

Financiación

Trabajo financiado por la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A P. Araque, M.I. Merlos, R.M. Arranz, P. Lallave, M.J. Yagüe, M.P. Mateos, M.J. de la Puente y M. Pascual por el diseño y el desarrollo de los grupos de EpS, su implicación y colaboración en el estudio, la recogida y el análisis de los datos, y la aplicación de los resultados. A M.L. Peralta, C. Blanco, S. Martín, C. Besora, J. Domínguez y B. Zorrilla por colaborar en el estudio, en el seguimiento institucional del trabajo y en la difusión de los resultados. A las Direcciones Asistenciales Sur y Oeste por facilitar y colaborar en el estudio, y por difundir sus resultados.

Bibliografía

1. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. 2ª ed. CIAP - 2 Barcelona: Masson; 1999. p. 224.

2. Muñoz Ureña MA, De Casas Fernández MX, Cobo González R, et al. Malestar psicosocial de la mujer: experiencia de una intervención grupal en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2009;10:96-100.
3. Mateo Rodríguez I, García-Cubillana de la Cruz P, Conde Gil de Montes P, et al. Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011:27-31.
4. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Art.4.5). DO L 119/1 de 4.5.2016.

María Isabel Sillero^{a,*}, Carmen G. Riobobos^b, Luis Seoane^c,
María Dolores Lasheras^a, Laura Moratilla^a
y Ana María Martínez Serrano^a

^a Servicio de Salud Pública Área 9, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid, España

^b Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid, España

^c Consultoría externa, Madrid, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: msillero.cscm@salud.madrid.org (M.I. Sillero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.004>
0213-9111/

© 2016 SEESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Reorientar los estudios normativos del desarrollo motor



A new approach to normative studies of motor development

Sr. Director:

La presente misiva busca fundamentar la necesidad de llevar a cabo estudios transculturales en relación al desarrollo motor. En este sentido, resulta preciso informar de que en el año 2006 se publicaron los resultados del estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre el Desarrollo Motor (OMSDM)¹, el cual incluyó a India, Ghana, Omán, Noruega, Brasil y los Estados Unidos, y que estuvo orientado a la obtención de un estándar internacional para normalizar el desarrollo motor durante los primeros 2 años de vida en infantes que no estén expuestos/as a problemas ambientales, económicos y de salud. La evaluación implicó verificar la secuencia de adquisición de seis hitos motores, y se halló que el 90% de los/las examinados/as desarrollaron una progresión fija en sentarse sin apoyo, pararse con apoyo, caminar con apoyo, pararse y caminar solo/a, con excepción de gatear².

Si bien los datos del OMSDM se emplean para generar trayectorias de logro en relación al desarrollo motor, desde una perspectiva transcultural la concepción de secuencia universal del estudio resulta errónea³. Así, por ejemplo, la evidencia indica que los/las niños/as africanos/as no gatean, y si lo hacen es a edades tardías⁴. Concordando con lo anterior, una investigación con niños/as bolivianos/as señala que no gatean debido a las prácticas de crianza propias del país⁵. Lo mencionado no necesariamente está asociado con falta de recursos económicos ni con una dieta deficiente, pues se han observado retrasos en menores que formaban parte de poblaciones pertenecientes a estratos socioeconómicos altos, como es el caso de niños/as chilenos/as⁶ y británicos/as⁷. Por su parte, en un análisis comparativo entre los datos del estudio OMSDM y una investigación realizada en la isla de Pemba, Tanzania (África), se encontró una progresión secuencial en la adquisición de hitos

motores gruesos, pero se demostró que el tiempo de adquisición es sensible a los efectos de la pobreza y la desnutrición, alterando por ejemplo la mecánica de la locomoción². Lo anterior es importante, pues traería como resultado que niños/as expuestos/as a contextos de pobreza mostrarían un retraso al caminar en comparación con niños/as bien nutridos/as que vivan en escenarios no pobres.

Lo señalado indica la dificultad de generar información universal de carácter normativo aplicable a la adquisición de hitos motores, debido a las diferencias existentes entre los distintos contextos de desarrollo, por lo cual próximos estudios de carácter normativo resultarían de mayor utilidad en la medida en que se considere información derivada de muestras heterogéneas y diversas. Así, un mayor y mejor conocimiento acerca del desarrollo infantil, fundamentado en información científicamente válida, permitirá la implementación efectiva de políticas públicas con el objetivo de prevenir la existencia de posibles diferencias y la atenuación de consecuencias en la población infante, permitiendo desarrollar las capacidades de los niños y las niñas en busca de mayores beneficios en su inserción social a largo plazo.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

T. Caycho y M. Barboza-Palomino han contribuido de igual manera al desarrollo de la presente misiva. El autor para la correspondencia declara la transparencia y honestidad de la información presentada, así como la inexistencia de discrepancias entre los autores en la versión final.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. de Onis M, Garza C, Onyango A, et al. WHO child growth standards. *Acta Paediatr.* 2006;95 (Suppl 450):5-101.
2. Pollitt E. Estabilidad y variabilidad en la adquisición de seis hitos motores durante la infancia temprana. *Revista de Psicología.* 2012;30:407-29.
3. Adolph K. Motor skill. En: Bornstein M, editor. *Handbook of cultural developmental science.* New York: Psychology Press; 2010.
4. Kilbride P. Sensorimotor behavior of Baganda and Samia infants. *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 1980;11:131-52.
5. de Ávila R, Castro M. Relaciones con el inicio de la marcha, gateo, uso de andadores y accidentes. *Rev Soc Bol Ped.* 2005;44:11-4.
6. Schonhaut L, Schönstedt M, Álvarez J, et al. Desarrollo psicomotor en niños de nivel socioeconómico medio-alto. *Rev Chil Pediatr.* 2010;81:123-8.
7. Robson P. Prewalking locomotor movements and their use in predicting standing and walking. *Child Care Health Dev.* 1984;10:317-30.

