

Disponible en la web  
[www.colgateprofesional.es](http://www.colgateprofesional.es)

Evaluación  
del riesgo de caries mediante el  
**CUESTIONARIO CAMBRA**  
(Caries Management by Risk Assessment)

Cuida el  
**futuro**  
de la salud bucodental  
**ahora**

**0-5  
años**



El **azúcar**  
está donde  
no lo ves

**Colgate**

SU ALIADO EN  
SALUD BUCODENTAL



## CUESTIONARIO CAMBRA MODIFICADO PARA EDADES DE 0 A 5 AÑOS

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

EDAD:	FECHA: ___/___/___	SÍ	NO	NOTAS
1A ¿HA TENIDO LA MADRE O CUIDADOR PRINCIPAL CARIES EN EL ÚLTIMO AÑO?				
1B ¿SE LE HA REALIZADO AL NIÑO ALGUNA OBTURACIÓN RECIENTEMENTE?				
1C ¿TIENE LA MADRE O CUIDADOR PRINCIPAL NIVEL SOCIOECONÓMICO O CULTURAL BAJO?				
1D ¿TIENE PROBLEMAS DE DESARROLLO?				
1E ¿NO REALIZA VISITAS AL DENTISTA DE FORMA PERIÓDICA?				
2A ¿TOMA SNACKS O BEBIDAS AZUCARADOS ENTRE HORAS MÁS DE TRES VECES DIARIAS?				
2B ¿TIENE REDUCCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE SALIVA POR MEDICACIÓN U OTRAS CAUSAS?				
2C ¿BEBE HABITUALMENTE EN BOTELLA O BIBERÓN BEBIDAS QUE NO SEAN AGUA?				
2D ¿DUERME CON BIBERÓN O TOMA PECHO A DEMANDA MIENTRAS DUERME?				
3A LA MADRE O CUIDADOR NO HA TENIDO CARIES EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS				
3B REALIZA REVISIONES Y CONTROLES PERIÓDICOS CON UN DENTISTA				
4A VIVE EN UNA ÁREA CON AGUA FLUORADA O DESHACE EN BOCA COMPRIMIDOS FLUORADOS				
4B SE CEPILLA CON PASTA FLUORADA DIARIAMENTE (TAMAÑO LENTEJA O GUISANTE)				
4C LA MADRE UTILIZA CHICLES O PASTILLAS CON XYLITOL 2-4 VECES AL DÍA				
5A EL NIÑO PRESENTA LESIONES BLANCAS, DESCALCIFICACIONES O CARIES				
5B SE HAN REALIZADO OBTURACIONES AL NIÑO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS				
5C ¿PRESENTA PLACA DE FORMA CLARA Y/O LAS ENCÍAS SANGRAN FÁCILMENTE?				
5D ¿EL NIÑO ES PORTADOR DE ORTODONCIA?				
5E ¿SE OBSERVA VISUALMENTE UN FLUJO SALIVAL DEFICIENTE?				
<b>PUNTUACIÓN TOTAL DEL RIESGO DE CARIES (2 PUNTOS POR CASILLA ROJA, 1 PUNTO POR RESTO DE CASILLAS)</b>		A= <input style="width: 30px;" type="text"/>	B= <input style="width: 30px;" type="text"/>	TOTAL (A-B): <input style="width: 30px;" type="text"/> PUNTOS
SI EN UNA CASILLA (1A,1B, 5A, 5B) O DOS CASILLAS DEL SECTOR 1, 2, Ó 5 SE MARCA "SÍ" VALORAR REALIZACIÓN DE CULTIVOS BACTERIANOS				
ESTREPTOCOCOS		<input type="checkbox"/> ALTO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> BAJO
LACTOBACILOS		<input type="checkbox"/> ALTO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> BAJO
¿SE HAN DADO RECOMENDACIONES ESCRITAS?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	PRÓXIMO CONTROL: ___/___/___
OBJETIVOS DE AUTOCUIDADO: 1. _____ 2. _____				
<b>BAJO RIESGO (-5 A 5 PUNTOS)</b>		<b>ALTO RIESGO (6 A 18 PUNTOS)</b>		

