

**Centro UC**  
Evidencias



**INFORME DE SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES**  
Guía de Práctica Clínica Tratamiento Quirúrgico de Cataratas -  
2017

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
MÉTODOS.....	2
Formato de la Tabla SoF.....	3
RESULTADOS .....	4
<b>PREGUNTA 1 - CIRUGÍA VERSUS CONTROL EN NIÑOS CON CATARATA Y RIESGO DE AMBLIOPÍA .....</b>	<b>4</b>
<b>PREGUNTA 2 - SEGUNDA CIRUGÍA EN PACIENTES OPERADOS DE CATARATA.....</b>	<b>6</b>
<b>PREGUNTA 3 - LENTES DE CÁMARA ANTERIOR COMPARADO CON LENTES DE CÁMARA POSTERIOR (FIJADOS A IRIS O A ESCLERA) EN PACIENTES OPERADOS DE CATARATAS SIN APOYO CAPSULAR .....</b>	<b>9</b>
<b>PREGUNTA 4 - CIRUGÍA DE CATARATA CON O SIN VITRECTOMÍA .....</b>	<b>11</b>
<b>PREGUNTA 5 - TAMIZAJE VISUAL EN NIÑOS .....</b>	<b>14</b>

## INTRODUCCIÓN

La síntesis de evidencia constituye una etapa fundamental dentro del desarrollo de una guía de práctica clínica. Tanto la realización de metanálisis como la elaboración de tablas *Summary of Findings* (Resumen de resultados) con el método Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) requieren de profesionales con experticia en estadística y epidemiología clínica y transferencia del conocimiento.

A solicitud del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), el Centro de Evidencia UC (CEUC) llevó a cabo el análisis de la evidencia científica recopilada a través de la plataforma Living Overview of the Evidence de Epistemonikos (<https://love.epistemonikos.org/#/diseases/cataract/about>), para proceder a su síntesis y luego a la elaboración de tablas *Summary of Findings Tables* con el método GRADE.

Se recibió un total de 5 preguntas, las cuales fueron entregadas por parte del MINSAL, provenientes del trabajo previo entre el equipo metodológico y de expertos temáticos convocados con dicho propósito.

## MÉTODOS

La elaboración de las tablas de evidencia se genera de forma estandarizada y replicable siguiendo la siguiente secuencia.

- 1- **Análisis de preguntas y obtención de texto completo de artículos incluidos:** Se analizaron las preguntas y se realizaron sugerencias de mejoras que fuesen pertinentes en aras de resguardar la calidad del proceso. Se revisaron todos los estudios primarios identificados en la búsqueda (aleatorizados si es que estos son suficientes) y se obtuvieron los textos completos de los artículos relevantes para realizar la síntesis de evidencia.
- 2- **Extracción de datos.** Para este proceso se utilizó una planilla estándar adecuada para este proyecto específico. Los datos se extrajeron de dos fuentes diferentes (por duplicado), como resguardo para la minimización de errores y sesgo:
  - a. *Extracción desde revisiones sistemáticas:* Se extrajeron los datos directamente desde las revisiones sistemáticas que reporten haber encontrado y analizado en los estudios primarios. Por ejemplo, desenlaces, riesgo de sesgo de los estudios primarios y datos necesarios para reconstruir un metanálisis. Estos datos se procesaron a través del programa RevMan.
  - b. *Se extrajo la misma información directamente desde los estudios primarios.*En caso de encontrarse discrepancias de los datos, estas fueron resueltas a través de un análisis de la situación y acuerdo entre a lo menos dos miembros del equipo del proyecto.
- 3- **Evaluación del riesgo de sesgo de estudios incluidos.** La evaluación del riesgo de sesgo se realizó en duplicado:
  - a. Analizando las evaluaciones de riesgo de sesgo descritas por las revisiones sistemáticas.

- b. Evaluando directamente a través de una metodología estandarizada, validada y reproducible el riesgo de sesgo de cada estudio primario incluido.

Los detalles de estas evaluaciones se consignaron en plantilla específica para ese propósito.