Tomás Caycho y Miguel Barboza-Palomino*

Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud,
Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mbarbozapalomino@outlook.com.pe
(M. Barboza-Palomino).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.012>
0213-9111/

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿A qué se enfrenta la fisioterapia en Mozambique? El proyecto FISIAFRICA



What situation does physiotherapy face in Mozambique? The FISIAFRICA Project

Sr. Director:

La discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud¹, abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) financia el proyecto FISIAFRICA de formación de fisioterapeutas, liderado por la Xarxa Vives, en algunos países africanos como Mozambique, uno de los que presenta peores índices de desarrollo².

Es preciso conocer las enfermedades y las lesiones específicas más prevalentes para adaptar el currículo formativo a la realidad local. Durante el periodo del 1/12/2015 al 31/3/2016 se obtuvieron diversos datos del libro de registro de la consulta de fisioterapia del Hospital Provincial de Quelimane. Los diagnósticos se convirtieron según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 MC)³. Los registros se analizaron con Epidat 4.1⁴.

El servicio recibió 725 consultas, de las cuales 390 correspondieron a pacientes que acudían a reevaluar su estado y 133 obtuvieron el alta médica durante dicho periodo. En este intervalo son 335 los nuevos casos que se presentan y de ellos 304 son residentes en la ciudad de Quelimane (90,75%). Se trabaja con estos 304 nuevos casos y se realiza la inferencia estadística con los datos disponibles en la estadística oficial IDS 2011⁵. Se obtiene un intervalo de confianza del 95% de -1,391 a 4,109, asumiendo la igualdad de varianzas. El estadístico t es de 0,969, con p=0,333. La diferencia de medias es de 1,359, lo que nos permite aceptar que las medias de ambas muestras son estadísticamente iguales.

Entre otros, hallamos los siguientes resultados previos:

- El rango de edad va desde neonatos con días de edad a adultos de 84 años. Hay 150 mujeres con una media de 36,9 años y 154 hombres cuya media de edad es de 32,2 años.
- En el caso de las mujeres, un 56,36% de las asistencias no registran su causa. El 15,15% estarían relacionadas con accidentes domésticos, el 11,52% con accidentes vasculares cerebrales (AVC) y el 8,48% con accidentes de tráfico.
- En el sexo masculino no se determinan las causas en un 43,53% de los casos. Los accidentes de tráfico suponen un 17,65% (el 10,59% son hombres de 25 a 44 años de edad), los AVC un 14,71% y los accidentes domésticos un 13,53%.
- Respecto a los diagnósticos, se identifican 47 enfermedades o lesiones encuadradas en 10 grupos de los 17 de la CIE-9 MC que se muestran en la [tabla 1](#).

Tabla 1
Diagnósticos encontrados en la consulta durante el periodo de estudio

Enfermedad o lesión CIE-9 MC	Casos	%
Hemiplejía y hemiparesia	56	18,42
Otros trastornos y trastornos no especificados de articulación	50	16,45
Síntomas relacionados con la nutrición, el metabolismo y el desarrollo	25	8,22
Otros trastornos de tejidos blandos	21	6,91
Otros trastornos y trastornos no especificados de la espalda	16	5,26
Osteoartritis y trastornos conexos	13	4,28
Otras deformidades adquiridas de los miembros	12	3,95
Trastornos del nervio facial	11	3,62
Otros síndromes paralíticos	9	2,96
Tendinitis de las inserciones periféricas y síndromes conexos	9	2,96
Traumatismo de nacimiento	8	2,63
Registro sin diagnóstico	7	2,30
Ciertas deformidades musculoesqueléticas congénitas	7	2,30
FX de otras partes y de partes no especificadas del fémur	5	1,64
FX de radio y cúbito	5	1,64
FX de tibia y peroné	4	1,32
Esguinces y torceduras de tobillo y pie	3	0,99
Otros trastornos de la región cervical	3	0,99
Parálisis cerebral infantil	3	0,99
Síntomas que afectan a la piel y a otro tejido tegumentario	3	0,99
Contusión de miembro inferior y de otros sitios y sitios no especificados	2	0,66
Esguinces y torceduras de otras partes no especificadas de la espalda	2	0,66
FX de huesos no especificados	2	0,66
FX de húmero	2	0,66
Luxación de hombro	2	0,66
Osteocondropatías	2	0,66
Trastornos de las raíces y plexos nerviosos	2	0,66
Anomalías dentofaciales incluyendo maloclusión	1	0,33
Celulitis y absceso de los dedos de la mano o del pie	1	0,33
Complicaciones que afectan a sistemas y aparatos corporales especificados, no clasificados bajo otros conceptos	1	0,33
Distrofias musculares y otras miopatías	1	0,33
Esguinces y torceduras de rodilla y pierna	1	0,33
FX de tobillo	1	0,33
FX de una o más falanges del pie	1	0,33
FX de uno o más huesos tarsianos y metatarsianos	1	0,33
FX del cuello de fémur	1	0,33
Hipertensión arterial	1	0,33
Osteomielitis, periostitis y otras infecciones que implican a los huesos	1	0,33
Otras FX craneales y FX craneales no especificadas	1	0,33
Otras luxaciones, luxaciones múltiples y luxaciones mal definidas	1	0,33