## CUESTIONARIO CAMBRA MODIFICADO PARA EDADES A PARTIR DE 6 AÑOS

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**sí**

**sí**

**sí**

### (A) INDICADORES DE LA ENFERMEDAD

LESIONES DE CARIES EN DENTINA (DIAGNÓSTICO VISUAL O RADIOGRÁFICO)

LESIONES DE CARIES EN ESMALTE (DIAGNÓSTICO VISUAL, DIAGNOCAM O RADIOGRÁFICO)

LESIONES BLANCAS DE CARIES EN SUPERFICIES LISAS

OBTURACIONES REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

### (B) FACTORES DE RIESGO (EFECTUAR "PRUEBAS" SI EXISTE ALGÚN INDICADOR DE ENFERMEDAD)

GRAN CANTIDAD DE PLACA EN LOS DIENTES

FACTORES QUE REDUCEN EL FLUJO SALIVAL (MEDICACIÓN, RADIACIÓN, ENFERMEDAD)

FLUJO SALIVAL ESTIMULADO INADECUADO (POR OBSERVACIÓN O POR MEDICIÓN MENOR A 1 ML/MINUTO)

CONSUMO MAYOR A TRES INGESTAS ENTRE HORAS (PICOTEO)

RAÍCES EXPUESTAS

EN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA FIJA

FOSAS Y FISURAS OCLUSALES PROFUNDAS

USUARIO DE DROGAS DE DISEÑO

PRUEBA: CULTIVO DE LACTOBACILOS Y DE ESTREPTOCOCOS CON NIVEL MEDIO O ALTO

PRUEBA: BAJA CAPACIDAD TAMPÓN DE LA SALIVA

### (C) FACTORES PROTECTORES

VIVE EN UNA ÁREA CON AGUA FLUORADA

UTILIZA UN ENJUAGUE FLUORADO DIARIAMENTE

SE CEPILLA CON PASTA FLUORADA COMO MÍNIMO UNA VEZ AL DÍA

SE CEPILLA CON PASTA FLUORADA COMO MÍNIMO DOS VECES AL DÍA

SE CEPILLA DIARIAMENTE CON UNA PASTA DENTAL FLUORADA CON 5000 PPM DE FLÚOR

UTILIZA UNA PASTA DENTAL QUE CONTIENE UN 1,5% DE ARGININA

RECIBE UNA APLICACIÓN SEMESTRAL DE BARNIZ DE CLORHEXIDINA Y TIMOL

RECIBE UNA APLICACIÓN SEMESTRAL DE BARNIZ O GEL PROFESIONAL DE FLÚOR

HA TOMADO 1 MGR DE XYLITOL 5 VECES AL DÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

PUNTUACIÓN TOTAL DEL RIESGO DE CARIES (2 POR INDICADOR, MÁS 1 POR F. RIESGO, MENOS 1 POR F. PROTECTOR)

A+B-C=  PUNTOS

X2(A)

X1(B)

X1(C)

CULTIVO DE ESTREPTOCOCOS

ALTO

MEDIO

BAJO

CULTIVO DE LACTOBACILOS

ALTO

MEDIO

BAJO

FLUJO SALIVAL ESTIMULADO \_\_\_ML/MIN

¿SE HAN DADO

RECOMENDACIONES ESCRITAS?

SÍ

NO

PRÓXIMO CONTROL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OBJETIVOS DE AUTOCUIDADO: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

BAJO RIESGO (-9 A 4 PUNTOS)

ALTO RIESGO (5 A 18 PUNTOS)



Nota aclaratoria sobre el

# CUESTIONARIO CAMBRA

modificado para edades de

**0-5  
años**

*Las instrucciones para rellenar el cuestionario son correctas pero el diseño gráfico del mismo, con las casillas A y B al final de la columna SÍ y NO, puede interpretarse fácilmente de forma INCORRECTA como una suma del total de respuestas de la columna SÍ (casilla A) y un total de respuestas de la columna NO (casilla B).*