- 4- **Metanálisis.** Cada vez que fuese factible se generó un metanálisis con la información extraída de los estudios primarios y las revisiones sistemáticas. Éste se confeccionó a través de un procedimiento estándar y validado, utilizando el software RevMan.
- 5- **Tabla resumen de evidencia (Summary of findings - SoF).** Se construyó una tabla de resumen con los principales resultados de la revisión de la evidencia para cada pregunta definida. Esta tabla se elaboró de acuerdo a los requerimientos del MINSAL, es decir, utilizando como base la metodología GRADE.  
Se adjuntó un formato sugerido, basado en los últimos artículos del método GRADE y evaluación de experiencia de usuarios. El MINSAL tomó la decisión final de qué formato seleccionar.  
Las tablas SoF fueron desarrolladas por el equipo de CEUC y cada una de ellas fue verificada por un investigador senior con vasta experiencia en el desarrollo de estos instrumentos. Todos los cálculos matemático-estadísticos serán realizados a través de los programas RevMan y GRADE.
- 6- **Tabla GRADE a formato GDT GRADE pro.** Una vez terminadas las tablas de evidencia GRADE en el formato definido en el paso previo, se generará su equivalente en el software GDT GRADE pro, manteniendo todos los datos destacados por el solicitante.

## FORMATO DE LA TABLA SoF

La tabla se desarrolló en español y con siguiente formato:

- Primera columna: Desenlaces.
- Segunda columna: Efecto relativo y su intervalo de confianza 95%, número de participantes y número de estudios.
- Tercera columna: Efecto absoluto esperado en el grupo SIN la intervención expresado como frecuencia natural por 1.000 individuos.
- Cuarta columna: Efecto absoluto esperado en el grupo CON la intervención expresado en frecuencia natural por 1.000 individuos.
- Quinta columna: Diferencia absoluta esperada entre el grupo SIN y CON la intervención expresado en frecuencia natural por 1.000 individuos más su correspondiente intervalo de confianza 95%.
- Sexta columna: evaluación de la certeza de la evidencia siguiendo el método GRADE.
- Séptima columna: mensaje clave respecto del efecto de la intervención.

Si la certeza de la evidencia es distinta de ALTA, se incluyó una nota al pie de la tabla explicando claramente el criterio que se usó para disminuirla.

## RESULTADOS

### PREGUNTA 1 - CIRUGÍA VERSUS CONTROL EN NIÑOS CON CATARATA Y RIESGO DE AMBLIOPÍA

**Pregunta solicitada:** En niños con diagnóstico de cataratas y riesgo de ambliopía, ¿Se debe hacer cirugía, en lugar de mantener sólo en control?

#### Análisis de los componentes de la pregunta en formato PICO

##### **Población**

Catarata

↳ Catarata con riesgo de ambliopía

Subgrupo: Niños

##### **Intervención**

Cirugía

##### **Comparación**

Control

##### **Desenlace (outcome)**

Agudeza visual

#### Resumen de la evidencia identificada

Se identificó una revisión sistemática que responde la pregunta de interés, la cual no concluyó que no existían estudios confiables (aleatorizados estudios atingentes. Sin embargo, se trata de una revisión antigua, que fue reemplazada por una versión más nueva que solo se centró en la terapia de oclusión, posterior a la cirugía, por considerar esta última como un tratamiento estándar dentro del manejo de los niños en alto riesgo de ambliopía por privación de estímulos.

Se extendió la búsqueda a través de síntesis amplia, guías clínicas y cross-reference de las referencias relevantes identificados en estos [2-5], sin encontrar ningún estudio comparativo que permita estimar el efecto de estas intervenciones.

#### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisión Sistemática	1 [1]
Estudios primarios	0

Ver resultados de "[Cataract](#)" en plataforma L-OVE

#### Estimador del efecto

No aplica

#### Metanálisis

No aplica

## Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

CIRUGÍA VERSUS CONTROL EN NIÑOS CON CATARATA Y RIESGO DE AMBLIOPÍA			
<b>Pacientes:</b> Niños con catarata y riesgo de ambliopía <b>Intervención:</b> Cirugía <b>Comparación:</b> Control			
Desenlaces	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
<b>Impacto clínico</b>	Se encontró una revisión sistemática [1] que no encontró estudios para responder la pregunta.	--	--

GRADE: grados de evidencia del GRADE Working Group (ver más adelante).

