



## CARTA AL EDITOR

## De la publicación a la acción para la detección, seguimiento e intervención temprana en parálisis cerebral en España: quién, cómo y ahora



### From publication to action for early detection, surveillance and intervention in cerebral palsy in Spain — Who, how and now

Sra. Editora,

Nos dirigimos a usted en respuesta al artículo publicado en *ANALES DE PEDIATRÍA* titulado «Desarrollo motor, cognitivo y conductual tras encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal»<sup>1</sup>. A nuestro juicio, el trabajo realizado por Montesclaros Hortigüela y miembros del Grupo ARAHIP (Programa para la Atención integral al Recién nacido con Agresión Hipóxico-Isquémica Perinatal) en relación con el seguimiento de los niños con encefalopatía hipóxico-isquémica subraya la urgente necesidad de la implementación en España de las Guías Internacionales para la Detección e Intervención Temprana en Parálisis Cerebral (PC)<sup>2</sup>.

La encefalopatía hipóxico-isquémica o la prematuridad, como factores de riesgo identificables desde el nacimiento, actúan como «banderas rojas» que obligan al seguimiento y derivación. Un ejemplo es el protocolo de la Sociedad Española de Neonatología para los recién nacidos < 32 semanas de gestación o 1.500 gramos, que incorpora recomendaciones como el uso de la *Prechtl General Movements Assessment (GMA)* y la *Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE)*.

En este sentido, «quién» es susceptible de recibir una atención basada en las guías plantea un primer análisis crítico. Si bien el seguimiento de los recién nacidos de riesgo ha de ser aún consolidado —incluyendo, entre otros, a los prematuros moderados y tardíos—, no puede ser suficiente. Para el 40% de los niños con PC no se identifican eventos de riesgo durante el embarazo o el parto<sup>2</sup>, lo que incrementa la probabilidad de «esperar y ver», un escenario frecuentemente asociado a retrasos en el seguimiento, derivación y diagnóstico. Esto pone de relieve la necesidad de aplicar estrategias específicas y basadas en la evidencia para

los nacidos a término con aparente «bajo riesgo» —que no precisa su ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales—, puliendo las tradicionales «piedras sagradas» del seguimiento neurológico pediátrico: alteraciones en el tono y espasticidad, reflejos y reacciones, y retraso motor.

Identificar factores de riesgo en el seguimiento rutinario del embarazo (p.ej., preeclampsia, corioamnionitis, tabaco y uso de drogas), historia de parto (p.ej., Apgar 5 min < 6) y factores individuales del niño (p.ej., sexo masculino, peso al nacimiento) podría mejorar sustancialmente el cribado rutinario para PC en pediatría<sup>3</sup>. De igual forma, la familia juega un papel relevante en la identificación de conductas o síntomas atípicos que pueden poner de manifiesto signos de alerta, permitiendo así una vigilancia temprana.

«Cómo» mejorar las prácticas en detección temprana de PC nos sitúa ante una brecha de 17 años entre la publicación de las guías de práctica clínica y los cambios efectivos en la práctica de los profesionales<sup>4</sup>. Por ello, es necesario un esfuerzo colectivo que, bajo el conocimiento actual y las experiencias internacionales<sup>5</sup>, impulse y consolide en nuestro país la implementación de programas de detección temprana. Esto pasa por el análisis y abordaje de barreras como la falta de familiarización con la *Prechtl GMA* y la *HINE* —caminando hacia la integración de ambas en el estándar de cribado pediátrico universal, en analogía con lo que sucede con el cribado auditivo—, las vías de derivación incoherentes o poco claras, o las largas listas de espera en un contexto de manifiesta desigualdad entre regiones.

«Ahora» es el momento de actuar. Implementando de manera coordinada y efectiva —sin dejar a nadie atrás— las recomendaciones internacionales podremos promover la optimización de la neuroplasticidad en una ventana crítica para el desarrollo, intervenir tempranamente sobre el funcionamiento del niño y las condiciones concurrentes —dolor, displasia de cadera, epilepsia, discapacidad visual o auditiva— y adoptar estrategias que mejoren el bienestar sociofamiliar. Diecisiete años son demasiados. Ahora podemos cerrar la brecha.

### Bibliografía

1. Montesclaros Hortigüela M, Martínez-Biarge M, Conejo D, Vega-del-Val C, Arnaez J, Grupo ARAHIP. Desarrollo motor, cognitivo y conductual tras encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2024;100:104–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.12.004>.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.503715>

1695-4033/© 2024 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

2. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA Pediatr.* 2017;171:897–907, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1689>.
3. Rouabhi A, Husein N, Dewey D, Letourneau N, Daboval T, Oskoui M, et al. Development of a bedside tool to predict the diagnosis of cerebral palsy in term-born neonates. *JAMA Pediatr.* 2023;177:177–86, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5177>.
4. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *J R Soc Med.* 2011;104:510–20, <http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>.
5. Maitre NL, Damiano D, Byrne R. Implementation of early detection and intervention for cerebral palsy in high-risk infant follow-up programs: U.S. and global considerations. *Clin Perinatol.* 2023;50:269–79 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510822001191>

Álvaro Hidalgo-Robles<sup>a,\*</sup>, Javier Merino-Andrés<sup>b,c</sup>,  
María del Mar Batista-Guerra<sup>d</sup> y Cristina Herráiz-Perea<sup>e</sup>

<sup>a</sup> *Universidad Internacional de La Rioja, Logroño, España*

<sup>b</sup> *Grupo de Investigación en Fisioterapia Toledo (GIFTO), Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España*

<sup>c</sup> *Grupo de Investigación en Fisioterapia Toledo (GIFTO), Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha, Toledo, España*

<sup>d</sup> *Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

<sup>e</sup> *Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alvaro.hidalgo@unir.net](mailto:alvaro.hidalgo@unir.net)

(Á. Hidalgo-Robles).