

## Cuestionario sobre muestras de enjuague bucal

[PROGRAMMING NOTE: THIS QUESTION IS REQUIRED]

[SrvMtW\_MODULEINTRO\_v1r0] Tenemos algunas preguntas sobre usted y sus antecedentes de salud bucal. Esta información nos ayudará a comprender más a fondo su estado de salud actual y cómo se relaciona con la muestra de enjuague bucal (saliva) que donó.

[SrvMtW\_MTWCONFIRM\_v1r0] Por favor, responda este cuestionario solamente después de haberse tomado la muestra de enjuague bucal en su casa. Si no lo ha hecho todavía, cierre el cuestionario y vuelva después de haber obtenido su muestra.

1 = Sí, ya realicé la donación de muestra de enjuague bucal que me tomé en mi casa --> **GO TO SrvMtW\_ORALHLTH\_v1r0**

0 = No, regresaré a este cuestionario después de haber realizado la donación de muestra de enjuague bucal tomada en mi casa --> **GO TO [END MESSAGE]**

### Obtención de datos sobre enjuagues bucales

1. [SrvMtW\_ORALHLTH\_v1r0] En general, ¿cómo calificaría su salud de los dientes y las encías?  

0	Excelente
1	Muy buena
2	Buena
3	Regular
4	Mala
77	No sé
2. [SrvMtW\_MWBEFORE\_v1r0] En **la hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿se lavó los dientes?  

1	Sí
0	No
3. [SrvMtW\_RINSEBEFORE\_v1r0] En **la hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿se enjuagó la boca?  

1	Sí
0	No
4. [SrvMtW\_GUMBEFORE\_v1r0] En **la hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿masticó chicle?  

1	Sí
0	No

5. [SrvMtW\_TOBACCOBEFORE\_v1r0] En la **hora anterior** a la donación de su muestra de enjuague bucal (saliva), ¿fumó, vapeó o masticó algún producto (incluso tabaco)?

1      Sí  
0      No

6. [SrvMtW\_HYGIENE\_v1r0] Ahora le haremos algunas preguntas sobre su salud bucodental y su rutina que nos ayudarán a entender mejor su muestra de enjuague bucal (saliva).

El **mes pasado**, ¿cuál de estos productos de higiene bucodental usó? Seleccione todas las opciones que correspondan.

0      [SrvMtW\_BRUSH1\_v1r0] Cepillo de dientes  
1      [SrvMtW\_FLOSS1\_v1r0] Hilo dental  
2      [SrvMtW\_WTRPICK1\_v1r0] Dispositivo de limpieza dental con chorros de agua  
3      [SrvMtW\_TONGUE1\_v1r0] Limpiador o raspador de lengua  
4      [SrvMtW\_WHITE1\_v1r0] Blanqueadores dentales (tiras, etc.)  
5      [SrvMtW\_MW1\_v1r0] Enjuague bucal

[DISPLAY SrvMtW\_BRUSH2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 0)]

7. [SrvMtW\_BRUSH2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un cepillo de dientes?

44      Nunca  
0      Menos de una vez por semana  
1      De 1 a 2 veces por semana  
2      De 3 a 5 veces por semana  
3      Una vez al día  
4      Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_FLOSS2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 1)]

8. [SrvMtW\_FLOSS2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó hilo dental?

44      Nunca  
0      Menos de una vez por semana  
1      De 1 a 2 veces por semana  
2      De 3 a 5 veces por semana  
3      Una vez al día  
4      Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_WTRPICK2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 2)]

9. [SrvMtW\_WTRPICK2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un dispositivo de limpieza dental con chorros de agua?

44      Nunca  
0      Menos de una vez por semana

- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_TONGUE2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 3)]

10. [SrvMtW\_TONGUE2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un limpiador o raspador de lengua?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_WHITE2\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 4)]

11. [SrvMtW\_WHITE2\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó blanqueadores dentales (como tiras blanqueadoras)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_MWUSE\_v1r0 IF (SrvMtW\_HYGEINE\_v1r0= 5)  
ELSE, GO TO SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0]

