

**INFORME DE SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES**

Guía de Práctica Clínica Desprendimiento de retina  
regmatógeno no traumático

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
MÉTODOS.....	2
Formato de la Tabla SoF.....	3
RESULTADOS.....	4
Pregunta 1 - Ecografía ocular para desprendimiento de retina regmatógeno.....	4
Pregunta 2 - Examen de fondo de ojo dilatado que incluya o no retina periférica.....	7
Pregunta 3 - Consulta precoz a oftalmólogo para pacientes en alto riesgo de desprendimiento de retina.....	10
Pregunta 4 - Silicona o gas para pacientes con desprendimiento regmatógeno de retina.....	12
Pregunta 5 - Cirugía combinada con facoemulsificación + vitrectomía comparado con vitrectomía sola.....	16

## 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/59832ce71d3e6da151b0ac44/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 - ECOGRAFÍA OCULAR PARA DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO

**Pregunta solicitada:** En pacientes con sospecha de DRR (desprendimiento de retina regmatógeno) y opacidad de medios que impide examen retinal, ¿Se debe realizar ecografía ocular en comparación a no realizar?

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

**Población**

Pacientes con sospecha de DRR (desprendimiento de retina regmatógeno).

**Intervención**

Ecografía ocular.

**Comparación**

No intervención.

**Desenlace (outcome)**

Diagnóstico de desprendimiento de retina

#### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisión Sistemática	1 [1]
Estudios primarios	3 (observacionales) [2-4]

Ver [Link a la pregunta en LOVE](#)

#### Estimador del efecto

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia [Ecografía para el diagnóstico de desprendimiento retinal](#). Considerando que una revisión sistemática identificada incluye todos los estudios primarios relevantes, se seleccionaron los estimadores del efecto reportados en ella para la elaboración de la tabla.

#### Metanálisis

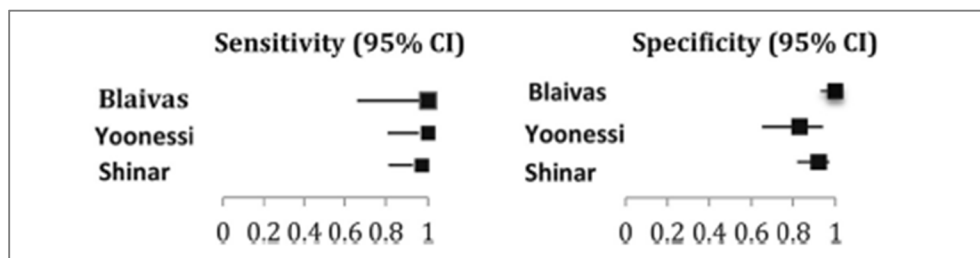


Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

Ecografía ocular para diagnosticar el desprendimiento de retina regmatógeno			
<b>Pacientes</b>	Pacientes con sospecha de desprendimiento de retina regmatógeno		
<b>Test</b>	Ecografía ocular		
<b>Gold Standard</b>	Evaluación por oftalmólogo		
Desenlaces	Efecto por 100.000 pacientes testeados (IC 95%) Prevalencia* 10 por 100.000%	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
Sensibilidad de 0,97 (IC 95% de 0,82-1,00) Especificidad de 0,92 (IC 95% de 0,82-0,97) -- 3 estudios (201 pacientes) [1-3]			
Desprendimiento de retina <b>correctamente diagnosticado</b> (verdaderos positivos)	29 por 100 (IC: 25 a 30)	⊕⊕⊕⊕ Alta	En este grupo, el test detecta a prácticamente todos los pacientes con desprendimiento de retina, lo cual pudiese permitir derivar y tratar oportunamente.
Desprendimiento de retina <b>correctamente descartado</b> (verdaderos negativos)	64 por 100 (IC: 57 a 68)	⊕⊕⊕⊕ Alta	El test descarta correctamente a la mayoría de los pacientes, ahorrando recursos y tratamientos innecesarios.
Desprendimiento de retina <b>incorrectamente diagnosticado</b> (falsos positivos)	6 por 100 (IC: 2 a 13)	⊕⊕⊕⊕ Alta	En este grupo podría existir una derivación a oftalmólogo y otros gastos innecesarios, además de potenciales consecuencias derivadas de intervenciones no requeridas.
Desprendimiento de retina <b>incorrectamente descartado</b> (falsos negativos)	1 por 100 (IC: 0 a 5)	⊕⊕⊕⊕ Alta	En este grupo las consecuencias podrían ser graves, ya que se perdería la oportunidad de derivación y tratamiento inoportuno.