*El cálculo correcto para rellenar la casilla A corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas por las respuestas afirmativas (SÍ) a las preguntas de las casillas correspondientes a los factores de riesgo de caries (sectores 1, 2 y 5). Un SÍ equivale a un punto excepto cuando está en casilla de fondo rojo que equivale a dos puntos.*

*El cálculo correcto para rellenar la casilla B corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas por las respuestas afirmativas (SÍ) a las preguntas de las casillas correspondientes a los factores protectores (sector 3 y 4). En estos dos sectores un SÍ equivale a un punto.*

*Para facilitar la comprensión se ha desarrollado un ejemplo de cálculo para una paciente ficticia de 4 años de edad. Se marcan los sectores que se contabilizan en A (1, 2 y 5) y aquellos que se contabilizan en B (3 y 4).*

*Se añade a la derecha y fuera del cuestionario el valor de la puntuación que tendría la respuesta a cada pregunta (0 puntos un NO; 1 punto un SÍ en casilla de fondo blanco; 2 puntos un SÍ en casilla de fondo rojo).*



# CUESTIONARIO CAMBRA

modificado para edades de

**0-5**  
años

CUESTIONARIO CAMBRA MODIFICADO PARA EDADES DE 0 A 5 AÑOS						
NOMBRE: CARLOTA SECEPILLA POQUITO						
EDAD: 4 AÑOS		FECHA: 04/09/2015		SÍ	NO	NOTAS
A	1A ¿HA TENIDO LA MADRE O CUIDADOR PRINCIPAL CARIES EN EL ÚLTIMO AÑO?	X				2
	1B ¿SE LE HA REALIZADO AL NIÑO ALGUNA OBTURACIÓN RECIENTEMENTE?		X			0
	1C ¿TIENE LA MADRE O CUIDADOR PRINCIPAL NIVEL SOCIOECONÓMICO O CULTURAL BAJO?	X				1
	1D ¿TIENE PROBLEMAS DE DESARROLLO?		X			0
	1E ¿NO REALIZA VISITAS AL DENTISTA DE FORMA PERIÓDICA?		X			0
A	2A ¿TOMA SNACKS O BEBIDAS AZUCARADOS ENTRE HORAS MÁS DE TRES VECES DIARIAS?	X				1
	2B ¿TIENE REDUCCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE SALIVA POR MEDICACIÓN U OTRAS CAUSAS?		X			0
	2C ¿BEBE HABITUALMENTE EN BOTELLA O BIBERÓN BEBIDAS QUE NO SEAN AGUA?	X				1
	2D ¿DUERME CON BIBERÓN O TOMA PECHO A DEMANDA MIENTRAS DUERME?		X			0
B	3A LA MADRE O CUIDADOR NO HA TENIDO CARIES EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS		X			0
	3B REALIZA REVISIONES Y CONTROLES PERIÓDICOS CON UN DENTISTA	X				1
	4A VIVE EN UNA ÁREA CON AGUA FLUORADA O DESHACE EN BOCA COMPRIMIDOS FLUORADOS		X			0
	4B SE CEPILLA CON PASTA FLUORADA DIARIAMENTE (TAMAÑO LENTEJA O GUISANTE)	X				1
	4C LA MADRE UTILIZA CHICLES O PASTILLAS CON XYLITOL 2-4 VECES AL DÍA		X			0
A	5A EL NIÑO PRESENTA LESIONES BLANCAS, DESCALCIFICACIONES O CARIES	X				2
	5B SE HAN REALIZADO OBTURACIONES AL NIÑO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS		X			0
	5C ¿PRESENTA PLACA DE FORMA CLARA Y/O LAS ENCÍAS SANGRAN FÁCILMENTE?	X				1
	5D ¿EL NIÑO ES PORTADOR DE ORTODONCIA?		X			0
	5E ¿SE OBSERVA VISUALMENTE UN FLUJO SALIVAL DEFICIENTE?		X			0
PUNTUACIÓN TOTAL DEL RIESGO DE CARIES (2 PUNTOS POR CASILLA ROJA, 1 PUNTO POR RESTO DE CASILLAS)				A= 8	B= 2	TOTAL (A-B): 6 PUNTOS

5

**Colgate**

SU ALIADO EN  
SALUD BUCODENTAL