12. [SrvMtW\_MWUSE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿cuál de estos productos de enjuague bucal usó?  
Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 [SrvMtW\_MWALC1\_v1r0] Enjuague bucal a base de alcohol (como Scope® o LISTERINE®)
- 1 [SrvMtW\_MWALCFREE1\_v1r0] Enjuague bucal sin alcohol (como LISTERINE® Zero)
- 2 [SrvMtW\_MWCHLOR1\_v1r0] Enjuague bucal con clorhexidina (como Peridex™, PerioGard® o Paroex®)
- 3 [SrvMtW\_MWFLUORIDE1\_v1r0] Enjuague bucal con flúor (como ACT®)
- 4 [SrvMtW\_MWPEROX1\_v1r0] Enjuague bucal con agua oxigenada (como Colgate® Peroxyl® Mouth Sore Rinse)
- 5 [SrvMtW\_MWCETYL1\_v1r0] Enjuague bucal con cloruro de cetilpiridinio (como Crest® Pro-Health)

- 6 [SrvMtW\_MWSENSITIVE1\_v1r0] Enjuague bucal para dientes sensibles (como Sensodyne®)
- 7 [SrvMtW\_MWDRY1\_v1r0] Enjuague bucal para sequedad de boca (como biotène®)

[DISPLAY SrvMtW\_MWALC\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 0)]

13. [SrvMtW\_MWALC\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal a base de alcohol (como Scope® o LISTERINE®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_MWALCFREE\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 1)]

14. [SrvMtW\_MWALCFREE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal sin alcohol (como LISTERINE® Zero)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_MWCHLOR\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 2)]

15. [SrvMtW\_MWCHLOR\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal con clorhexidina (como Peridex™, PerioGard® o Paroex®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_MWFLUORIDE\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 3)]

16. [SrvMtW\_MWFLUORIDE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal con flúor (como ACT®)?

- 44 Nunca

- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_MWPEROX\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 4)]

17. [SrvMtW\_MWPEROX\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal con agua oxigenada (como Colgate® Peroxyl® Mouth Sore Rinse)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_MWCETYL\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 5)]

18. [SrvMtW\_MWCETYL\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal con cloruro de cetilpiridinio (como Crest® Pro-Health)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_MWSENSITIVE\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 6)]

19. [SrvMtW\_MWSENSITIVE\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal para dientes sensibles (como Sensodyne®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

[DISPLAY SrvMtW\_MWDRY\_v1r0 IF (SrvMtW\_MWUSE\_v1r0= 7)]

20. [SrvMtW\_MWDRY\_v1r0] El **mes pasado**, ¿qué tan a menudo usó un enjuague bucal para sequedad de boca (como biotène®)?

- 44 Nunca
- 0 Menos de una vez por semana
- 1 De 1 a 2 veces por semana
- 2 De 3 a 5 veces por semana
- 3 Una vez al día
- 4 Dos o más veces al día

21. [SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0] ¿Le falta alguno de los dientes o muelas permanentes (sin incluir coronas ni muelas del juicio)? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 1 [SrvMtW\_PERMTTHLOST1\_v1r0] Sí, por accidente o lesión → **GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTAI\_v1r0**
  - 2 [SrvMtW\_PERMTTHLOST2\_v1r0] Sí, por caries o enfermedad → **GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v1r0**
  - 3 [SrvMtW\_PERMTTHLOST3\_v1r0] Sí, por algún otro motivo → **GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v1r0**
  - 0 [SrvMtW\_NOPERMTTHLOST\_v1r0] No → **GO TO SrvMtW\_DENTURES\_v1r0**
- NO RESPONSE → GO TO SrvMtW\_DENTURES\_v1r0**

**[DISPLAY SrvMtW\_TEETHLOSTAI\_v2r0 IF (SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 1),  
ELSE GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v2r0]**

22. [SrvMtW\_TEETHLOSTAI\_v2r0] ¿Cuántos dientes o muelas le faltan por algún accidente o lesión? No incluya coronas ni muelas del juicio.

- 0 Uno
- 1 De 2 a 4
- 2 De 5 a 9
- 3 Diez o más
- 4 Más de uno, pero no estoy seguro de cuántos
- 77 No sé

**[DISPLAY SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v2r0 IF (SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 2),  
ELSE GO TO SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v2r0]**

23. [SrvMtW\_TEETHLOSTD\_v2r0] ¿Cuántos dientes o muelas le faltan por caries o enfermedad? No incluya coronas ni muelas del juicio.

