



Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS

RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica Clínica Estrabismo en menores de 9 años



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Estrabismo en menores de 9 años en: <http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ESTRABISMOS EN MENORES DE 9 AÑOS . SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: abril, 2019

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En personas menores de 9 años con estrabismo de aparición brusca, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR ciclopléjicos para dilatación pupilar, fondo de ojo y refracción por oftalmólogo, por sobre no realizar.</p>		BUENA PRÁCTICA CLÍNICA
<p>2. En personas con endotropia/esotropia congénita, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar primera cirugía antes de los dos años por sobre después de los dos años.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Es importante informar a los padres que la persona puede requerir varias cirugías posteriores, las cuales no dependen necesariamente del éxito de la primera cirugía.</i> - <i>Personas con alto riesgo anestésico (comorbilidades, prematuros, u otros) podría ser mejor postergar la cirugía para disminuir estos riesgos.</i> 		
<p>3. En personas con estrabismo con indicación de cirugía, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar 2 o más mediciones mediante exploración sensoriomotora previo a la cirugía por sobre realizar 1 o menos mediciones.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <p><i>Realizar dos mediciones permite corroborar la estabilidad del ángulo de desviación, lo que podría disminuir la necesidad de re intervención quirúrgica.</i></p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○
<p>4. En personas con estrabismo divergente intermitente (exotropía intermitente) con diagnóstico reciente, el Ministerio de Salud SUGIERE usar parche ocular alternante antisupresivo en comparación a solo observar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos</i></p> <p><i>El parche ocultar podría evitar la cirugía o mantener a la persona en buenas condiciones hasta una edad apropiada para la cirugía (5 años).</i></p> <p><i>El uso del parche debiera ser en vigilia por al menos dos horas, idealmente en la casa para evitar burlas o aislamiento en el colegio.</i></p>	CONDICIONAL	MODERADA ⊕ ⊕ ⊕ ○

<p>5. En personas en seguimiento operados de estrabismo que persisten con ambliopía y vicios de refracción, el Ministerio de Salud SUGIERE usar parche ocular más lentes ópticos por sobre no usar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Es importante considerar que el uso de marcos livianos y flexibles con cristales de policarbonato podría mejorar la adherencia al tratamiento. En cambio, anteojos pesados favorecen el uso incorrecto.</i> - <i>El parche ocular y lentes ópticos podría evitar la necesidad de una nueva intervención quirúrgica.</i> 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>
---	---------------------------	---------------------------------------

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2018 utilizando el sistema GRADE.

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

El estrabismo es la desviación de los ejes visuales, que puede ser permanente o intermitente. La posición relativa de los ejes visuales está determinada por el equilibrio o desequilibrio de fuerzas o factores que mantienen los ojos alineados en la órbita, factores anatómicos como: orientación, tamaño y forma de la órbita, volumen y viscosidad del tejido retrobulbar, la musculatura extraocular; sus inserciones, elasticidad, estructura, tamaño, condición de su fascias y ligamentos de la órbita y factores inervacionales que incluyen la influencia de áreas nucleares y supranucleares que gobiernan la motilidad ocular. Cuando uno o más de estos factores se ven alterados, puede presentarse un estrabismo el que será latente o manifiesto, dependiendo de la capacidad que tenga la fusión para compensar el daño primario, por eso y a pesar de que la fusión no tiene como objetivo primordial mantener el paralelismo de los ejes visuales, en ciertas ocasiones y con el fin de mantener una visión única, realiza esta compensación. Si logra ser eficiente estaremos en presencia de una heteroforia, mientras que si no lo logra, frente a una heterotropía. (1, 2, 3, 4, 5).

Epidemiología

La prevalencia del estrabismo varía entre 1% a 6% dependiendo de la población en estudio, así en países como Irlanda la endotropías son cinco veces más frecuentes que las exotropías, mientras que algunos países asiáticos, como Japón, la exotropía es más frecuente que la endotropía. Además algunas poblaciones pediátricas tienen mayor riesgo de tener estrabismo, como niños con retraso o alteración neurológica, prematuros o niños con bajo peso al nacer, niños con anomalías craneofaciales, hipermetropía alta y los que tienen antecedentes familiares de estrabismo (6). Otros estudios como el de Graham, de niños nacidos en Cardiff, reportó una prevalencia de 5.66% y el estudio de Bruce y colegas, realizado en el Reino Unido reportó una incidencia de estrabismo de 1.38% en niños de 9 a 12 meses y de 5.1% en niños de 33 a 36 meses. (7).