**Fecha:** 12/11/2017

### Referencias

1. Hatt S, Antonio-Santos A, Powell C, Vedula SS. Interventions for stimulus deprivation amblyopia. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;(3):CD005136. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2014;2:CD005136. PubMed PMID: 16856079; PubMed Central PMCID: PMC4257702.
2. Rowe FJ, Elliott S, Gordon I, Shah A. A review of Cochrane systematic reviews of interventions relevant to orthoptic practice. Strabismus. 2017;25(3):1-11.
3. West S, Williams C. Amblyopia. BMJ Clin Evid. 2011 Jun 30;2011. pii: 0709.
4. Royal College of Ophthalmologists. Guidelines for the Management of Amblyopia. Search. 2007;(20):1-10.
5. National Guideline Clearinghouse (NGC). Comprehensive pediatric eye and vision examination. 2017;

## PREGUNTA 2 - SEGUNDA CIRUGÍA EN PACIENTES OPERADOS DE CATARATA

**Pregunta solicitada:** En pacientes operados de cataratas de 1 ojo, con anisometropía mayor a 3 dioptrías y cataratas con agudeza visual > a 0,3 ¿Se debe realizar cirugía en comparación a no realizar?

### Análisis de los componentes de la pregunta en formato PICO

#### Población

Catarata operada en un ojo

↳ Catarata operada en un ojo con anisometropía (> 3 dioptrías) y agudeza visual > a 0,3

#### Intervención

Segunda cirugía

#### Comparación

No operar

#### Desenlace (outcome)

Agudeza visual, calidad de vida, conducción, caídas.

### Resumen de la evidencia identificada

No se identificó evidencia para la pregunta específica, por lo cual se amplió la búsqueda a cualquier paciente operado de catarata de un ojo, identificando dos revisiones sistemáticas [1-2] que incluyen 17 estudios primarios, de los cuales 3 son ensayos aleatorizados [3-5].

### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisión Sistemática	2 [1-2]
Estudios primarios	3 aleatorizados [3-5]

Ver resultados de "[Cataract](#)" en plataforma L-OVE

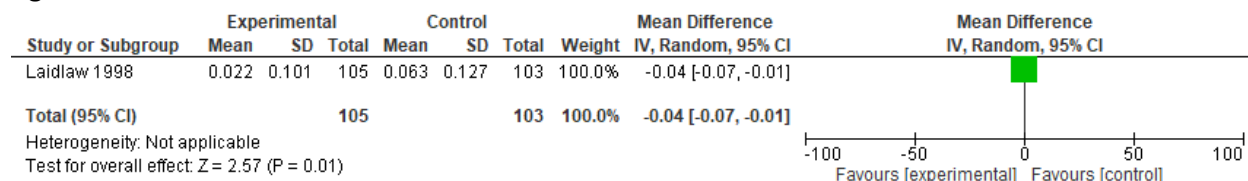
### Estimador del efecto

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia ([Cirugía de catarata de segundo ojo](#)). Si bien ambas revisiones sistemáticas identificadas incluyen los estudios primarios relevantes, ninguna de ellas entrega la información necesaria, por lo que se rehizo el metanálisis.

