

ENFERMERAS DENTALES EN TRINIDAD Y TABAGO¹

Linda P. Steele²

Entre diciembre de 1986 y febrero de 1987, casi todas las enfermeras dentales de Trinidad y Tabago asistieron a seminarios de educación continua. Se aprovechó esta oportunidad para analizar su distribución geográfica, el tiempo que dedicaban a diversas actividades de su profesión, sus conocimientos de los mensajes básicos de educación en salud oral y los problemas que hallaban en su trabajo. Para ello se utilizó un cuestionario y una prueba que constaba de 15 preguntas. La distribución de las enfermeras dentales fue desigual. La proporción de enfermeras por el total de niños de cada condado varió de 1 por 1 800 niños en Tabago a 1 por 10 900 en Victoria. La mayor parte de su tiempo (una media de 6,9 sesiones de media jornada por semana) lo dedicaron al tratamiento de niños en las clínicas, y todas excepto una destinaron entre una y cuatro sesiones por semana a la enseñanza de la salud oral en las escuelas. Con respecto al conocimiento de los mensajes básicos de educación en salud oral, casi todas las enfermeras (95 y 97%, respectivamente) conocían los efectos perjudiciales de las bebidas que contienen azúcar y de la ingestión de dulces entre las comidas, mientras que la noción errónea más común (89%) fue que el consumo de frutas es útil para limpiar los dientes. El problema que mencionaron con más frecuencia fueron las deficiencias de las instalaciones, equipo, abastecimiento y mantenimiento. Se observó un mejoramiento significativo en la proporción de profesionales dentales por el total de habitantes atendidos con respecto a años anteriores, principalmente gracias al Programa de Capacitación de Enfermeras Dentales iniciado en 1976.

El Programa de Capacitación de Enfermeras Dentales de Trinidad y Tabago, que se basó en el modelo del programa existente en Nueva Zelandia, comenzó a funcionar en 1976 y dos años más tarde produjo las primeras enfermeras graduadas de tal especialidad. En la Escuela de Capacitación de Enfermeras Dentales en Port of Spain, Trinidad, que funcionó de 1978 a 1984, se graduaron 77 enfermeras dentales. Entre diciembre de 1986 y febrero de 1987, casi todas las enfermeras dentales empleadas en el Servicio Dental del Gobierno acudieron a seminarios de educación continua

en la nueva Escuela de Capacitación de Enfermeras Dentales en Arima, St. George County, Trinidad. En ocasión de esos seminarios, se analizó la distribución geográfica de las enfermeras dentales, sus conocimientos de los mensajes básicos de educación en salud oral, el tiempo que dedicaban a diversas actividades de su profesión y los problemas que hallaban en su trabajo.

¹ Se publicó en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* Vol. 22, No. 4, 1988, con el título "Dental Nurses in Trinidad and Tobago".

² Dirección postal: Sören Jaabæks Gate 8, Oppgang 4, 040, Oslo 4, Noruega.

MATERIALES Y METODOS

Participaron en el estudio 61 de las 77 enfermeras dentales graduadas en el programa de capacitación entre 1978 y 1984 (cuadro 1). Entre estas 61 graduadas solo hubo cinco hombres³. Aunque en el momento del estudio había 66 enfermeras dentales que trabajaban en el Servicio Dental del Gobierno, cinco no pudieron acudir a los seminarios. La información sobre la distribución de las enfermeras en el país se obtuvo de ellas mismas, mientras que la información relativa a las que no intervinieron en el estudio se consiguió por medio del Servicio Dental. Se utilizó un cuestionario para determinar el tiempo que las enfermeras dedicaban a sus diferentes actividades profesionales, las pautas del trabajo y los problemas con que se encontraban en el ejercicio

³ Dada la mayoría de mujeres participantes en el estudio, se prefirió usar la denominación genérica de "enfermeras".

de su profesión. Asimismo, se evaluaron sus conocimientos de los mensajes básicos de educación en salud oral por medio de una prueba que constó de 15 preguntas (anexo 1).