Etiopatogenia

Participan numerosos factores anatómicos, neurológicos y ambientales. La Visión es un fenómeno complejo, el cual es producto de la fusión a nivel de SNC de las imágenes percibidas por cada receptor (ojos). Para que esto ocurra se requiere de indemnidad de la vía visual aferente (retina, nervio óptico y vía visual), de los centros cerebrales en el tronco y corteza cerebral, de la vía visual eferente (nervios oculomotores) y de los efectores (músculos extraoculares).

Cuando existe una falla claramente establecida en alguno de estos niveles hablamos de estrabismos secundarios (20% de los casos).

En la gran mayoría de los estrabismos no es posible detectar la causa y en este caso nos referimos a ellos como estrabismos primarios (80% de los casos).

En gran parte de los pacientes es posible encontrar una historia familiar de estrabismo. Se acepta que la herencia es de tipo poligénico con genes que influirían en distintos niveles; por ejemplo, en la integración de imágenes (fusión), forma de las órbitas, estado refractivo del ojo, características musculares, etc.

Diagnóstico

La causa del estrabismo es multifactorial, por eso es tan importante la anamnesis, como un elemento que contribuye a configurar y/o entender, la fisiopatología de cada tipo. Además de los factores genéticos, el rol del ambiente también es importante, por lo que hay otros factores que se observan con relativa frecuencia como son: alteraciones de la refracción, problemas sensoriales, alteraciones anatómicas, alteraciones motoras o déficit de inervación (9), prematuridad, parto distócico, apgar bajo al nacer, hipoxia, ser gemelar, etc. El estrabismo es más frecuente en niños con discapacidad mental (Síndrome de Down -40%-, parálisis cerebral, disostosis craneofacial), recién nacidos prematuros y en niños con antecedentes familiares de estrabismo. Por lo tanto, el estrabismo debe ser entendido como un síndrome en el cual pueden interactuar varios factores, dentro de los cuales juega un papel importante la refracción. (1, 2, 3, 4, 5).

El diagnóstico del estrabismo no siempre es fácil, cuando éste es permanente y de gran ángulo, es evidente para las personas y por lo tanto pueden ser reconocido por la mayoría de los profesionales de la salud, sin embargo muchos de los estrabismos se inician en forma intermitente o su ángulo de desviación es variable y pequeño, mientras que otras veces, la conformación facial y la colaboración del niño pueden dificultar el diagnóstico entre un verdadero y un falso estrabismo (por ej. por la presencia de un epicanto). Los casos de presentación intermitente y los estrabismos de pequeño ángulo como la microtropía, pueden pasar desapercibidos para profesionales poco entrenados. Sin embargo la ambliopía monocular, sin causa aparente, debe hacer sospechar de la presencia de una microtropía. (1, 3, 8).

En general, los estrabismos no tienen corrección espontánea (2). El 50% de los niños con estrabismo desarrollan ambliopía y alteración en la profundidad de la percepción o esteropsis (3), a lo que se agrega ocasionalmente retraso del desarrollo psicomotor y dificultades de la percepción visual (4). A eso se suma un significativo impacto social para quienes son portadores de un estrabismo notorio, generando discriminación desde edades tan tempranas como los 6 años. Se ha demostrado que quienes son portadores de estrabismos notorios se les invita menos a jugar y a fiestas de cumpleaños (10, 11), siendo marginados niños y adultos (12) e incluso por sus profesores (13) teniendo además dificultades para encontrar trabajo y pareja (14), siendo la cirugía de Estrabismo una intervención de enorme impacto en calidad de vida de los pacientes (15)

Por lo antes revisado, el diagnóstico precoz y manejo oportuno del estrabismo aseguran el mejor desarrollo de la visión de ambos ojos, aumentando la probabilidad de una visión binocular normal y evitando la ambliopía, siendo el grupo pediátrico menor de 9 años especialmente relevante, pues las consecuencias de un estrabismo no diagnosticado y tratado en forma oportuna tendrán repercusiones permanentes en el desarrollo visual del niño.