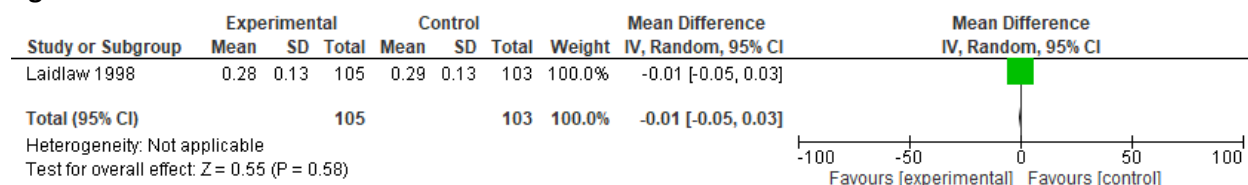
Se realizó un análisis de cada ensayo aleatorizado: el primer ensayo [3] compara el realizar cirugía en ambos ojos con solo en uno, y los otros dos [4-5] incluyen pacientes ya operados de un ojo que se aleatorizaron a ser operados precozmente versus tardíamente (quedar en lista de espera). Debido a esto, se decidió excluir el primer ensayo [3] y analizar solo los dos restantes [4-5], ya que entregan información más directa para la pregunta solicitada. Solo uno de estos ensayos presentaba los datos necesarios, por lo que se confeccionó la tabla en base a este [5].

## Metanálisis

### Agudeza visual a distancia



### Agudeza visual de cerca



## Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

SEGUNDA CIRUGÍA EN PACIENTES OPERADOS DE CATARATA						
<b>Pacientes:</b> Pacientes operados de catarata de un ojo						
<b>Intervención:</b> Segunda cirugía precoz del otro ojo						
<b>Comparación:</b> Segunda cirugía tardía del otro ojo						
Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		CON cirugía tardía	CON cirugía precoz	Diferencia (IC 95%)		
<b>Agudeza visual a distancia</b>	-- (1 ensayo / 208 pacientes) [5]	0,063 log MAR	0,022 log MAR	DM: 0,04 unidades log MAR menos (- 0,07 a - 0,01)	⊕⊕⊕○ Moderada <sup>1</sup>	La cirugía del otro ojo en probablemente hace poca o nula diferencias en la agudeza visual a distancia.
<b>Agudeza visual de cerca</b>	-- (1 ensayo / 208 pacientes) [5]	0,29 log MAR	0,28 log MAR	DM: 0,01 unidades log MAR menos (- 0,05 a 0,03)	⊕⊕⊕○ Moderada <sup>1</sup>	La cirugía del otro ojo en probablemente hace poca o nula diferencias en la agudeza visual de cerca.

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

DM: Diferencia de medias.

GRADE: grados de evidencia del GRADE Working Group (ver más adelante).

El promedio **CON cirugía tardía** se estimó a partir del riesgo en el grupo control del ensayo. El riesgo **CON cirugía precoz** se calculó a partir de la diferencia de medias y su intervalo de confianza.

<sup>1</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, ya que es estudio único.

**Fecha elaboración de elaboración de la tabla: 12/02/2018**

## Referencias

1. Frampton G, Harris P, Cooper K, Lotery A, Shepherd J. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of second-eye cataract surgery: a systematic review and economic evaluation. Health technology assessment (Winchester, England). 2014;18(68):1-206



2. Ishikawa T, Desapriya E, Puri M, Kerr JM, Hewapathirane DS, Pike I. Evaluating the benefits of second-eye cataract surgery among the elderly. *Journal of cataract and refractive surgery*. 2013;39(10):1593-603.
3. Castells X, Comas M, Alonso J, Espallargues M, Martínez V, García-Arumí J, Castilla M. In a randomized controlled trial, cataract surgery in both eyes increased benefits compared to surgery in one eye only. *Journal of clinical epidemiology*. 2006;59(2):201-7.
4. Foss AJ, Harwood RH, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following second eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Age and ageing*. 2006;35(1):66-71.
5. Laidlaw DA, Harrad RA, Hopper CD, Whitaker A, Donovan JL, Brookes ST, Marsh GW, Peters TJ, Sparrow JM, Frankel SJ. Randomised trial of effectiveness of second eye cataract surgery. *Lancet (London, England)*. 1998;352(9132):925-9

### **PREGUNTA 3 - LENTES DE CÁMARA ANTERIOR COMPARADO CON LENTES DE CÁMARA POSTERIOR (FIJADOS A IRIS O A ESCLERA) EN PACIENTES OPERADOS DE CATARATAS SIN APOYO CAPSULAR**

**Pregunta solicitada:** En pacientes operados de cataratas sin apoyo capsular, ¿Se deben usar lentes de cámara anterior comparado con lentes de cámara posterior (fijados a iris o a esclera)?