RESULTADOS

La distribución geográfica de las enfermeras dentales en Trinidad y Tabago fue desigual. El cuadro 2 indica la proporción de enfermeras dentales por el total de niños de cada condado, que varió de 1 por 1 800 niños en Tabago a 1 por 10 900 en Victoria. Mayaro no contaba con ninguna enfermera, pero este condado y el de Nariva tenían servicios de salud administrados en forma conjunta, de tal manera que la enfermera de Nariva debía atender a los 11 800 niños de los dos condados mencionados. El cuadro 3 muestra el mejoramiento significativo que ha habido en los últimos 15 años en la proporción de profesionales dentales con respecto al número de habitantes atendidos, principalmente gracias al programa de capacitación.

Las enfermeras dentales dedicaron la mayor parte del tiempo (una media de 6,9 sesiones de media jornada por se-

CUADRO 1. Número de estudiantes graduadas en la Escuela de Capacitación de Enfermeras Dentales en Port of Spain, Trinidad, entre 1978 y 1984^a

Año	Número de estudiantes graduadas			
	Participantes en el estudio	Graduadas nacionales	Graduadas extranjeras	Total graduadas
1978	15	21	10	31
1980	11	13	6	19
1981	17	20	4	24
1983	6	11	8	19
1984	12	12	4	16
Total	61	77	32	109

^a Esta escuela cerró sus puertas en 1984.

CUADRO 2. Proporción de enfermeras dentales por el total de niños^a de cada condado. Trinidad y Tabago, 1987

Condado	Número de niños (en miles)			Enfermeras dentales (No.)	Proporción de enfermeras dentales con respecto a:	
	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 0 a 14 años		Todos los niños	Niños de 5 a 14 años
St. George	51,1	93,8	144,9	27	1:5 400	1:3 500
St. David	0,7	1,3	2,0	1	1:2 000	1:1 300
St. Andrew	5,7	11,0	16,7	7	1:2 400	1:1 600
Caroni	17,6	34,0	51,6	10	1:5 200	1:3 400
Victoria	26,4	50,0	76,3	7	1:10 900	1:7 100
St. Patrick	15,0	28,6	43,6	5	1:8 700	1:5 700
Nariva	3,0	5,9	8,9	1	1:8 900	1:5 900
Mayaro	1,1	1,8	2,9	0	...	...
Tabago	4,8	9,7	14,6	8	1:1 800	1:1 200
Total	125,4	236,1	361,5	66	1:5 500	1:3 600

^a Los datos de la población infantil proceden del censo de 1981 (1)

CUADRO 3. Profesionales dentales en relación con la población total^a. Trinidad y Tabago, 1972 y 1987

	1972	1987
Número de dentistas	55 ^b	91
Número de funcionarios dentales del Gobierno	16	15
Número de enfermeras dentales	...	66
Total de profesionales dentales ^c	55	157
Total de operadores dentales del Gobierno ^d	16	81
Razón entre profesionales dentales y número de habitantes	1:18 000	1:7 600
Razón entre operadores dentales y número de habitantes	1:62 500	1:14 800

^a En 1972 había 1 000 000 de habitantes, mientras que en 1987, 1 200 000.

^b Es difícil saber el número exacto de dentistas que había en Trinidad y Tabago antes de 1980, en que se promulgó la Ley de la Profesión Dental y se inició un registro dental. El número que se usa aquí se tomó de la referencia 2.

^c Se incluye a los dentistas y las enfermeras dentales.

^d Se incluye a los funcionarios y las enfermeras dentales.

mana) al tratamiento de niños en las clínicas (cuadro 4). Todas excepto una destinaron entre una y cuatro sesiones por semana a la enseñanza de salud oral en las escuelas (una media de 2,5 sesiones). El resto del tiempo realizaron otras actividades de educación en

salud oral y trabajos administrativos (una media de 0,7 sesiones). Las enfermeras dentales dieron cuenta de que trataban entre 4 y 20 pacientes al día, con una media de 12 personas. Cuarenta enfermeras (66%) disponían de un asistente dental durante todo el tiempo, mientras que otras ocho (13%) solo tenían asistente en algunas ocasiones.

