

## ANNEX 1. INFORMED CONSENT

### **Consentimiento Informado Para estudio de "Prevalencia de alergia en la población odontológica de Costa Rica"**

Investigadores: Dr. Jorge Oviedo Quirós y Dra. Patricia Lorz Ulloa.  
Teléfonos: 2511-8067. Disponibilidad en horario de oficina.

#### *Introducción*

Lo instamos a formar parte de este estudio de investigación sobre "Prevalencia de alergia en la población odontológica de Costa Rica" desarrollado por investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica. En caso que tenga alguna duda o inquietud sobre el contenido de este documento o de la investigación a la cual se le está invitando a participar, se le explicará exhaustivamente hasta resolver la misma. Si después de haber leído toda la información usted decide participar en este estudio, deberá firmar en el lugar indicado.

#### *Propósito del estudio*

Identificar mediante una hoja de recolección de datos (que consta de preguntas de rellenar), la prevalencia de atopía y alergia en la población de estudiantes de odontología, odontólogos y personal auxiliar.

#### *Procedimientos*

Se le solicitarán dentro del cuestionario para la determinación de la prevalencia de alergias en la población en estudio datos personales, tiempo que ha estado expuesto al ambiente odontológico, antecedentes de comorbilidad personales, antecedentes familiares de alergia y una última sección donde se consulta específicamente por el desarrollo de manifestaciones alérgicas a: alimentos, medicamentos y materiales odontológicos.

En caso de cumplir con los criterios de inclusión del estudio, se le solicitará leer y llenar de forma personal la encuesta mencionada que le entregará el colaborador en la investigación (el cual se encuentra debidamente identificado).

#### *Molestias o riesgos*

No existe ningún riesgo o molestia por participar de este estudio, el hecho que acepte participar en este estudio no lo expone a un riesgo.

Algunas de las preguntas del cuestionario o de la encuesta que se le van a hacer pueden incomodarlo. Usted puede escoger si contesta o no una o varias de las preguntas que lo hagan sentir incómodo.

En dado caso que usted no desee participar de la recolección de datos, sus derechos como estudiantes de odontología, odontólogos y personal auxiliar serán siempre respetados y no recibirá ningún tipo de trato discriminatorio.

#### *Beneficio*

A nivel social, la realización de esta investigación tratará que la población conozca la prevalencia de reacciones alérgicas asociadas al ambiente odontológico. Una vez que se obtenga la identificación de la población de riesgo, se buscarán alternativas para la prevención de los eventos.

#### *Confidencialidad*

Sólo los investigadores y el tutor de la investigación tendrán acceso a la información que nos brinde, a excepción de que la Ley solicite dicha información. Su identificación y sus datos serán confidenciales. Su nombre se mantendrá anónimo, se codificará y no será posible que alguna persona ajena a nosotros los investigadores puedan relacionarlos de alguna manera con su persona.

#### *Consentimiento*

He leído y comprendo este consentimiento informado. He recibido respuesta a todas mis preguntas. Acepto voluntariamente sin presión alguna a participar en este estudio. Al firmar este documento no estoy renunciando a mis derechos legales, que de todas maneras tengo como participante en un estudio de investigación.

Participante	Firma _____	Fecha _____
Testigo	Firma _____	Fecha _____
Investigador	Firma _____	Fecha _____

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA – PROYECTO MACRO**  
**INSTRUMENTO DE INVESTIGACION APLICADO A ODONTÓLOGOS EN COSTA RICA EN**  
**EL PERIODO 2016**

#

**“Caracterización de las atopias en odontólogos de Costa Rica, en  
período 2016”.**

Estimado colega, este cuestionario tiene como finalidad conocer el comportamiento de atopias en la población de odontólogos de Costa Rica. Marque con una X en la casilla  que corresponda o complete en el espacio requerido. Puede haber opciones múltiples.

**1. ¿Presentó usted antecedentes de alergia ANTES de entrar a la carrera de odontología?**

0.  No (Pase a la pregunta 2)                      1.  Sí

**1.1 Indique la o las reacciones alérgicas que presentaba**

- |  |   |
|--|---|
| 0. <input type="radio"/> Asma alérgica                           | 4. <input type="radio"/> Problemas gastrointestinales a alimentos |
| 1. <input type="radio"/> Rinitis (estornudos y picazón de nariz) | 5. <input type="radio"/> Conjuntivitis (picazón de ojos)          |
| 2. <input type="radio"/> Dermatitis (descamación y / o eczema)   | 6. <input type="radio"/> Otros: _____                             |
| 3. <input type="radio"/> Urticaria (picazón)                     | 8. <input type="radio"/> No Aplica                                |
|  | 9. <input type="radio"/> No Sabe/ No Responde                     |

**2. ¿Tiene familiares en PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (padres, hermanos e hijos) que hayan presentado algún tipo de reacción alérgica?**