#### **Análisis de los componentes de la pregunta en formato PICO**

**Población**

Catarata

**Intervención**

Lentes de cámara anterior

**Comparación**

Lentes de cámara posterior (fijados a iris o a esclera)

**Desenlace (outcome)**

Agudeza visual

#### **Resumen de la evidencia identificada**

No se encontró evidencia para responder la pregunta. Se extendió la búsqueda a través de síntesis amplia, guías clínicas y cross-reference de las referencias relevantes identificados en estos [1-5] sin encontrar ningún estudio comparativo que permita estimar el efecto de estas intervenciones.

#### **Tabla resumen de la evidencia identificada**

Revisión Sistemática	0
Estudios primarios	0

Ver resultados de "[Cataract](#)" en plataforma L-OVE

#### **Estimador del efecto**

No aplica

#### **Metanálisis**

No aplica

#### **Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)**

No aplica

**Fecha:** 12/11/2017

#### **Referencias**

1. Chang, Margaret A, Congdon, Nathan G, Baker, Shawn K, Bloem, Martin W, Savage, Howard, Sommer, Alfred. The surgical management of cataract: barriers, best practices and outcomes. International ophthalmology. 2008;28(4):247-260.

2. Health Quality Ontario. Intraocular lenses for the treatment of age-related cataracts: an evidence-based analysis. Ontario health technology assessment series. 2009;9(15):1-62.
3. Allen D. Cataract. BMJ clinical evidence. 2008.
4. Chang, Margaret A, Congdon, Nathan G, Baker, Shawn K, Bloem, Martin W, Savage, Howard, Sommer, Alfred. The surgical management of cataract: barriers, best practices and outcomes. International ophthalmology. 2008;28(4):247-260.
5. National, Guideline Alliance UK. "Cataracts in adults: management." (2017).

## PREGUNTA 4 - CIRUGÍA DE CATARATA CON O SIN VITRECTOMÍA

**Pregunta solicitada:** En niños con diagnóstico de cataratas, ¿Se debe hacer cirugía con vitrectomía, en comparación a realizar cirugía sin vitrectomía?

### Análisis de los componentes de la pregunta en formato PICO

**Población**

Catarata

Subgrupo: Niños

**Intervención**

Cirugía con vitrectomía

**Comparación**

Cirugía sin vitrectomía

**Desenlace (outcome)**

Agudeza visual, presencia de sinequias, edema macular clínicamente relevante

### Resumen de la evidencia identificada

Se identificó una revisión sistemática que incluye un estudio primario relevante para la pregunta, el cual corresponde a un ensayo aleatorizado.

### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisión Sistemática	1 [1]
Estudios primarios	1 [2]

Ver resultados de "[Cataract](#)" en plataforma L-OVE

### Estimador del efecto

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia ([Cirugía para catarata con vitrectomía anterior versus sin vitrectomía anterior](#)) considerando que ninguna revisión reporta los resultados individuales del ensayo, se decidió rehacer el análisis.

## Metanálisis

### Agudeza visual

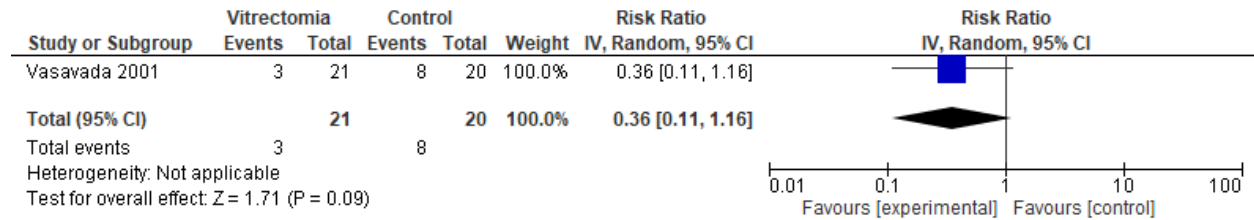
#### VITRECTOMY AND OPTIC CAPTURE IN CHILDREN

**Table 4A.** Visual acuity and contrast sensitivity in eyes with bilateral cataract with 1 eye in the vitrectomy group and fellow eye in the no-vitrectomy group.