IC95 %: Intervalo de confianza del 95%.

GRADE: grados de evidencia del GRADE *Working Group*

\* Prevalencia en los estudios evaluados (verdaderos positivos + falsos negativos)

Fecha de elaboración de la tabla: 15 de febrero de 2018

### Referencias

1. Vrablik ME, Snead GR, Minnigan HJ, Kirschner JM, Emmett TW, Seupaul RA. The Diagnostic Accuracy of Bedside Ocular Ultrasonography for the Diagnosis of Retinal Detachment: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of emergency medicine*. 2014;65(2):199-203.e1.

2. Blaivas M. Bedside emergency department ultrasonography in the evaluation of ocular pathology. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2000;7(8):947-50.
3. Yoonessi R, Hussain A, Jang TB. Bedside ocular ultrasound for the detection of retinal detachment in the emergency department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2010;17(9):913-7.
4. Shinar Z, Chan L, Orlinsky M. Use of ocular ultrasound for the evaluation of retinal detachment. *The Journal of emergency medicine*. 2011;40(1):53-7.
5. Mitry D, Charteris DG, Fleck BW, Campbell H, Singh J. The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: geographical variation and clinical associations. *The British journal of ophthalmology*. 2010;94(6):678-84.

## PREGUNTA 2 - EXAMEN DE FONDO DE OJO DILATADO QUE INCLUYA O NO RETINA PERIFÉRICA

**Pregunta solicitada:** En pacientes alto miope o afáquico o pseudofáquico o que tenga síntomas de desprendimiento de vítreo posterior (DVP) o con antecedentes de trauma ocular contuso o con antecedentes familiares de desprendimiento de retina (DR), ¿Se debe realizar examen de fondo de ojo dilatado que incluya retina periférica, en comparación a no realizar?

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

#### Población

Pacientes en riesgo de desprendimiento de retina

Pacientes en riesgo (alto miopes, afáquicos, pseudofáquicos o que tengan síntomas de desprendimiento de vítreo posterior o con antecedentes de trauma ocular contuso o con antecedentes familiares de desprendimiento de retina).

#### Intervención

Examen de fondo de ojo dilatado que incluya retina periférica.

#### Comparación

Examen de fondo de ojo dilatado

#### Desenlace (outcome)

Detección precoz de desprendimiento de retina.

### Resumen de la evidencia identificada

No se encontró evidencia directa para responder la pregunta solicitada (estudios comparando pacientes con factores de riesgo de desprendimiento de retina a quienes se les hace examen de fondo de ojo dilatado incluyendo o no retina periférica).

Se extendió la búsqueda a revisiones que evaluaran la incidencia de desprendimiento de retina en pacientes con factores de riesgo (desprendimiento vítreo posterior sintomático) y en quienes en el examen de fondo de ojo dilatado no haya sido posible visualizar retina periférica identificando 3 revisiones sistemáticas [1-2] que incluyen 20 estudios primarios [3-22] que entregan información para contestar la pregunta.

### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisiones Sistemáticas	3 [1-2]
Estudios primarios	20 [3-22]

Ver [Link a la pregunta en LOVE](#)

### Estimador del efecto

Las revisiones sistemáticas identificadas no presentan una síntesis de la evidencia. Revisamos los estudios primarios, constatando la imposibilidad de realizar un metanálisis o algún otro tipo de síntesis



de los hallazgos, ya sea de manera cuanti o cualitativa. Por lo tanto, realizamos una descripción de los hallazgos, tal cual la presentan las revisiones identificadas.