0.  No (Pase a la pregunta 3)                      1.  Sí

Escriba una X en la casilla que corresponde al familiar en PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD que ha presentado algún tipo de reacción alérgica y los antecedentes correspondientes a la misma:

ANNEX 2. SURVEY INSTRUMENT PAGE 2

	2.2	Asma Alérgica	Rinitis (Estornudos y picazón de nariz)	Dermatitis (descamación y/o eczema)	Urticaria (Picazón)	Problemas gastrointestinales a alimentos	Conjuntivitis (picazón de ojos)	Otros: _____
2.1								
	Papá							
	Mamá							
	Hermanos							
	Hijos							

3. ¿Actualmente, presenta usted alergia a ALIMENTOS?

0.  No (Pase a la pregunta 4)                      1.  Si

3.1 Marque en los siguientes espacios, el alimento y el tipo de reacción alérgica con la letra que corresponde al rango de tiempo según la siguiente clasificación:

A= Si se presentó de 0 a 120 min.    B= 120 min a las 12h.    C= 12h a las 48h.    D= 48h o más.

Alimento	Asma alérgica	Rinitis (Estornudos y picazón de nariz)	Dermatitis (descamación y/o eczema)	Urticaria (Picazón)	Problemas gastrointestinales	Conjuntivitis (picazón de ojos)	Otros: _____
Alcohol							
Café							
Camarón							
Cerdo							
Chocolate							
Colorantes							
Lactosa							
Naranja							
Piña							
Tomate							
Otros: _____							

4. ¿Actualmente, presenta alergia a algún MEDICAMENTO?

0.  No (Pase a la pregunta 5)                      1.  Si

4.1 Marque en los siguientes espacios, el medicamento y el tipo de reacción alérgica con la letra que corresponda al rango de tiempo de aparición según la siguiente clasificación:

## ANNEX 2. SURVEY INSTRUMENT PAGE 3

A= Si se presentó de 0 a 120 min. B= 120 min a las 12h. C= 12h a las 48h. D= 48h o más.

Medicamento	Asma alérgica	Rinitis (Estornudos y picazón de nariz)	Dermatitis (descamación y/o eczema)	Urticaria (Picazón)	Problemas gastrointestinales	Conjuntivitis (picazón de ojos)	Otros: _____
AINES							
Antihistamínico							
Cefalosporina							
Paracetamol							
Penicilina							
Tetraciclina							
Otros: _____							

**5. ¿Presenta usted alergia a MATERIALES o MEDICAMENTOS utilizados durante la práctica odontológica?**

0.  No (Pase a la pregunta 6)                      1.  Si

**5.1** Marque en los siguientes espacios, el material /medicamento y el tipo de reacción alérgica con la letra que corresponde al rango de tiempo de aparición según la siguiente clasificación:

A= Si se presentó de 0 a 120 min. B= 120 min a las 12h. C= 12h a las 48h. D= 48h o más.

Material o	Asma Alérgica	Rinitis (Estornudos y picazón de nariz)	Dermatitis (descamación y/o eczema)	Urticaria (Picazón)	Problemas gastrointestinales	Conjuntivitis (picazón de ojos)	Otros: _____
Acrílico							
Alginato							
Anestesia Tópica							

ANNEX 2. SURVEY INSTRUMENT PAGE 4

Cera Dental							
Cubre bocas							
Endo Ice							
Glutaraldehído							
Guantes							
Hipoclorito							
Látex							
Piedra dental							
Polvo de guantes							
Resinas							
Otros: _____							

**6. Para ir finalizando, HA PADECIDO usted o padece de:**

- |   |  |
|---|--|
| 0. <input type="radio"/> Hipertensión arterial      | 5. <input type="radio"/> Obesidad              |
| 1. <input type="radio"/> Diabetes                   | 6. <input type="radio"/> Problemas de Tiroides |
| 2. <input type="radio"/> Artritis reumatoide        | 7. <input type="radio"/> Ninguna               |
| 3. <input type="radio"/> Colesterol y Triglicéridos | 8. <input type="radio"/> Otros: _____.         |
| 4. <input type="radio"/> Lupus eritematoso          |  |

**7. Solicitamos los siguientes datos personales:**

7.1 Edad: \_\_\_\_\_.

7.2 Sexo:    0.  Femenino    1.  Masculino.

7.3 Área que trabaja:    0.  Odontología General  
 1.  Especialista en: \_\_\_\_\_

7.4 Universidad en la que obtuvo el grado de licenciatura en odontología:

\_\_\_\_\_

7.5 ¿Cuántos años, ha estado expuesto a ambientes relacionados con la odontología? \_\_\_\_\_ Años.

**Le agradecemos el tiempo para llenar este cuestionario.**

**¡Muchas Gracias!**