



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 POSTGRADO DE OFTALMOLOGÍA
 UNIDAD DE INVESTIGACION CIENTÍFICA
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



Escuela:

No. Encuesta:

Fecha: Nombre MSS:

Departamento: Municipio:

Aldea/Barrio/Colonia:

Instrucciones: La presente encuesta consta de preguntas abiertas y cerradas, en las cuales se consignarán los datos generales y clínicos.

1. Datos Generales

- a. Nombre: b. Edad: c. Sexo: Femenino
 Masculino
 d. Procedencia: Urbana e. Escolaridad: 1er grado
 Rural 6to grado
 2do grado Se tomarán alumnos de 2do y 5to grado
 5to grado **SOLAMENTE** si no se cumple con la muestra

2. Antecedentes Sí No

- a. Diagnóstico previo de ametropía: Sí No
 b. Antecedente de catarata: Sí No
 c. Antecedente de trauma ocular: Sí No
 d. Cirugía ocular previa: Sí No
 e. Familiar con uso de lentes: Sí No
 f. Familiar con antecedente de cirugía de ojos: Sí No

3. Rendimiento escolar

- a. Promedio académico:
 b. Antecedente de repitencia de año escolar: Sí
 No

4. Datos clínicos: Examen clínico:

I. Agudeza visual: Ojo Derecho

- a. 20/20 a 20/30
 b. 20/40 a 20/60
 c. 20/70 a 20/200
 d. < 20/200 a 20/400
 e. Cuenta dedos
 f. Movimiento de manos
 g. Percepción de luz
 h. No Percepción de luz

Tiene discapacidad visual: Sí
 No

Ojo Izquierdo

- a. 20/20 a 20/30
 b. 20/40 a 20/60
 c. 20/70 a 20/200
 d. < 20/200 a 20/400
 e. Cuenta dedos
 f. Movimiento de manos
 g. Percepción de luz
 h. No Percepción de luz

Tiene discapacidad visual: Sí
 No

Ambos Ojos

- a. 20/20 a 20/30
 b. 20/40 a 20/60
 c. 20/70 a 20/200
 d. < 20/200 a 20/400
 e. Cuenta dedos
 f. Movimiento de manos
 g. Percepción de luz
 h. No Percepción de luz

Tiene discapacidad visual: Sí
 No

Si el alumno presenta una Agudeza Visual de 20/20 pasar a Item IV.

II. Agudeza visual con agujero estenoico:

Ojo Derecho

- a. 20/20 a 20/30
 b. 20/40 a 20/60
 c. 20/70 a 20/200
 d. < 20/200 a 20/400
 e. Cuenta dedos
 f. Movimiento de manos
 g. Percepción de luz
 h. No Percepción de luz

Ojo Izquierdo

- a. 20/20 a 20/30
 b. 20/40 a 20/60
 c. 20/70 a 20/200
 d. < 20/200 a 20/400
 e. Cuenta dedos
 f. Movimiento de manos
 g. Percepción de luz
 h. No Percepción de luz



III. Mejoría de Agudeza visual con agujero estenopeico:

Ojo Derecho Sí
No Ojo Izquierdo Sí
No

IV. Manifestaciones clínicas: Sí No

- a. Visión borrosa
- b. Astenopia
- c. Cefalea
- d. Hiperemia
- e. Lagrimeo
- f. Prurito
- g. Mala visión
- h. Otras

(especifique): _____

V. Uso de lentes de corrección:

Sí
No

Examen físico

I. Examen físico de párpados y pestañas:

- Ojo Derecho**
- a. Ptosis
 - b. Entropión
 - c. Ectropión
 - d. Chalazión
 - e. Orzuelo
 - f. Blefaritis
 - g. Otras

(especifique): _____

- Ojo Izquierdo**
- a. Ptosis
 - b. Entropión
 - c. Ectropión
 - d. Chalazión
 - e. Orzuelo
 - f. Blefaritis
 - g. Otras

(especifique): _____

Durante el examen se identificó algún hallazgo: Sí No

II. Examen físico de superficie ocular:

- Ojo Derecho**
- a. Pinguécula
 - b. Pterigión
 - c. Secreción
 - d. Inflamación
 - e. Leucoma
 - f. Heridas
 - g. Opacidades
 - h. Leucocoria
 - i. Conjuntivitis: Bacteriana
Alérgica
Vírica

j. otras
(especifique): _____

- Ojo Izquierdo**
- a. Pinguécula
 - b. Pterigión
 - c. Secreción
 - d. Inflamación
 - e. Leucoma
 - f. Heridas
 - g. Opacidades
 - h. Leucocoria
 - i. Conjuntivitis: Bacteriana
Alérgica
Vírica

j. otras
(especifique): _____

Durante el examen se identificó algún hallazgo: Sí No

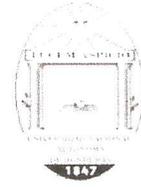
Comentario: la siguiente sección será llenada exclusivamente por los médicos residentes del postgrado de oftalmología

VI. Presenta algún tipo de error refractivo:

- Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____
- a. Miopía
 - b. Hipermetropía
 - c. Astigmatismo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE OFTALMOLOGÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA



Prevalencia de discapacidad visual y factores asociados en niños escolares en el área de influencia de los médicos en Servicio Social del periodo Marzo 2017-2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Responsables:

Dra. Lucía de la María Lara Salgado. Tel: +50498805610. Email:

Dr. Fredy Alejandro Guzmán Martínez. Tel: +50499418562. Email:

Asesor metodológico: Dr. Iván Espinoza. Unidad de Investigación Científica.

