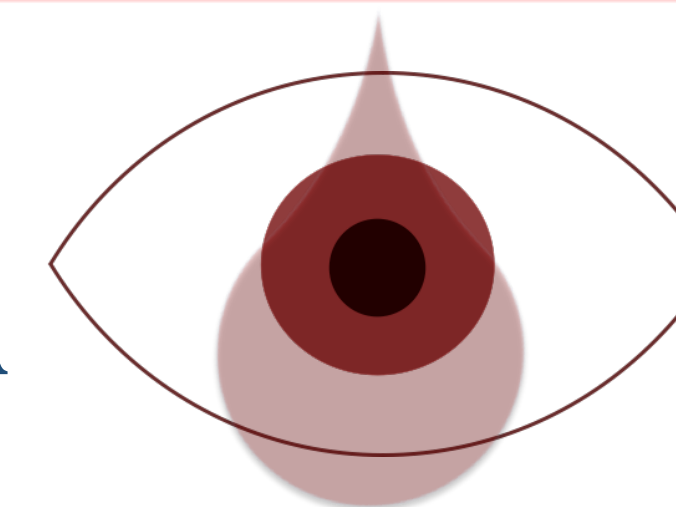


## ¿EL OJO NO SANGRA? ANTICOAGULACIÓN Y CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA



El ojo... ¿Puede sangrar?

- Se considera **cirugía de alto riesgo** si presenta un riesgo de sangrado > de 1,5%... Lo que incluye cirugías como intracraneal, intratorácica... y la **cirugía oftalmológica**.

Pero, ¿tienen todas el mismo riesgo? ¿Suspendo o no el tratamiento?

### I CATARATAS

- Con la facoemulsificación, cirugía cada vez más segura (frente a extracapsular).
- Aumenta el riesgo si anestesia retro o peribulbar... la mayor parte se hace con **anestesia tópica**
- No suspender** antiagregantes (AAS) ni anticoagulantes (ACOs).

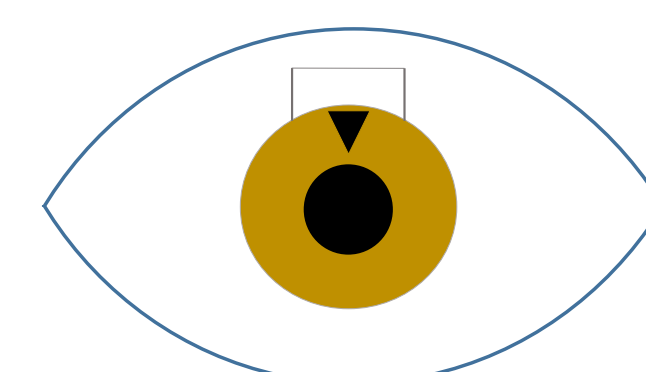


VS

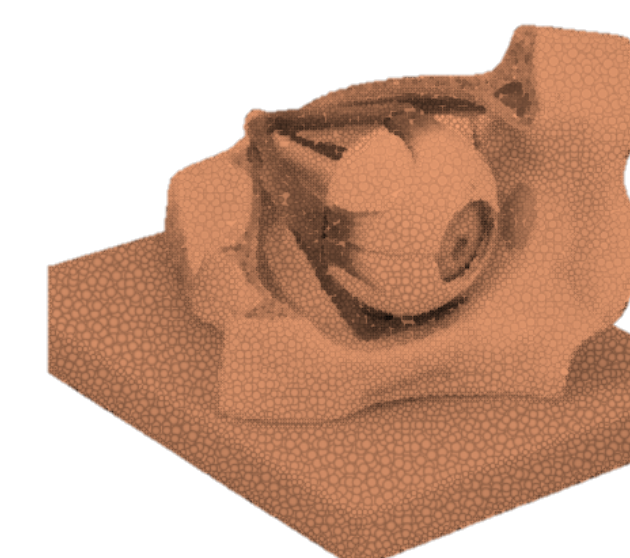
VS

### II VITREO-RETINA

- Riesgo aumentado: anestesia orbitaria (peri-retrobulbar): **aumenta el riesgo hasta 1%**
- Los procedimientos retinianos (cerclajes para un desprendimiento) aumentan riesgo de sangrado **PER SE**.
- No suspender** antiagregantes (AAS)...
- Personalizar en caso de **ACOs**: se podrían mantener, aunque cirugías como desprendimiento de retina o retinopatía diabética **AUMENTAN RIESGO DE SANGRADO**.



Da igual "trabe" una válvula, la cirugía de glaucoma, ¡sangra!