- 0 Uno
- 1 De 2 a 4
- 2 De 5 a 9
- 3 Diez o más
- 4 Más de uno, pero no estoy seguro de cuántos
- 77 No sé

**[DISPLAY SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v2r0 IF (SrvMtW\_PERMTTHLOST\_v2r0= 3),**

**ELSE GO TO SrvMtW\_DENTURES\_v1r0]**

24. [SrvMtW\_TEETHLOSTOTH\_v2r0] ¿Cuántos dientes o muelas le faltan por motivos distintos a caries, enfermedad, accidente o lesión? No incluya coronas ni muelas del juicio.

- 0 Uno
- 1 De 2 a 4
- 2 De 5 a 9
- 3 Diez o más
- 4 Más de uno, pero no estoy seguro de cuántos
- 77 No sé

25. [SrvMtW\_DENTURES\_v1r0] ¿Usa actualmente algún tipo de prótesis o aparato dental? Seleccione todos los que tenga.

- 1 Puente dental [SrvMtW\_DENTBRIDGE\_v1r0]
- 2 Dentadura postiza parcial [SrvMtW\_PARTDENT\_v1r0]
- 3 Dentadura postiza completa [SrvMtW\_FULLDENT\_v1r0]
- 4 Implantes dentales [SrvMtW\_DENTIMP\_v1r0]
- 55 Otro (como retenedores permanentes y removibles, Invisalign®, o brackets)

[SrvMtW\_DENTOTHER\_v2r0]

- 0 No, no tengo prótesis ni aparatos dentales [SrvMtW\_DENTURES2\_v1r0]
- 77 No sé [SrvMtW\_DENTURES2\_v1r0]

26. [SrvMtW\_DENTALCLEAN\_v1r0] ¿Cuándo fue la última vez que un dentista o un higienista dental le hizo una limpieza dental?

- 0 En el último mes
- 1 Hace más de un mes, pero en los últimos seis meses
- 2 Hace más de seis meses, pero en el último año
- 3 Hace más de 1 año, pero en los últimos 2 años
- 4 Hace más de 2 años
- 77 No sé

27. [SrvMtW\_CAVITY\_v1r0] ¿Ha tenido caries alguna vez en uno de los dientes permanentes? Incluya las caries radiculares, que son caries en la raíz del diente.

- 1 Sí
- 0 No
- 77 No sé

28. [SrvMtW\_GUMDISEASE\_v1r0] ¿Le ha dicho alguna vez un dentista que tiene enfermedad de las encías (enfermedad periodontal)?

- 1 Sí
- 0 No
- 77 No sé

29. [SrvMtW\_GUMTX\_v1r0] ¿Ha recibido alguna vez tratamiento para la enfermedad de las encías, como el raspado [del sarro] o el alisado de la raíz, a veces llamado “limpieza profunda”?

- 1      Sí
- 0      No
- 77     No sé

30. [SrvMtW\_ANTIBIO\_v1r0] En los **últimos dos meses**, ¿tomó algún antibiótico? Los antibióticos más frecuentes son azitromicina (como Zithromax®/Z-Paks®), penicilina (como Pfizerpen® o Pen-Vee K®) y amoxicilina (como Amoxil®) y se suelen usar para tratar infecciones.

- 1      Sí → **GO TO SrvMtW\_ANTIBIOTIME\_v1r0**
- 0      No → **GO TO END**
- 77     No sé → **GO TO END**

**NO RESPONSE → GO TO END**

31. [SrvMtW\_ANTIBIOTIME\_v1r0] ¿Cuándo tomó antibióticos por última vez?

- 0      En las últimas 24 horas
- 1      Hace más de 24 horas, pero en la última semana
- 2      Hace más de una semana, pero en las últimas cuatro semanas
- 3      Hace más de cuatro semanas

[SUBMIT SCREEN] Respondió a todas las preguntas de este cuestionario. Para enviar sus respuestas, seleccione el botón “Enviar Encuesta”.

**DISPLAYIF:** SrvMtW\_MTWCONFIRM\_v1r0 = 0

[END MESSAGE] Después de una respuesta que sea “no” para SrvMtW\_MTWCONFIRM\_v1r0: “Gracias. Cuando haya realizado su donación de muestra de enjuague bucal en su casa, por favor, vuelva y complete este cuestionario”. [EXIT **AND** CLEAR CACHE]