### Metanálisis

No aplica

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

Fondo de ojo con retina periférica en sospecha de desprendimiento de retina regmatógeno			
<b>Pacientes</b>	Pacientes en riesgo de desprendimiento de retina regmatógeno		
<b>Intervención</b>	Examen de fondo de ojo dilatado que incluye retina periférica		
<b>Comparación</b>	No realizar dilatación		
Desenlaces	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
<b>Detección precoz de desprendimiento o de retina</b>	Entre un 1,88 y un 15% de los pacientes con desprendimiento vítreo posterior sintomático presentaron roturas retinianas que no fueron vistas en la primera exploración. No está claro en qué proporción influye la localización de las lesiones (retina periférica) y la existencia de situaciones que impedían ver la retina total al momento de la evaluación (por ej. hemorragia vítrea) [1,2]. Este último factor estuvo presente en el 82,8% de los casos en un estudio [1].	⊕○○○ 1,2 Muy baja	No está claro si la realización de un examen de fondo de ojo dilatado que incluye retina periférica aumenta la detección precoz de desprendimiento de retina porque la certeza de la evidencia es muy baja.

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

<sup>1</sup> La evidencia proviene de estudios observacionales.

<sup>2</sup> Se disminuyó la certeza de la evidencia por tratarse de evidencia indirecta, ya que no se deriva de estudios comparando ambas técnicas de examen.

**Fecha de elaboración de la tabla:** 15/02/2018

### Referencias

1. Coffee RE, Westfall AC, Davis GH, Mieler WF, Holz ER. Symptomatic posterior vitreous detachment and the incidence of delayed retinal breaks: case series and meta-analysis. *American journal of ophthalmology*. 2007;144(3):409-413.
2. Blindbaek S, Grauslund J. Prophylactic treatment of retinal breaks - a systematic review. *Acta ophthalmologica*. 2015;93(1):3-8.
3. Richardson PS, Benson MT, Kirkby GR. The posterior vitreous detachment clinic: do new retinal breaks develop in the six weeks following an isolated symptomatic posterior vitreous detachment?. *Eye (London, England)*. 1999;13 ( Pt 2):237-40.

4. Tasman WS. Posterior vitreous detachment and peripheral retinal breaks. Transactions - American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology. American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology. 1968;72(2):217-24.
5. Kanski JJ. Complications of acute posterior vitreous detachment. American journal of ophthalmology. 1975;80(1):44-6.
6. Novak MA, Welch RB. Complications of acute symptomatic posterior vitreous detachment. American journal of ophthalmology. 1984;97(3):308-14.
7. Robertson DM, Norton EW. Long-term follow-up of treated retinal breaks. American journal of ophthalmology. 1973;75(3):395-404.
8. Combs JL, Welch RB. Retinal breaks without detachment: natural history, management and long term follow-up. Transactions of the American Ophthalmological Society. 1982;80:64-97.
9. Tabotabo, MM. Posterior vitreous detachment. Ann Ophthalmol. 1980;12:59-61.
10. Dayan MR, Jayamanne DG, Andrews RM, Griffiths PG. Flashes and floaters as predictors of vitreoretinal pathology: is follow-up necessary for posterior vitreous detachment?. Eye (London, England). 1996;10 ( Pt 4):456-8.
11. Shea M, Davis MD, Kamel I. Retinal breaks without detachment, treated and untreated. Modern problems in ophthalmology. 1974;12(0):97-102.
12. Davis MD. Natural history of retinal breaks without detachment. Archives of ophthalmology (Chicago, Ill. : 1960). 1974;92(3):183-94.
13. Pollak A, Oliver M. Argon laser photocoagulation of symptomatic flap tears and retinal breaks of fellow eyes. The British journal of ophthalmology. 1981;65(7):469-72.
14. Smiddy WE, Flynn HW, Nicholson DH, Clarkson JG, Gass JD, Olsen KR, Feuer W. Results and complications in treated retinal breaks. American journal of ophthalmology. 1991;112(6):623-31.
15. Romem M, Singer L. Long-term follow-up of photocoagulated retinal breaks. The British journal of ophthalmology. 1978;62(4):240-2.
16. Byer NE. The natural history of asymptomatic retinal breaks. Ophthalmology. 1982;89(9):1033-9.
17. Linder, Bertil. Acute posterior vitreous detachment and its retinal complications: a clinical biomicroscopic study. Acta Ophthalmol. 1966;
18. Jaffe NS. Complications of acute posterior vitreous detachment. Archives of ophthalmology (Chicago, Ill. : 1960). 1968;79(5):568-71.
19. Williams KM, Watt L, Williamson TH. Acute symptomatic posterior vitreous detachment and delayed retinal breaks. Acta ophthalmologica. 2011;89(1):e100-1.
20. Byer NE. Natural history of posterior vitreous detachment with early management as the premier line of defense against retinal detachment. Ophthalmology. 1994;101(9):1503-13; discussion 1513-4.
21. Kanski JJ, Daniel R. Prophylaxis of retinal detachment. American journal of ophthalmology. 1975;79(2):197-205.
22. COLYEAR BH, PISCHEL DK. Preventive treatment of retinal detachment by means of light coagulation. Transactions of the Pacific Coast Oto-Ophthalmological Society annual meeting. 1960;41:193-217.