La mayor parte de las enfermeras (53,87%) trabajaban en clínicas que

CUADRO 4. Número de enfermeras dentales en relación con las sesiones de media jornada que destinaban a diversas actividades. Trinidad y Tabago, 1987

Sesiones (No.)	Número de enfermeras dentales por actividad		
	Trabajo clínico	Educación en salud oral en escuelas	Educación en salud oral en clínicas de asistencia prenatal e infantil o trabajo administrativo
0	...	...	33
1	...	10	15
2	...	21	13
3	1	28	...
4	...	2	...
5	4	...	...
6	10	...	...
7	35	1	...
8	9	...	...
9	2	...	...
Media	6,9	2,5	0,7

contaban con un dentista, aunque en ninguna de ellas este estaba contratado a tiempo completo. El dentista de estos centros solía trabajar entre menos de una sesión y cinco sesiones de media jornada semanales (cuadro 5). Muchas de las clínicas solo tenían un consultorio de cirugía dental, de modo que la enfermera y el dentista no podían trabajar en este servicio simultáneamente. De las 53 enfermeras que tenían

un dentista en su clínica, 39 (73%) no trabajaban durante ninguna sesión semanal al mismo tiempo que él, 8 (16%) compartían el consultorio una sesión y 6 (11%) lo compartían en dos sesiones.

En opinión de todas las enfermeras dentales, su trabajo tenía efectos positivos en la salud oral de los niños del país. Los cuatro efectos que mencionaron con más frecuencia fueron el aumento de la conciencia de la salud oral; la mayor aceptación del tratamiento dental por parte de los niños; la mejora de la higiene oral en los niños, y la atribución de mayor valor a la salud oral por parte del público en general.

CUADRO 5. Número de enfermeras dentales en relación con las sesiones de media jornada que trabajaban al mismo tiempo que el dentista en la clínica. Trinidad y Tabago, 1987

Sesiones (No.)	Enfermeras dentales	
	No.	%
Ninguna	8	13
Menos de 1 por semana	3	5
1, 2 ó 3 por semana	44	72
4 ó 5 por semana	6	10
Total	61	100

Las enfermeras identificaron problemas muy diversos, entre los cuales destacaron las deficiencias de instalaciones, equipo, abastecimiento y mantenimiento. En el cuadro 6 se incluyen los diez problemas planteados y los cambios recomendados con más frecuencia por las enfermeras.

Los resultados de la prueba sobre los conocimientos de los mensajes básicos de educación en salud oral (cuadro 7) indican que entre las enfermeras dentales hubo bastante variedad de opiniones. Para estimular durante los seminarios el debate sobre la función de cepillarse los dientes *per se* y la función de la pasta dentífrica con fluoruro en la prevención de las caries, en esta prueba se incluyeron cuatro preguntas que podían responderse tanto afirmativa como negativamente. Casi todas las enfermeras (95 y 97%, respectivamente) conocían los efectos perjudiciales que tienen para los dientes las bebidas que contienen azúcar y la ingestión de dulces entre las comidas. La

noción errónea más común (89%) fue que comer frutas es útil para limpiar los dientes; solo 11% de las encuestadas sabían que es falso.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Este estudio mostró que la distribución de las enfermeras en todo el país es desigual, tanto geográficamente como en relación con la población infantil. La redistribución de las enfermeras no resolvería el problema, puesto que hay muy pocas. Por lo tanto, es necesario adiestrar a más enfermeras. Como en Trinidad y Tabago hay más de 360 000 niños, se necesitarían 120 enfermeras para conseguir una proporción de 1 por cada 3 000 niños. Esto significa que debería haber casi el doble de enfermeras dentales de las que existen actualmente. Pero aun así, esta proporción sería mucho más alta de la que hay en Nueva Zelandia, donde cada enfermera atiende a 500 escolares en las zonas en que no existen progra-

CUADRO 6. Problemas planteados y cambios recomendados por las enfermeras dentales encuestadas, por orden de prioridad. Trinidad y Tabago, 1987

1	Deficiencias de las instalaciones, equipo, abastecimiento y mantenimiento
2	Dificultades de transporte para las visitas de educación en salud oral
3	Conflictos con otros miembros del personal (en particular, con el dentista y el auxiliar dental)
4	La educación en salud oral y el trabajo preventivo deben promoverse más
5	Dificultades para conseguir que los niños acudan a la clínica (problemas de asistencia, horario y transporte)
6	Se requiere más capacitación durante el servicio
7	Las enfermeras dentales deberían prepararse en las escuelas
8	Las enfermeras dentales deberían poder atender a niños mayores y conocer más técnicas clínicas
9	Se necesitan cambios administrativos
10	Las enfermeras dentales deben ser más profesionales y tener una carrera reconocida, y se debe conceder más prestigio a esta profesión