Tel. +50422390131. Email:

El Postgrado de Oftalmología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y la Unidad de Investigación Científica a través de los Médicos en Servicio Social de la Facultad de Ciencias Médicas y el Instituto Hondureño de Seguridad Social están realizando una investigación para saber cuál es la Prevalencia de discapacidad visual y factores asociados en niños escolares en el área de influencia de los médicos en Servicio Social del periodo Marzo 2017-2018. Este estudio tiene como propósito dar información acerca del conocimiento y manejo de las alteraciones en los ojos en niños y niñas que asisten a escuelas de educación primaria en el país. Si usted autoriza a su hijo, hija o familiar a participar en el estudio, se le pedirá al niño o niña que conteste un cuestionario orientado a investigar datos generales (nombre, edad, sexo), se le solicitará al padre, madre o tutor que conteste los datos sobre antecedentes personales y se le practicará un examen clínico para evaluar la agudeza visual y los diferentes problemas oculares que los niños y niñas puedan presentar, examinando de forma completa párpados, pestañas y superficie ocular. Esta información está siendo recolectada por personal de salud debidamente capacitado en el tema.



Deseamos enfatizar que la participación de su hijo(a) en este proyecto es voluntaria. En otras palabras, usted puede negarse a autorizar la participación, sin que la decisión que usted tome tenga consecuencia alguna sobre el bienestar del niño o la niña. El participar en el estudio no representa riesgo alguno ya que se trata solo de contestar un corto cuestionario y de someterse a la realización de un examen clínico. En caso de encontrar alguna alteración oftalmológica que requiera de atención médica especializada, será referido a la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital San Felipe para su manejo y tratamiento.

Al participar en el estudio, el niño(a) no recibirá ningún beneficio monetario. El único beneficio será el de poder identificar alteraciones en los ojos que puedan presentar y poder recibir la atención médica necesaria; así también la realización del mismo no conlleva ningún tipo de riesgo para los participantes sino más bien el beneficio de realizar una evaluación oftalmológica primaria y la posibilidad de recibir una evaluación especializada en aquellos casos en los cuales se detecte un problema de su visión. Esperamos que esta investigación sirva para proponer recomendaciones al Ministerio de Salud para poder conocer los trastornos visuales más frecuentes que se dan en niños y niñas que asisten a escuelas de educación primaria y de esta manera conocer sobre el manejo y tomar medidas para su prevención.

¿Desea Usted autorizar la participación de su hijo(a) encargado en este estudio?

Sí No

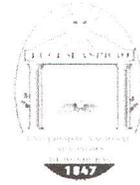
Fecha de Llenado: Día _____ Mes _____ Año _____

Firma o huella digital del padre, madre, tutor o encargado
que autoriza la participación del niño(a) en el estudio





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE OFTALMOLOGÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA



Prevalencia de discapacidad visual y factores asociados en niños escolares en el área de influencia de los médicos en Servicio Social del periodo Marzo 2017-2018

ASENTIMIENTO INFORMADO

Responsables:

Dra. Lucia de la María Lara Salgado. Tel: +50498805610. Email:

Dr. Fredy Alejandro Guzmán Martínez. Tel: +50499418562. Email:

Asesor metodológico: Dr. Iván Espinoza. Unidad de Investigación Científica.
Tel. +50422390131. Email:

Este estudio tiene como propósito conocer la discapacidad visual y las alteraciones oculares que presentan los niños y niñas que asisten a escuelas de educación primaria en esta escuela. Tú papa, mama o tutor nos ha autorizado para preguntarte si tú deseas participar en el mismo. Se le preguntara a ellos sobre tus antecedentes personales y se le practicará un examen clínico para evaluar la agudeza visual y los diferentes problemas oculares que los niños y niñas puedan presentar, examinando de forma completa parpados, pestañas y superficie ocular.

En caso de que desees participar, se te pedirá que contestes unas preguntas con respecto a tus datos generales (nombre, edad, sexo), algunos datos sobre antecedentes personales y se te practicará un examen clínico para evaluar la agudeza visual y los diferentes problemas de los ojos que pudieras tener, examinando de forma completa tus parpados, pestañas y superficie del ojo.

Deseamos enfatizar que tu participación en este proyecto es voluntaria. Si tu no quieres participar está bien, no te pasara nada. El participar en el estudio no representa hacerte daño ya que se trata solo de contestar unas preguntas y de examinarte para ver como



tienes tus ojos. Los datos que nos brindes, se manejarán con confidencialidad, en caso de que se encuentre alguna alteración en tus ojos que requiera de atención médica especializada, serás referido a la Consulta Externa de Oftalmología del Hospital San Felipe para tu evaluación para un mejor manejo y tratamiento de tu problema.

Al participar en el estudio, no recibirás ningún beneficio monetario. El único beneficio será el de poder identificar alteraciones de los ojos que puedas presentar y poder recibir la atención médica necesaria; así también la realización del mismo no conlleva ningún tipo de riesgo para los participantes sino más bien el beneficio de realizar una evaluación oftalmológica primaria y la posibilidad de recibir una evaluación especializada en aquellos casos en los cuales se detecte un problema de su visión. Esperamos que esta investigación sirva para proponer recomendaciones al Ministerio de Salud para poder conocer los problemas oculares más frecuentes que se dan en niños y niñas que asisten a escuelas de educación primaria y de esta manera conocer sobre el manejo y tomar medidas para su prevención.

Si mientras se realiza el estudio tienes alguna duda puedes preguntarme todo lo que quieras saber y si más adelante no quieres seguir con el estudio, puedes parar cuando quieras y nadie se enojará contigo.

¿Deseas participar en este estudio?

Sí No

Fecha de Llenado: Día _____ Mes _____ Año _____

Firma o huella del niño(a)



Página 2 de 2