INVESTIGACIÓN EN LENTES DE CONTACTO, ARGENTINA 2024

Responsables en Argentina 2024:
Clga. Doris Rivadeneira Bueno
Dra. Paula faccia

Objetivos

- ✔ Conocer y comparar la tendencia en adaptaciones de lentes de contacto en cada país y entre países.
- ✔ Orientar trabajos de investigación en el área de contactología.
- ✔ Contribuir con el conocimiento y establecer una agenda para la capacitación profesional.

Los resultados de la encuesta internacional serán publicados en la edición de enero de la revista CLSPECTRUM en el año 2022.

Instrucciones de llenado del formulario

El formulario se completa marcando con una X en las opciones seleccionadas

1. **Completar los datos profesionales.**

PAIS:	¿Cuándo recibió esta encuesta?	Su descripción laboral	¿Por cuantos años ha estado usted…	¿En qué tipo de servicio usted trabaja mayormente?		
Argentina: ARG		□ optómetra □ óptico/ Técnico	Calificado: para adaptar lentes de contacto:	□ Independiente (1 – 9 sedes)	□ Regional (10 – 49 sedes)	□ Nacional (50 o más sedes)

a. Indicar fecha en la que recibió esta encuesta como ej: 7/07/2021
b. Si son optómetra u óptico técnico

Aclaración: *si sos contactólogo, marca esta segunda opción. La contactología no figura como opción, porque en el país de origen de la encuesta es una especialidad que se desprende de la optometría. En la pregunta siguiente podrás indicar si tienes el diplomado en contactología.*

c. Si contas con el diplomado de contactólogo, indica por cuántos años has estudiado
d. Indicar en qué tipo de servicio trabaja. Ej. en gabinete de contactología privado sería: X Independiente.

Ejemplo de llenado:

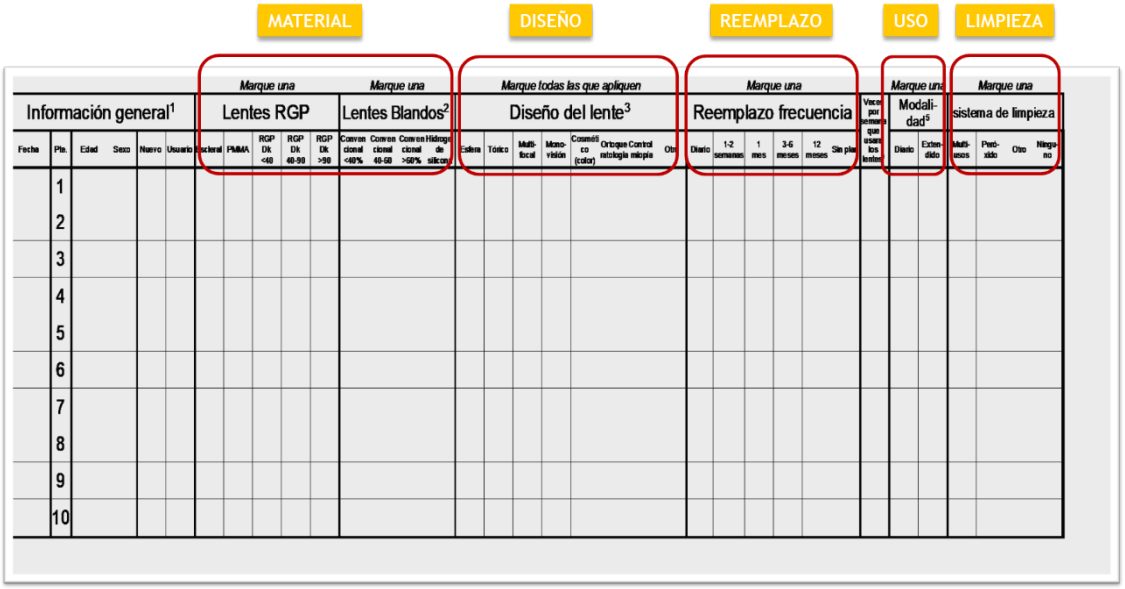
Contactologo de 7 años de recibido con trabajo en gabinete en una óptica privada

PAIS:	¿Cuándo recibió esta encuesta?	Su descripción laboral	¿Por cuantos años ha estado usted...	¿En qué tipo de servicio usted trabaja mayormente?		
Argentina: ARG	07/07/21	☐ optómetra ☒ óptico/ Técnico	Calificado: para adaptar lentes de contacto: 7	☒ Independiente (1 – 9 sedes)	☐ Regional (10 – 49 sedes)	☐ Nacional (50 o más sedes)

2. Completar el formulario

El formulario tiene:

- 6 secciones: **Información general, material, diseño, reemplazo, uso, y limpieza.**
- Cuenta con 10 filas, cada fila debe llenarse con la información de un paciente.



El formulario se debe llenar con las ***últimas 10 adaptaciones de lentes de contacto*** realizadas, es importante que sean ***consecutivos y no que sean seleccionados intencionalmente***.