CUADRO 7. Prueba sobre los conocimientos de los mensajes básicos en salud oral efectuada entre las enfermeras dentales de Trinidad y Tabago en 1987

Preguntas y respuestas		Respuestas correctas (%)
1	Comer frutas ayuda a limpiar los dientes (falso)	11
2	Enjuagarse la boca después de comer dulces ayuda a prevenir la caries (falso)	46
3	Cepillarse los dientes ayuda a prevenir la caries en las superficies lisas de estos	a
4	Cepillarse los dientes ayuda a prevenir la caries en las cavidades y fisuras de estos	a
5	Cepillarse los dientes ayuda a prevenir la caries entre estos	a
6	Cepillarse los dientes ayuda a prevenir la gingivitis (verdadero)	85
7	Es mejor cepillarse los dientes antes que después de las comidas	a
8	Los alimentos que no contienen azúcar pueden provocar caries (falso)	56
9	Es mejor que los niños coman dulces durante las comidas que entre estas (verdadero)	97
10	La miel provoca menos caries que el azúcar refinado (falso)	62
11	El azúcar moreno provoca menos caries que el refinado (falso)	74
12	Las bebidas que contienen azúcar son perjudiciales para los dientes (verdadero)	95
13	El control del azúcar es más importante que cualquier otra medida para la prevención de las caries (verdadero)	69
14	La caries dental aumenta durante el embarazo (falso)	66
15	La caries dental disminuye a medida que las personas se vuelven mayores (verdadero)	49

a La respuesta a estas preguntas podía ser tanto "falso" como "verdadero".

mas de fluoruración y 900 escolares en las zonas del país con fluoruración.

Las cifras mencionadas para la población infantil (véase cuadro 2) solo pueden usarse como guía, puesto que se refieren únicamente a niños de edades comprendidas entre 0 y 14 años. Por otro lado, las enfermeras dentales atienden a los niños solo hasta los 12 años, y dado que los censos demográficos los agrupan en categorías de 0 a 4, 5 a 9 y 10 a 14 años, es difícil contar con cifras exactas del número de niños menores de 12 años. Además, estas cifras se obtu-

vieron del censo de 1981, y desde esa fecha la población ha aumentado ligeramente. En el cálculo de la proporción de enfermeras que atendían a la población infantil se incluyeron los niños de 0 a 4 años de edad. A pesar de que con arreglo a la Ley de la Profesión Dental de 1980 las enfermeras pueden brindar atención odontológica a los preescolares, en la práctica más bien limitan sus ac-

tividades clínicas a los escolares. Sin embargo, y en particular en lo que respecta a la enseñanza de la salud oral, habría que incluir a los preescolares.

Un dato muy alentador fue que muy pocas enfermeras dentales adiestradas en el programa de capacitación abandonaron el Servicio Dental del Gobierno, de modo que se podría pronosticar que si se capacitara a un número mayor de enfermeras habría un índice igualmente pequeño de "deserción" natural. A pesar de eso, debe ponderarse la conveniencia de capacitar a más enfermeras dentales a tenor de las instalaciones de que dispondrán una vez graduadas. Si se adiestrara a todas las enfermeras que se necesitan, habría que crear muchos más consultorios de cirugía dental, y quizá sea imposible destinar fondos a tal proyecto cuando actualmente existen otras prioridades en el campo de la salud pública.

Las enfermeras dentales destinaban aproximadamente tres décimas partes de su tiempo a la enseñanza de salud oral. Este resultado es esperanzador, puesto que significa que la salud oral se considera una actividad importante. No obstante, se constataron incongruencias y confusión en los mensajes que las enfermeras daban a los niños y mujeres embarazadas. Los seminarios de educación continua a los que acudieron las enfermeras fueron útiles, pero es necesario impartir más cursos no solo para asegurar que dichas personas den los mensajes de salud oral correctos, sino también para que lo hagan en forma eficaz y se mantengan al día sobre los nuevos adelantos.