### **PREGUNTA 3 - CONSULTA PRECOZ A OFTALMÓLOGO PARA PACIENTES EN ALTO RIESGO DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA**

**Pregunta solicitada:** En pacientes de alto riesgo de DR que inicien o noten cambios sustanciales en los síntomas previos (aumento de cuerpos flotantes, pérdida de campo visual, disminución de agudeza visual), ¿Se debe consultar a médico oftalmólogo antes de 24 horas, en comparación a consultar posterior a 24 horas o más?

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

**Población**

Pacientes de alto riesgo de DR que inicien o noten cambios sustanciales en los síntomas previos.

**Intervención**

Consulta con oftalmólogo antes de 24 horas

**Comparación**

Consultar con oftalmólogo posterior a 24 horas

**Desenlace (outcome)**

Desprendimiento de retina, disminución de la visión.

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

No se encontraron revisiones sistemáticas para responder la pregunta solicitada. Se extendió la búsqueda a través de síntesis amplias y guías clínicas [1,2], sin encontrar ningún estudio que permita estimar el efecto.

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

Revisiones Sistemáticas	0
Estudios primarios	0

[Link a la pregunta en LOVE](#)

#### **Estimador del efecto**

No aplica

#### **Metanálisis**

No aplica

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

No aplica

## Referencias

1. Jones, William L, Cavallerano, Anthony a, Morgan, Kirk M, Semes, Leo P, Sherman, Jerome F, Vandervort, Robert S, Wooldridge, Robert P. Retinal Detachment And Related Peripheral Vitreoretinal Disease. American journal of optometry and physiological optics. 2004;:1-41.
2. García-Arumí, J., Martínez-Castillo, V., Boixadera, A., Blasco, H., Marticorena, J., Zapata, M. Á, Maclà, C., Badal, J., Distéfano, L., Rafart, J. M., Berrocal, M., Zambrano, A., Ruíz-Moreno, J. M., Figueroa, M. S. Guías de tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno. Archivos de la Sociedad Espanola de Oftalmologia. 2013;88(1):11-35.

## PREGUNTA 4 - SILICONA O GAS PARA PACIENTES CON DESPRENDIMIENTO REGMATÓGENO DE RETINA

**Pregunta solicitada:** En pacientes operados de DRR, ¿Se debe usar silicona en comparación a uso de gas?

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

**Población**

Pacientes operados por desprendimiento de retina regmatógeno (DRR)

**Intervención**

Silicona

**Comparación**

Gas

**Desenlace (outcome)**

Fijación de la retina, recurrencia de desprendimiento retinal, efectos adversos operatorios.

### Resumen de la evidencia identificada

Se encontraron 3 revisiones sistemáticas que incluyen 6 estudios en total, de los cuales 3 corresponden a ensayos controlados aleatorizados.

### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisiones Sistemáticas	3 [1,2,3]
Estudios primarios	3 ensayos aleatorizados [5,6,7]

Ver [Link a la pregunta en LOVE](#)