Podes imprimir la planilla y llenarla en el transcurso del mes, a medida que vayas atendiendo los pacientes o directamente llenarla con las últimas adaptaciones que hiciste.

A continuación, te las describimos y explicamos.

2.1. Información general

Indicar la fecha en la que se atendió a cada paciente, su edad y sexo.

Indicar si es un nuevo usuario, o ya es usuario. Se define como:

Nuevo usuario: quien no ha utilizado nunca lentes de contacto, o que lleva una cantidad considerable de años sin utilizarlos.

Usuario: es un paciente que usa sus lentes de contacto, que se adapta nuevamente porque su patrón de uso ha cambiado, requiere probar otro tipo de lente de contacto o tiene un problema con sus lentes.

Ejemplo

Paciente 1: concurre el 7/7/2021, femenino, de 37 años y hace más de 10 años que no usa LC.

Paciente 2: concurre el 20/7/2021, masculino, de 45 años y viene a renovar sus LC.

Información general[1]					
Fecha	Pte.	Edad	Sexo	Nuevo	Usuario
07/07/2021	1	37	F	x	
20/07/2021	2	45	M		x

2.2. Material del lente de contacto

Marcar con una X en el material del lente de contacto que se adaptó.

Aclaración: los **lentes Blandos** se dividen en hidrogeles de silicona y convencionales. Los convencionales se dividen de acuerdo a su contenido de agua (%). Los **lentes RPG** se dividen teniendo en cuenta el DK.

Ejemplo

Paciente 1: se adaptó RPG DK de 40-90

Paciente 2: se adaptó lente de contacto blanda convencional de 40 -60 % contenido acuoso.

Marque una					*Marque una*			
Lentes RGP					Lentes Blandos[2]			
Escleral	PMMA	RGP Dk <40	RGP Dk 40-90	RGP Dk >90	Convencional <40%	Convencional 40-60	Convencional >60%	Hidrogel de silicona
			X					
						X		

2.3. Diseño del lente de contacto

Marcar con una X el/los diseño/s que se utilizaron en la adaptación

Aclaración: Marque los cuadros que sean necesarios en esta categoría. “Los lentes control de miopía” son los diseñados para evitar la progresión de la miopía.

Ejemplo

Paciente 1: OD diseño esférico, OI diseño tórico

Paciente 2: diseño multifocal

Marque todas las que apliquen

Diseño del lente[3]							
Esfera	Tórico	Multi-focal	Mono-visión	Cosmético (color)	Ortoqueratologia	Control miopía	Otro
X	X						
		X					

2.4. Frecuencia de reemplazo del lente de contacto

Indicar el tipo de reemplazo de la lente adaptada pudiendo ser.

Ejemplo

Paciente 1: reemplazo del lente cada 12 meses.

Paciente 2: reemplazo del lente de 3-6 meses.

Marque una

Reemplazo frecuencia					
Diario	1-2 semanas	1 mes	3-6 meses	12 meses	Sin plan
				X	
			X		

2.5. Horas de uso

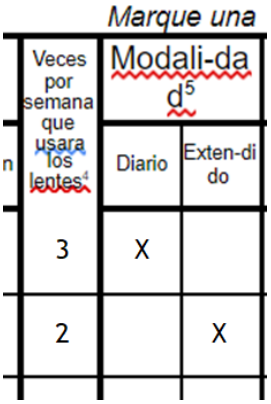
Indicar la cantidad de veces por semana que usa las lentes de contacto y la modalidad de uso siendo:

- *Uso diario.* Un paciente que se coloca y saca la lente de contacto todos los días (no duerme con ellas)
- *Uso extendido.* Un paciente que duerme con sus lentes de manera ocasional se considera como un uso extendido.
- *Veces por semana que utilizara los lentes.* Si es uso diario, por favor indique cuántos días por semana; si uso extendido, indique la cantidad de noches por semana. Valor máximo = 7.

Ejemplo

Paciente 1: uso diario, usa 3 veces por semana.

Paciente 2: uso extendido, duerme con las lentes 2 días de la semana.



Marque una

Veces por semana que usara los lentes[4]	Modali-dad[5]	
	Diario	Exten-dido
3	X	
2		X

2.6. Sistema de limpieza

Marcar el sistema de limpieza recomendado.

Aclaración: si no se le indico sistema de limpieza marcar ninguno

Ejemplo

Paciente 1: peróxido

Paciente 2: multiproposito



Marque una

sistema de limpieza			
Multi-usos	Peró-xido	Otro	Ningu-no
	X		
X			

Puedes llenar más de un formulario con las adaptaciones realizadas.

3. Envío del formulario

Para enviarlo, escanea o envía una foto del formulario al mail:

prescripcion.lc.arg@gmail.com

La fecha límite para enviar el formulario es 2/08/2024.

Ante cualquier duda puedes consultar a prescripcion.lc.arg@gmail.com