La media del número de pacientes atendidos por las enfermeras dentales por día fue muy variable. La eficiencia de estas profesionales quizá podría mejorarse si las que nunca o casi nunca trabajan con un auxiliar dental contaran con uno que trabajara con ellas todo el tiempo.

De los resultados de este estudio también se advirtió que las enfermeras dentales trabajaban solas la mayor parte de la jornada laboral. Según la Ley de la Profe-

sión Dental de 1980, "La enfermera dental solamente está capacitada para tratar a niños y su labor debe llevarse a cabo en instalaciones o servicios operados o dirigidos por el Gobierno o bajo la supervisión directa o indirecta de un dentista en clínicas privadas". De aquí podría inferirse que sus actividades deben supervisarse en las clínicas privadas, pero no necesariamente en las clínicas públicas. Aunque no es ilegal que trabajen solas, el trabajo en equipo conduciría a mejoras en el servicio que prestan. El esquema original contemplaba la posibilidad de que algunas enfermeras accedieran al puesto de supervisoras. Sin embargo, ninguna alcanzó esta posición, de modo que las únicas personas que podrían ayudar a supervisar el trabajo de las enfermeras dentales son los funcionarios dentales del Gobierno. Estos funcionarios y las enfermeras se beneficiarían mutuamente trabajando juntos.

Aunque todas las enfermeras opinaron que sus actividades tenían un efecto positivo en la salud oral de los niños en el país, este efecto no puede evaluarse objetivamente mientras no se disponga de datos de estudios epidemiológicos.

El problema de las deficiencias del equipo y los abastecimientos debe investigarse cuidadosamente para descubrir cómo puede resolverse, ya que puede afectar la eficiencia de las enfermeras dentales. Sería útil que estas fueran capacitadas para llevar a cabo tareas de mantenimiento y reparación sencillas.

A pesar de todos los problemas señalados, es evidente que el Programa de Capacitación de Enfermeras Dentales de Trinidad y Tabago ha contribuido notablemente a mejorar la situación de la salud oral de la población infantil del país al aumentar los recursos humanos disponibles en este campo.

ANEXO 1. Principios científicos en que se fundamentan las respuestas correctas a la prueba sobre los conocimientos de los mensajes básicos de educación en salud oral, efectuada entre las enfermeras dentales de Trinidad y Tabago en 1987

Pregunta 1: Comer frutas ayuda a limpiar los dientes. (falso)

Hoy día generalmente se acepta que los métodos para eliminar la placa dental tales como ingerir alimentos con fibra (por ej., manzanas y zanahorias) son ineficaces. Estos alimentos no llegan a las zonas más escondidas de la superficie de los dientes y nunca pueden sustituir al cepillado ni al uso de la seda dental (3-4).

Pregunta 2: Enjuagarse la boca después de comer dulces ayuda a prevenir la caries. (falso)

El enjuague de la boca con agua ayuda a eliminar algunas partículas de alimento de los dientes pero no la placa bacteriana, ni el azúcar o ácido que hay en ella. El proceso de la caries seguirá, pues, inevitablemente. Tampoco se ha determinado la eficacia de los enjuagues de boca con antisépticos para el control de la caries (4).

Preguntas 3, 4 y 5: Cepillarse los dientes ayuda a prevenir la caries en las superficies lisas de estos, en las cavidades y fisuras y entre ellos. (verdadero o falso)