REFERENCIAS

1. Silva M, Goya C. Manual teórico práctico de Estrabismo para estudiantes de III año de la Mención de oftalmología, Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Chile. 2010.
2. American Academy of Ophthalmology Pediatric Ophthalmology/Strabismus Panel. Preferred Practice Pattern Guidelines. Amblyopia. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2007. Disponible at://www.aao.org/ppp.
3. Von Noorden G., Binocular Vision and Ocular Motility. Theory and Management of Strabismus. Fifth edition; United States of America, editorial Mosby, 1996.
4. Castanera A., Estrabismos y Heteroforias. Fisiopatología de la visión binocular. Cuarta edición; Madrid, editorial Paz Montalvo, 1971.
5. Wright K., Spiegel P. Oftalmología Pediátrica y estrabismo. Los requisitos en oftalmología. Edición en español. Madrid, España. Ediciones Harcourt S.A. 2001.
6. Panel de la Academia Americana de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo. Patrones de Prácticas Preferentes Lineamientos. Endotropía y Exotropía. San Francisco, CA: Academia Americana de Oftalmología; 2007. Disponible en: <http://www.aao.org/ppp>.
7. Carlton J., Karnon J., Closki-Murray C., Smith KJ, Marr J. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children up to the age 4-5 years: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 2008; 12 (25): 1-230
8. Prieto- Diaz J., Prieto- Diaz C. Estrabismo Segunda Edición, Barcelona España. Editorial JIMS S.A., 1986
9. Fiona J Rowe , Carmel P Noonan. Toxina botulínica para el tratamiento del estrabismo (Revisión traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en : <http://www.update-software.com> .(Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD006499. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
10. Johns HA. The effect of strabismus on a young child's selection of a playmate. Ophthalmic Physiol Opt. 2005 Sep; 25(5):400-7
11. Mojon-Azzi SM. Strabismus and discrimination in children: are children with strabismus invited to fewer birthday parties?. Br J Ophthalmol 2011; 95:473-476
12. Mojon-Azzi SM. The perception of strabismus by children and adults. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol (2011) 249:753–757
13. - Onder Uretmen. Negative social bias against children with strabismus. Acta Ophthalmol. Scand. 2003; 81: 138–142
14. - S M Mojon-Azzi. Strabismus end employment: the opinion of headhunters. Acta Ophthalmol. 2009; 87: 784-788
15. - Eye. Does strabismus surgery improve quality and mood, and what factors influence this? (2016) 30, 656–667

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo General

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de personas con Estrabismo en menores de 9 años

Tipo de pacientes y escenario clínico

Personas con **Estrabismo en menores de 9 años** que reciben atención en el nivel **primario, secundario y terciario** de salud en el sector público y privado de salud.

Usuarios de la Guía

Todos los profesionales de salud con responsabilidades en personas **Estrabismo en menores de 9 años**: Médicos oftalmólogos, pediatras, médicos y enfermeras de atención primaria que atienden a niños en el rango de edad comprendido en esta guía. Tecnólogos médicos de oftalmología. Otros profesionales de salud con responsabilidades en el manejo de pacientes con estrabismo y Directivos de instituciones de salud.

MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, personas que tuvieran la patología o condición de salud.

Evaluación metodológica y revisión de vigencia clínicas de recomendaciones clave de Guías de Práctica Clínica anterior

Para la actualización de la GPC Estrabismo en menores de 9 años, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Estrabismo en menores de 9 años del 2010, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía, son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso. Se consideraron como vigentes al año 2018, las siguientes recomendaciones claves de la GPC Estrabismo en menores de 9 años del año 2010

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2018, de la GPC Estrabismos en menores de 9 años
Todo paciente con estrabismo de aparición brusca debe recibir evaluación por neurólogo
La medición precisa del ángulo de desviación se realiza mediante la exploración sensorio-motora.
En menores de 18 meses, se sugiere control médico cada 60 días. Entre los 18 meses a 6 años, control cada 3 meses. En mayores de 6 años, se sugiere control cada 4 meses.
Se recomienda practicar un estudio de estrabismo preoperatorio un mes previo a la cirugía, y luego dos estudios al año, para el seguimiento.
Seguimiento para el tratamiento quirúrgico: el primer control debiera realizarse dentro de las 48 horas de la cirugía. Luego se sugiere control a los 7 días de la cirugía y finalmente un control a los 30 días.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2010](#).