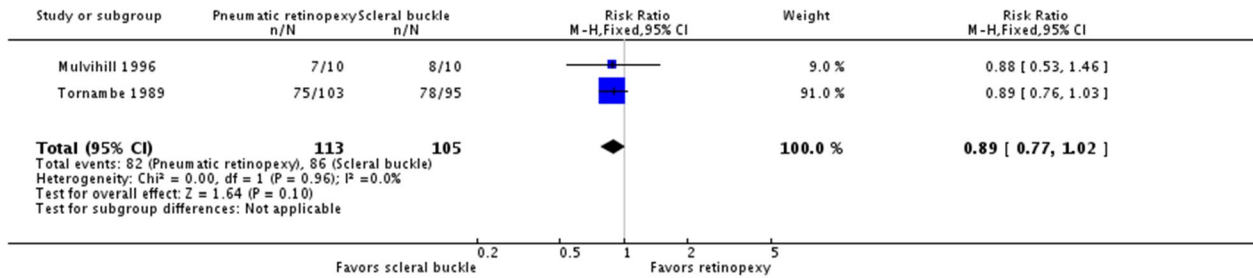
### Estimador del efecto

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia [Colocación de implante epiescleral o cirugía convencional de retina](#) Se identificaron tres revisiones sistemáticas que incluyen tres ensayos aleatorizados en total. Sin embargo, uno de esos ensayos [6] sólo ha sido reportado como resumen de congreso por lo que no es posible extraer información suficiente para incorporarlo al metanálisis. Es por esto que se seleccionaron los estimadores del efecto reportados en la revisión más reciente (Cochrane) para la elaboración de la tabla.

## Metanálisis

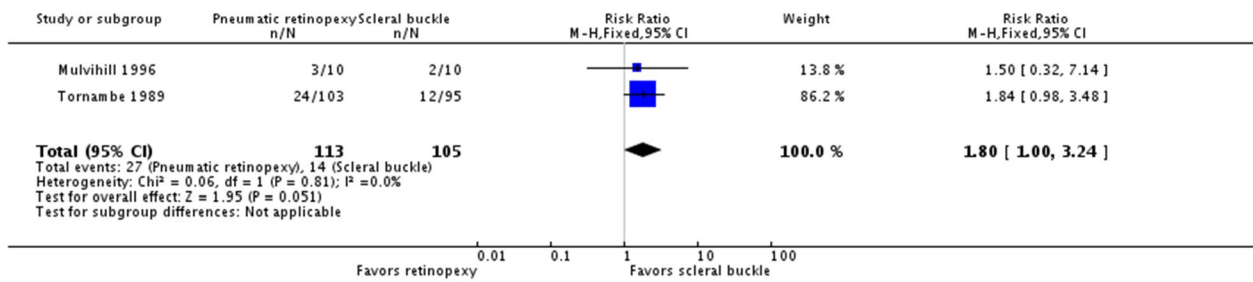
### Readherencia de la retina a los 6 meses

Review: Pneumatic retinopexy versus scleral buckle for repairing simple rhegmatogenous retinal detachments  
 Comparison: 1 Pneumatic retinopexy versus scleral buckle  
 Outcome: 1 Reattachment of the retina at 6 months follow-up



### Recurrencia del desprendimiento de retina a los 6 meses

Review: Pneumatic retinopexy versus scleral buckle for repairing simple rhegmatogenous retinal detachments  
 Comparison: 1 Pneumatic retinopexy versus scleral buckle  
 Outcome: 2 Recurrence of retinal detachment through 6 months follow-up



### Efectos adversos a los 6 meses

Review: Pneumatic retinopexy versus scleral buckle for repairing simple rhegmatogenous retinal detachments  
 Comparison: 1 Pneumatic retinopexy versus scleral buckle  
 Outcome: 3 Adverse events through 6 months follow-up