La relación entre la higiene de la boca y la evolución de la caries es un tema controvertido. En su revisión (5) de numerosos estudios, Sutcliffe concluye que no hay pruebas inequívocas de que la buena limpieza de la cavidad bucal disminuya la caries y su evolución, pero tampoco hay datos suficientes para negar la utilidad de una buena limpieza como forma de prevenir la caries. Sin embargo, conviene mencionar algunos hechos ciertos sobre el cepillado de los dientes y la caries. Para que aparezca la caries, deben coexistir tres factores: placa bacteriana, azúcar y dientes susceptibles. Las poblaciones susceptibles con grandes depósitos de placa bacteriana pueden estar relativamente libres de caries en la medida en que solo consuman pequeñas cantidades de azúcar. Por lo contrario, incluso con una buena higiene de la boca el cepillado dental deja inevitablemente algunas placas bacterianas en las fisuras y entre los dientes, que son los sitios principales donde comienza el deterioro del esmalte. Así pues, las personas que consumen una dieta con abundante sacarosa sufrirán caries, independientemente de lo adecuada o inadecuada que sea su higiene de la boca. Basándose en tal aseveración, se puede concluir con certeza razonable que el cepillado con una pasta dentífrica *sin* fluoruro *no* ayudará a prevenir la caries, excepto tal vez en las superficies lisas de los dientes, donde la placa bacteriana puede eliminarse fácilmente. El uso de una pasta dentífrica *con* fluoruro *ayudará* a evitar la caries, pero este efecto es atribuible al fluoruro que hay en la pasta y no al cepillado por sí solo. Debido a la naturaleza controvertida de estas cuestiones, se aceptaron ambas respuestas.

Pregunta 6: Cepillarse los dientes ayuda a prevenir la gingivitis. (verdadero)

La placa bacteriana de los dientes es la causa principal de gingivitis y periodontitis, y existen numerosas pruebas que señalan que su eliminación por medio del cepillado dental y otros procedimientos evita y hace desaparecer la enfermedad de las encías (6).

Pregunta 7: Es mejor cepillarse los dientes antes que después de las comidas. (verdadero o falso)

Este es otro punto controvertido. Muchos dentistas creen que es mejor eliminar la mayor cantidad posible de placa bacteriana *antes* de las comidas de tal modo que el azúcar de los alimentos ingeridos permanezca como azúcar, ya que en la superficie de los dientes no quedarán bacterias para transformarlo en ácido (3). Esto puede ser cierto para las superficies lisas de los dientes, de donde puede eliminarse fácilmente la placa, pero no para las cavidades, las fisuras y el espacio interdentario, en que el cepillado no alcanza gran parte de la placa. Por otra parte, es útil cepillarse los dientes *después* de las comidas con una pasta dentífrica *con* fluoruro. Si ya ha habido *des*mineralización, el fluoruro de la pasta puede modificar el equilibrio a favor de la *re*mineralización (7).

Pregunta 8: Los alimentos que no contienen azúcar pueden provocar caries. (falso)

El azúcar, y en particular la sacarosa, constituye la sustancia más importante de la dieta en el origen de la caries; su presencia alrededor de las superficies dentarias cubiertas por placa bacteriana es esencial para la progresión de la caries más allá de sus fases iniciales. Aunque el almidón cocido puede causar caries, se ha demostrado que su poder cariígeno es pequeño, y los estudios epidemiológicos en seres humanos a menudo señalan la poca frecuencia de caries en personas con dietas ricas en almidón y poco azúcar (8).

Pregunta 9: Es mejor que los niños coman dulces durante las comidas que entre estas. (verdadero)

Se ha demostrado que la frecuencia del consumo de azúcar es una variable más importante en la aparición de caries que la cantidad total de este producto consumida (8). Si se comen dulces, es mejor limitar su consumo a momentos específicos, como sería durante las comidas.

ANEXO 1. (Continuación)

Pregunta 10: La miel provoca menos caries que el azúcar. (falso)

La miel es una solución azucarada muy concentrada; 99,4% son azúcares y agua. Si hay diferencia alguna entre la miel y el azúcar, esta es mínima (3).

Pregunta 11: El azúcar moreno provoca menos caries que el refinado. (falso)

Todas las variedades del azúcar refinado y moreno son casi 100% sacarosa y tienen la misma cariogenicidad (3).

Pregunta 12: Las bebidas que contienen azúcar son perjudiciales para los dientes. (verdadero)

El azúcar causa caries, sea cual sea la forma en que se consuma. Las bebidas refrescantes de cola contienen mucho azúcar; la Coca-Cola en envase de lata, por ejemplo, contiene seis cucharaditas y media de azúcar (3).

Pregunta 13: El control del azúcar es más importante que cualquier otra medida para la prevención de la caries. (verdadero)

Al eliminar de la dieta el azúcar desaparece el problema de la caries. El fluoruro es útil como profiláctico pero por sí solo no brinda una protección completa (3). Ya se ha comentado la importancia de la higiene de la boca.