Definición y priorización de preguntas clínicas

Posteriormente se realizó la **definición y priorización de las preguntas para la actualización**. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes preguntas:

1. En personas menores de 9 años con sospecha de estrabismo se debe realizar fondo de ojo con dilatación pupilar (por oftalmólogo) en comparación a no realizar?
2. En personas menores de 1 año con estrabismo convergente precoz (estrabismo congénito) se debe realizar cirugía antes de los 2 años en comparación a realizarla después de los 2 años?
3. En personas con estrabismo con indicación de cirugía se debe realizar 2 mediciones mediante exploración sensoriomotora previo a la cirugía en comparación a realizar 1 o más de 2 mediciones mediante exploración sensoriomotora previas a la cirugía?
4. En personas con estrabismo divergente intermitente (extropia intermitente) con diagnóstico reciente se debe usar parche ocular alternante antisupresivo en comparación a solo observar?
5. En pacientes en seguimiento operados de estrabismo con ambliopía y vicios de refracción se debe usar parche ocular más lentes ópticos en comparación a no usar?

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2017](#)

Elaboración de recomendaciones GRADE

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE)(1). Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia. Se utilizaron 4 estrategias de **búsqueda y síntesis de evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

- ▶ Ver más detalle en [Métodos](#)

Tras generar la búsqueda y síntesis de evidencia, el equipo elaborador **formuló de las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos. Las recomendaciones fueron formuladas durante el mes de diciembre de 2018.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas.

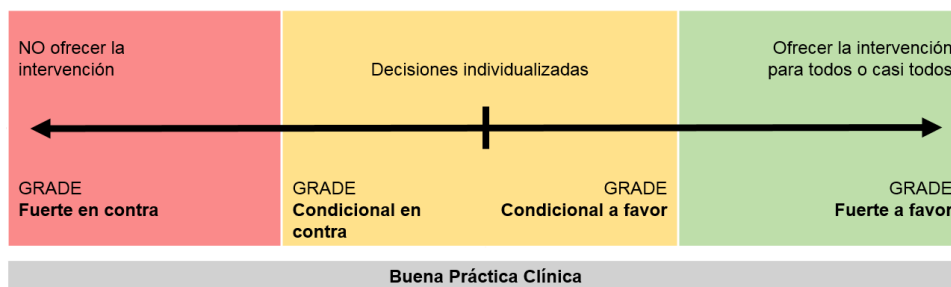
- ▶ Para mayor detalle consultar *Guía de Práctica Clínica Estrabismos en menores de 9 años* completa.

3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica habitual. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en **TODOS O EN CASI TODOS LOS CASOS**. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación.

Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA** de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias.

Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la certeza de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos.

Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de certeza alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja certeza los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la certeza de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la certeza de la evidencia**, si existen limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en certeza de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

4. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente actualización es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinador Clínico	Dr. Tomas Rojas. Médico Oftalmólogo. Hospital San Juan de Dios. Sociedad Chilena de Oftalmología
Coordinador Temático	Luz Cole. Programa Nacional de Salud de la Infancia. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades.
Coordinador Metodológico	Patricia Kraemer. Coordinadora Metodológica del Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Panel de expertos

Diego Ossandon	Médico Oftalmólogo. Hospital Roberto del Rio. Sociedad Chilena de Oftalmología
Luis Suazo	Médico Oftalmólogo. Hospital San Juan de Dios. Sociedad Chilena de Oftalmología
Daniel Serrano	Médico Oftalmólogo. Hospital San Juan de Dios. Sociedad Chilena de Oftalmología
Kenneth Johnson	Médico Oftalmólogo. Hospital Barros Luco. Clínica Santa María

Asesor metodológico

Ignacio Neumann Burotto	GRADE working group. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Universidad Católica de Chile.
--------------------------------	--

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Gonzalo Bravo Soto; Luis Ortiz Muñoz; Macarena Morel Marambio; Rocío Bravo; María Francisca Verdugo. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Patricia Kraemer²	Búsqueda de Valores y preferencias de los pacientes.
Ivonne Espinoza³	Búsqueda de costos de las intervenciones en Chile

¹ La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

³ Departamento Plan de Beneficios. División de Planificación Institucional FONASA

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno de los integrantes del equipo colaborador indicó tener potenciales de conflictos de interés.

Agradecimientos

Se agradece a la Sociedad Chilena de Oftalmología por la coordinación y participación de médicos oftalmólogos que formaron parte del panel de expertos en la actualización de la Guía de Práctica Estrabismo en menores de 9 años.

REFERENCIA

1. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul [cited 2018 Jan 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>