Patient	Vitrectomy Group			No-Vitrectomy Group		
	Preop	Postop		Preop	Postop	
	VA	VA	C/S	VA	VA	C/S
1	20/120	20/80	43	20/200	20/80	28
2	PLPR + 4	20/20	49	PLPR + 4	20/20	20
3	20/200	20/60	70	CF, 1m	20/60	55
4	20/200	20/60	340	20/200	20/60	70
5	CF, 1m	20/60	NP	PLPR + 4	20/80	NP
6	PLPR + 4	20/30	78	PLPR + 4	20/30	78
7	20/80	20/60	55	20/120	20/60	24
8	20/200	20/40	370	20/200	20/30	70
9	20/120	20/40	70	CF, 2m	20/40	49
10	CF, 2m	20/60	NP	CF, 2m	20/60	NP
11	20/200	20/120	49	CF, 3m	20/120	24
12	20/200	20/60	270	20/200	20/60	62
13	20/200	20/60	110	PLPR + 4	20/60	55

VA = visual acuity; CS = contrast sensitivity; PLPR = perception of light with accurate projection; CF = counting fingers; NP = not possible

### Presencia de sinequias



## Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

CIRUGÍA DE CATARATA CON O SIN VITRECTOMIA						
<b>Pacientes:</b> Catarata <b>Intervención:</b> Vitrectomía adicional en cirugía de catarata <b>Comparación:</b> Cirugía de catarata sin vitrectomía						
Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		SIN vitrectomía	CON vitrectomía	Diferencia (IC 95%)		
<b>Agudeza visual</b>	El basal de agudeza visual del grupo de pacientes sin vitrectomía era peor que el grupo con vitrectomía, y en ambos grupos se obtuvieron resultados similares.				⊕○○○ Muy baja <sup>1,2</sup>	No está claro si adicionar vitrectomía a la cirugía de catarata mejora la agudeza visual porque la certeza de la evidencia es muy baja.
<b>Presencia de sinequias</b>	RR 0,36 (0,11 a 1,16)  (1 ensayo / 41 ojos) [2]	400 por 1000	144 por 1000	Diferencia: 256 ojos menos por 1000 (356 menos a 64 más)	⊕○○○ Muy baja <sup>1,2</sup>	No está claro si adicionar vitrectomía a la cirugía de catarata disminuye la presencia de sinequias porque la certeza de la evidencia es muy baja.
<b>Edema macular clínicamente relevante</b>	Este evento no se presentó en ninguno de los dos grupos.				--	--

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

RR: Riesgo relativo.

GRADE: grados de evidencia del GRADE Working Group (ver más adelante).

\*Los riesgos **CON cuidados paliativos tardíos** están basados en los riesgos del grupo control en los estudios. El riesgo **CON cuidados paliativos precoces** (y su intervalo de confianza) está calculado a partir del efecto relativo (y su intervalo de confianza).

<sup>1</sup> Se disminuyó dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión ya que la muestra total incluye sólo a 41 pacientes y a cada extremo del intervalo de confianza conlleva decisiones muy diferentes.

<sup>2</sup> Se disminuyó dos niveles de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que el estudio primario es incierta la secuencia de aleatorización, hay pérdida de datos no explicada y no fue ciego para pacientes y médicos

**Fecha elaboración de elaboración de la tabla: 12/11/2017**

Ensayo	Secuencia de aleatorización	Ocultamiento de secuencia	Ciego de pacientes o médicos	Ciego evaluadores	Seguimiento	Reporte selectivo	Otros
Vasavada 2001	Unclear	Low	High	Unclear	High	Low	Low

## Referencias

1. Long V, Chen S, Hatt S. Surgical interventions for bilateral congenital cataract. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006;3(3):CD003171.
2. Vasavada AR, Trivedi RH, Singh R. Necessity of vitrectomy when optic capture is performed in children older than 5 years. Journal of cataract and refractive surgery. 2001;27(8):1185-93.