Pregunta 14: La caries dental aumenta durante el embarazo. (falso)

Al contrario de la creencia popular, no hay datos que prueben que el embarazo tenga efecto alguno en el inicio y evolución de la caries. Ni la desnutrición de la mujer durante el embarazo ni la del niño después de nacer aumentan la susceptibilidad. Durante la gestación el calcio queda retenido en los dientes de la madre (4).

Pregunta 15: La caries dental disminuye a medida que las personas se vuelven mayores. (verdadero)

Los dientes *no* sufren tanta caries conforme el individuo se vuelve mayor porque con el tiempo el fluoruro se acumula en su superficie y la hace más insoluble. Además, muchos de los principales sitios susceptibles de ataque ya pudieron haber sido rellenados (3).

REFERENCIAS

- 1 Trinidad y Tabago, Oficina Central de Estadística. *Annual Statistical Digest*, vol. 29. Port of Spain, 1982.
- 2 Atwell, R. V. M. A plan to develop the Dental Services of Trinidad and Tobago. Toronto, Universidad de Toronto, 1972. Tesis Doctoral en Ciencias.
- 3 Besford, J. *Good Mouthkeeping*, 2a. ed. Oxford, Oxford University Press, 1984, pp. 51, 53, 88-89, 118, 144-147 y 152.
- 4 Inglaterra, Consejo de Educación en Salud. *The Scientific Basis of Dental Health Education*. Londres, 1985, pp. 8-11.
- 5 Sutcliffe, P. Oral cleanliness and dental caries. In: Murray, J. J., ed. *The Prevention of Dental Disease*. Oxford, Oxford University Press, 1983, pp. 159-174.
- 6 Organización Mundial de la Salud. *Epidemiología, etiología y prevención de las periodontopatías*. Ginebra, 1978, p. 13. Serie de Informes Técnicos 621.
- 7 Silverstone, L. *Preventive Dentistry*. Londres, Update Books, 1978, pp. 53-54.
- 8 Rugg-Gunn, A. J. Diet and dental caries. In: Murray, J. J., ed. *The Prevention of Dental Disease*. Oxford, Oxford University Press, 1983, pp. 3-82.

SUMMARY

DENTAL NURSES IN TRINIDAD AND TOBAGO

During the period from December 1986 to February 1987 almost all the dental nurses in Trinidad and Tobago participated in continuing education seminars. The opportunity was taken to analyze their geographical distribution, the time they spent on various professional activities, their awareness of the basic oral health education messages, and the problems they encountered in their work. A questionnaire was used for this purpose, together with a test consisting of 15 questions. The results showed that the nurses were unequally distributed: the proportion relative to the total

number of children in the different counties ranged from 1 per 1 800 in Tobago to 1 per 10 900 in Victoria. Most of the nurses' time (an average of 6.9 half-day sessions per week) was spent treating children at the clinics, and all the nurses except one devoted from one to four half-days per week to oral health education in the schools. Regarding their familiarity with basic oral health education messages, almost all the nurses were aware of the harmful effects of drinking beverages that contain sugar and of eating sweets between meals (95% and 97%, respectively), while the most common misconception (89%) was that eating fruit helps clean the teeth. The problem mentioned most frequently was lack of adequate facilities, equipment, supplies, and maintenance. In comparison with previous years, a significant improvement was noted in the proportion of dental professionals relative to the total population, mainly thanks to the Dental Nurses Training Scheme initiated in 1976.

Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encargado de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) recomendó en 1984 que se adoptara un código alfanumérico. La nueva versión se ha venido estudiando y perfeccionando desde entonces con la coadyuvación de Estados Miembros, centros colaboradores y organizaciones no gubernamentales. Del 26 de septiembre al 2 de octubre de 1989 se celebrará en Ginebra una conferencia internacional cuyo fin es dar cima al trabajo de revisión y adoptar la versión definitiva que se presentará a la Asamblea Mundial de la Salud para su aprobación en 1990. La conferencia abordará el adiestramiento de codificadores en las distintas Regiones, la traducción de la CIE a diversos idiomas y su adaptación y aplicación a campos especializados y a otras clasificaciones afines. La CIE-10 se pondrá en circulación en los países el 1 de enero de 1993.