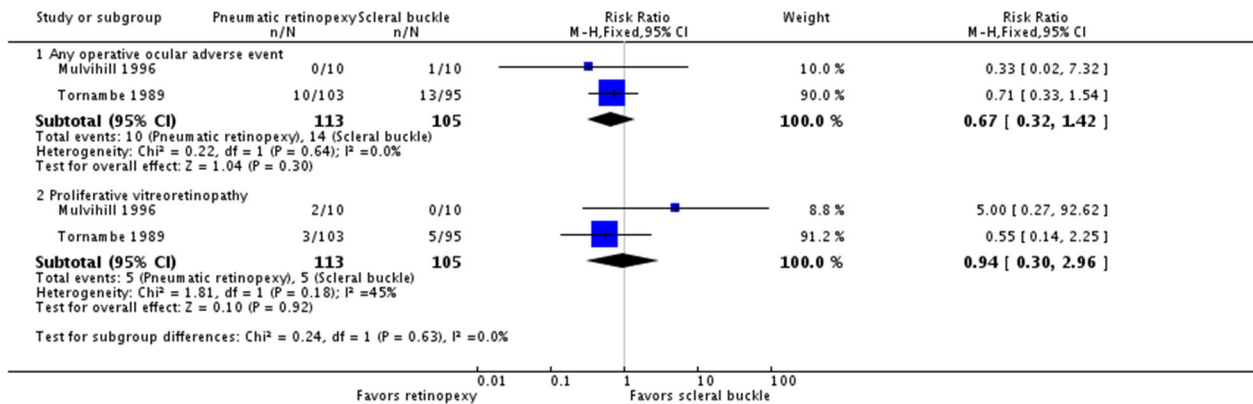


Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

Uso de gas o silicona en pacientes con desprendimiento de retina regmatógeno						
Pacientes	Pacientes con desprendimiento de retina regmatógeno					
Intervención	Cirugía utilizando silicona					
Comparación	Cirugía utilizando gas					
Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		Gas	Silicona	Diferencia (IC 95%)		
<b>Readherencia de la retina</b> A los 6 meses	RR 0,89 (0,77 a 1,02) (2 ensayos/ 218 pacientes) [3,4]	726 por 1000	646 por 1000	Diferencia: 80 ojos más por 1000 (167 más a 14 menos)	⊕⊕○○ <sup>1,2</sup> Baja	Con el uso de silicona podría mejorar levemente la readherencia de la retina, pero la certeza de la evidencia es baja.
<b>Recurrencia de desprendimiento de retina</b> A los 6 meses	RR 1,8 (1,0 a 3,24) (2 ensayos/ 218 ojos) [3,4]	239 por 1000	430 por 1000	Diferencia: 191 ojos más por 1000 (0 a 535 más)	⊕⊕○○ <sup>1,2</sup> Baja	Con el uso de silicona podría disminuir levemente la recurrencia de desprendimiento de retina, pero la certeza de la evidencia es baja.
<b>Efectos adversos quirúrgicos oculares</b>	RR 0,67 (0,32 a 1,42) (2 ensayos/ 218 ojos) [3,4]	88 por 1000	59 por 1000	Diferencia: 29 ojos menos por 1000 (60 menos a 38 más)	⊕⊕○○ <sup>1,2</sup> Baja	El uso de gas presenta una leve menor incidencia de efectos adversos quirúrgicos oculares, pero la certeza de la evidencia es baja.
<b>Vitreoretinopatía proliferativa</b>	RR 0,94 (0,3 a 2,96) (2 ensayos/ 218 ojos) [3,4]	44 por 1000	42 por 1000	Diferencia: 2 ojos menos por 1000 (87 menos a 31 más)	⊕⊕○○ <sup>1,2</sup> Baja	Podría haber poca o nula diferencia entre la silicona y el gas en aparición de vitreoretinopatía proliferativa, pero la certeza de la evidencia es baja.

IC95%: Intervalo de confianza del 95%.

RR: Riesgo relativo.

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

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

<sup>1</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia dado que los estudios no describen suficientemente sus características por lo que no es claro el riesgo de sesgo

<sup>2</sup> Se disminuyó la certeza de la evidencia en un nivel por imprecisión, ya que el intervalo incluye la posibilidad de efecto y de no efecto

Fecha de elaboración de la tabla: 15/1/18

## Referencias

1. Hatef E, Sena DF, Fallano KA, Crews J, Do DV. Pneumatic retinopexy versus scleral buckle for repairing simple rhegmatogenous retinal detachments. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;5(5):CD008350.
2. Saw SM, Gazzard G, Wagle AM, Lim J, Au Eong KG. An evidence-based analysis of surgical interventions for uncomplicated rhegmatogenous retinal detachment. *Acta ophthalmologica Scandinavica*. 2006;84(5):606-12.
3. Sharma, Sanjay. Meta-Analysis of Clinical Trials Comparing Scleral Bucking Surgery to Pneumatic Retinopexy. *Evidence-Based Ophthalmology*. 2002;3(3):125-128.
4. Tornambe PE, Hilton GF, Brinton DA, Flood TP, Green S, Grizzard WS, Hammer ME, Leff SR, Masciulli L, Morgan CM. Pneumatic retinopexy. A two-year follow-up study of the multicenter clinical trial comparing pneumatic retinopexy with scleral buckling. *Ophthalmology*. 1991;98(7):1115-23.
5. Mulvihill A, Fulcher T, Datta V, Acheson R. Pneumatic retinopexy versus scleral buckling: a randomised controlled trial. *Irish journal of medical science*. 1997;165(4):274-7.
6. Beltran-Loustaunau MA, Troconis D, MoralesCanton V, et al.. Comparative study of vitrectomy, pneumatic retinopexy and scleral buckling for primary rhegmatogenous retinal detachment. *Association of Research in Vision and Ophthalmology*. 1997;38:S673.