## PREGUNTA 5 - TAMIZAJE VISUAL EN NIÑOS

**Pregunta solicitada:** En niños menores de 5 años, ¿Se debe realizar tamizaje visual, en comparación a no realizar tamizaje?

### Análisis de los componentes de la pregunta en formato PICO

**Población**

Niños

**Intervención**

Tamizaje visual

**Comparación**

No hacer tamizaje

**Desenlace (outcome)**

Impacto clínico, exactitud diagnóstica

### Resumen de la evidencia identificada

Se identificaron 3 revisiones sistemáticas relevantes, las cuales incluyeron múltiples estudios, pero solo un ensayo aleatorizado relevante para la pregunta de interés.

### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisión Sistemática	3 [1-3]
Estudios primarios	1 ensayo aleatorizado [4]

Ver resultados de "[Cataract](#)" en plataforma L·OVE

### Estimador del efecto

Ninguna de las revisiones ni estudios comparó la realización de screening vs la no realización de este. Sin embargo, un ensayo evaluó una pregunta relacionada, la cual se consideró como evidencia indirecta para informar esta pregunta. Este ensayo (4) fue incluido en todas las revisiones identificadas. Se utilizó la información entregada en la revisión más completa (1) y reciente para confeccionar la tabla de resumen de resultados.

### Metanálisis

No aplica

## Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

SCREENING VISUAL EN MENORES DE 5 AÑOS				
<b>Pacientes:</b> Niños menores de 5 años <b>Intervención:</b> Tamizaje visual <b>Comparación:</b> No realización de tamizaje visual				
Desenlaces	Nº de ensayos y pacientes	Efecto relativo (IC 95%) Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
<b>Desenlaces clínicos</b>	-- (1 ensayo / 3519 pacientes) [4]	El único ensayo no midió desempeño escolar, funcionalidad ni calidad de vida  En el grupo intervención hubo menor incidencia de ambliopía (0,6% vs 1,8%; RR 0,35, IC 0,15 a 0,86), menos ambliopía residual en los niños tratados con oclusión (OR 4,11; IC 1,04 a 16,29) y una mejor agudeza visual promedio en el peor ojo luego del tratamiento con parche ocular (0,15 vs 0,26 ; P < 0,0001)	⊕⊕⊕○ Moderada <sup>1,2</sup>	La realización de screening visual antes en niños menores de 5 años probablemente lleva a beneficios clínicos.

**IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%.

**OR:** Odds ratio

**RR:** Riesgo relativo

**GRADE:** grados de evidencia del GRADE *Working Group* (ver más adelante).

\*Diferencia interocular en agudeza de 0,3 logMAR o mayor

<sup>1</sup> Se decidió no disminuir certeza de evidencia pese a ser estudio único ya que es un efecto grande.

<sup>2</sup> Se disminuyó la certeza de la evidencia por ser indirecta. El estudio compara monitoreo intensivo (a los 8, 12, 18, 25, 31 y 37 meses) versus control a los 37 meses.

**Fecha elaboración de elaboración de la tabla: 12/02/2018**

### Referencias

1. Jonas DE, Amick HR, Wallace IF, Feltner C, Vander Schaaf EB, Brown CL, Baker C. Vision Screening in Children Aged 6 Months to 5 Years: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;318(9):845-858.
2. Chou R, Dana T, Bougatsos C. Screening for Visual Impairment in Children Ages 1-5 Years: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews*. 2011;
3. Chou R, Dana T, Bougatsos C. Screening for visual impairment in children ages 1-5 years: update for the USPSTF. *Pediatrics*. 2011;127(2):e442-79.
4. Williams C, Northstone K, Harrad RA, Sparrow JM, Harvey I, ALSPAC Study Team. Amblyopia treatment outcomes after screening before or at age 3 years: follow up from randomised trial. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2002;324(7353):1549.