### V ESTRABISMO Y CÓRNEA

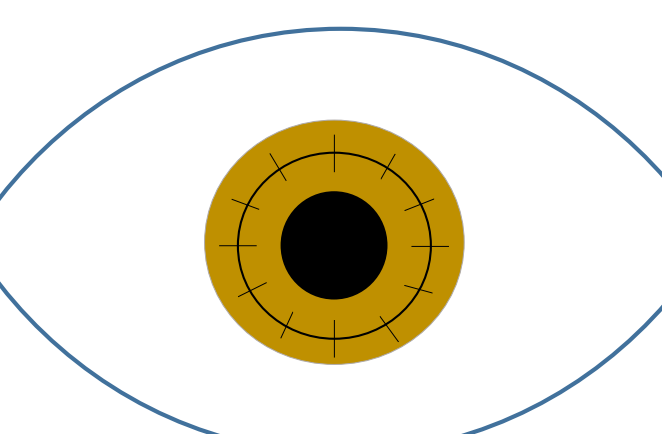
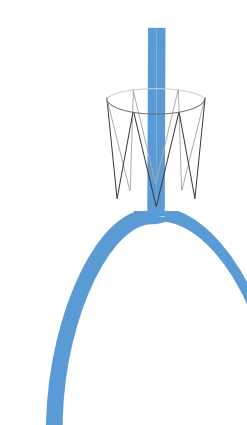
- Personalizar en cada caso: en general, riesgo bajo para estrabismo...
- ... Mayor riesgo para trasplantes de córnea (total o parcial), pero en general riesgo bajo.
- AAS**: se puede mantener.

Entonces... ¿qué hago con los ACOs?

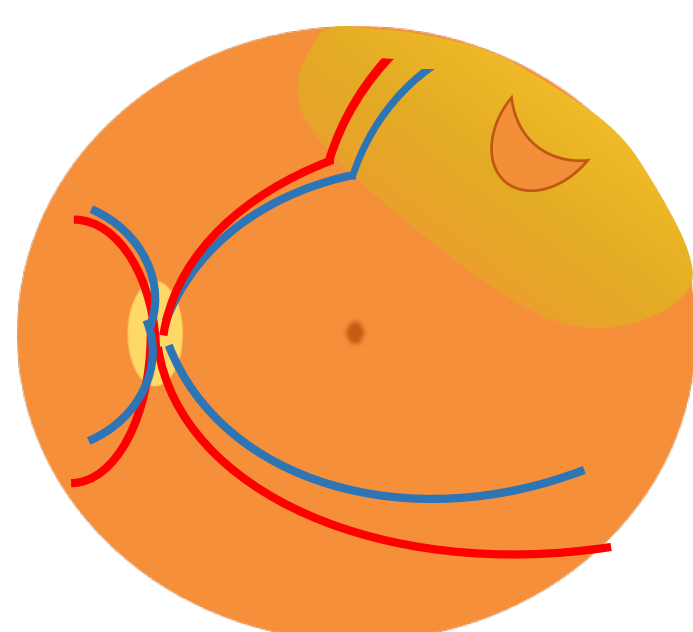
- Si bajo riesgo de sangrado y bajo riesgo de trombosis... **do not move!**
- Si alto riesgo de sangrado y riesgo medio o bajo de trombosis: **STOP ACOs!**
  - Terapia puente: según algunas series, no disminuye significativamente el riesgo de sangrado y **sí aumento de riesgo de trombosis**.

¿Terapia puente... para quién?

- Se recomienda en pacientes con **alto riesgo de trombosis**:
- Índice de CHA2-DS2-VASc >6 puntos, ictus o AIT < 3 meses, para la fibrilación auricular.
- Tromboembolismo venoso de menos de tres meses, trombofilia severa, anticuerpos antifosfolípidos, o déficit de proteína C, S o antitrombina.
- Cualquier válvula mitral mecánica, válvulas jaula/bola o de disco, mitral o aórtica, y con ictus o AIT < 6 meses.



Tantos tipos de queratoplastias como capas de la córnea



La retina, ya desprendida

### III GLAUCOMA

- CIRUGÍA DE RIESGO** + riesgo por técnica anestésica.
- No suspender AAS**: sangrado con buen pronóstico visual (y funcional de la cirugía).
- Suspender ACOs**: riesgo elevado de sangrado con mal pronóstico.

#### Bibliografía

- Baron TH, Kamath PS, McBane RD. Management of antithrombotic therapy in patients undergoing invasive procedures. *N Engl J Med*. 2013;368:2113-2124.
- Kong K-L, Khan J. Ophthalmic patients on antithrombotic drugs: a review and guide to perioperative management. *Br J Ophthalmol*. 2014;1-6.
- Grzybowski A, Ascaso FJ, Kupidura-Majewski K, Packer M. Continuation of anticoagulant and antiplatelet therapy during phacoemulsification cataract surgery. *Curr Opin Ophthalmol*. 2015;26(1):28-33.
- Kiire CA, Mukherjee R, Ruparelia N, et al. Managing antiplatelet and anticoagulant drugs in patients undergoing elective ophthalmic surgery. *Br J Ophthalmol*. 2014;98:1320-1324.
- Kemp PS, Larson S a, Drack A V. Strabismus surgery in patients receiving warfarin anticoagulation. *J AAPOS*. 2014;18:84-86.
- Grzybowski a., Packer M. Anticoagulant and antiplatelet therapy during ocular surgery. *Br J Ophthalmol*. 2014;98:1137-1138.