## PREGUNTA 5 - CIRUGÍA COMBINADA CON FACOEMULSIFICACIÓN + VITRECTOMÍA COMPARADO CON VITRECTOMÍA SOLA

**Pregunta solicitada:** En pacientes mayores de 60 años con indicación de vitrectomía con o sin catarata, ¿Se debe realizar cirugía combinada facoemulsificación + vitrectomía, en comparación a realizar sólo vitrectomía?

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

**Población**

Pacientes mayores de 60 años con indicación de vitrectomía con o sin cataratas.

**Intervención**

Cirugía combinada facoemulsificación + vitrectomía

**Comparación**

Vitrectomía

**Desenlace (outcome)**

Mejoría en la agudeza visual, efectos adversos

### Resumen de la evidencia identificada

Se encontró una revisión sistemática [1], la cual no identificó ensayos controlados aleatorizados que evaluaran la pregunta.

El equipo de expertos clínicos entregó tres estudios primarios [2-4] pertinentes a la pregunta. Mediante búsqueda de referencias cruzadas identificamos otros estudios adicionales pertinentes. De acuerdo al método planteado en el proceso de elaboración de guías, en una primera etapa se utiliza la evidencia recopilada sistemáticamente, ya sea en revisiones sistemáticas o guías clínicas. La síntesis de estudios no recopilados sistemáticamente se desaconseja por múltiples razones, especialmente porque entregan una visión sesgada, generalmente sobreestimando el beneficio (sesgo de publicación). En caso de considerarse necesario a futuro, se debe llevar a cabo una revisión sistemática para responder a esta pregunta.

### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisiones Sistemáticas	1 [1]
Estudios primarios	0

Ver [Link a la pregunta en LOVE](#)

### Metanálisis

No aplica

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

Combinación de facoemulsificación y vitrectomía versus solo vitrectomía		
<b>Pacientes</b>	Adultos mayores con indicación de vitrectomía	
<b>Intervención</b>	Vitrectomía más facoemulsificación	
<b>Comparación</b>	Vitrectomía	
Desenlaces	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)
Agudeza visual	No se identificaron ensayos ni otros estudios relevantes.	Sin estudios
Calidad de vida	No se identificaron ensayos ni otros estudios relevantes.	Sin estudios
Efectos adversos quirúrgicos oculares	No se identificaron ensayos ni otros estudios relevantes.	Sin estudios

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

**Fecha de elaboración de la tabla:** 12/05/18.

### Referencias

1. Diana V Do, Stephen Gichuhi, Satyanarayana S Vedula, Barbara S Hawkins. Surgery for post-vitrectomy cataract. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;12(12):CD006366.
2. Chaudhry NA, Flynn HW Jr, Murray TG, Belfort A, Mello M Jr. Combined cataract surgery and vitrectomy for recurrent retinal detachment. Retina. 2000;20(3):257-61. PubMed PMID: 10872930.
3. Tayyab H, Khan AA, Javaid RMM. Clinical outcome of 23g Trans-Conjunctival pars plana vitrectomy - a prospective comparison of Phaco-Vitrectomy with only vitrectomy in phakic eyes. Pak J Med Sci. 2017 Sep-Oct;33(5):1123-1127. Doi: 10.12669/pjms.335.13430. PubMed PMID: 29142550; PubMed Central PMCID: PMC5673719.
4. Czajka MP, Frajdenberg A, Johansson B. Outcomes after combined 1.8-MM microincision cataract surgery and 23-gauge transconjunctival vitrectomy for posterior segment disease: a retrospective study. Retina. 2014 Jan;34(1):142-8. doi: 10.1097/IAE.0b013e3182947b29. PubMed PMID: 23807183.