

Parálisis cerebral: ¿qué es?, ¿qué no es?

Introducción

J. Galbe Sánchez-Ventura

Pediatra. C.S. Torrero La Paz, Zaragoza.

Grupo PrevInfad de la AEPap.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 2:S113-15

José Galbe Sánchez-Ventura, galbester@gmail.com

La parálisis cerebral infantil (PCI) es el trastorno que con más frecuencia causa discapacidad en los países desarrollados. Desde el punto de vista histórico, la PCI ha sufrido diferentes cambios de definición desde la original de Little a mitad del siglo XIX, que definió la PCI como Cerebral paresis, pasando por los importantes trabajos dedicados a la PCI por William Osler y Sigmund Freud, hasta la definición actual propiciada por el Grupo Europeo de Trabajo sobre PCI del Grupo Surveillance Cerebral Palsy in Europe (SCPE)¹. En 1999 se creó el SCPE; surge ante la necesidad de contar con una definición común en todo el ámbito de la Unión Europea que permita monitorizar la tendencia, la incidencia en unos u otros países y la evolución a lo largo del tiempo. Este grupo cuenta con los registros en bases de datos de 16 países. Se puede decir que la incidencia de la PCI se encuentra en cifras

cercanas al 2 por mil de los recién nacidos vivos. En países desarrollados el aumento de la supervivencia de los recién nacidos procedentes de partos prematuros da lugar a un aumento de la PCI; la incidencia de la PCI es cerca de 40 veces mayor en los menores de 1.500 gramos respecto a la de los mayores de 2.500 según los datos del SCPE².

Definición actual de la PCI¹ (1964): trastorno del movimiento y de la postura causado por una agresión al cerebro en desarrollo. Se excluían de esta definición los trastornos con retraso mental concomitante, las agresiones de duración breve y las debidas a enfermedades progresivas del sistema nervioso central (SNC). En 2004 se estableció que la PCI no es un diagnóstico etiológico sino descriptivo con una serie de variedades de fenotipos según el trastorno motor predominante.

La anoxia neonatal es responsable tan sólo del 10% de las PCI. Existe una larga lista de causas, como las infecciones pre- o postnatales, incluyendo las del SNC, las hemorragias materno-fetales además de las ya mencionadas: anoxia, hiperbilirrubinemia, partos prematuros y partos múltiples.

Valoración de la discapacidad: el fenómeno central de la PCI es la espasticidad. Éste es el fenotipo más frecuente de PCI. La espasticidad puede valorarse mediante escalas de medición como la de Ashworth³ y las derivadas de ella. Ésta valora la resistencia del músculo a la movilización pasiva. La escala de Tardieu³ y sus derivadas valoran el ángulo articular.

La valoración de la discapacidad exigirá la utilización de sistemas estandarizados como la Gross Motor Function Classification (GMFC)⁴ u otras que permitan establecer varios niveles; desde el nivel I, en el que pueden hacer casi todo lo que hacen sus pares con alguna dificultad, hasta el nivel V, de discapacidad grave, con imposibilidad de mantener erguidos la cabeza y el tronco.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud⁵ será otro de los aspectos importantes en el manejo del niño con PCI y será también susceptible del uso de escalas diseñadas a tal efecto.

Otro aspecto en el que los médicos encargados del cuidado del niño deben ser especialmente cuidadosos es la información que se da a los padres y, en general, todo el proceso de comunicación con la familia. Los padres de niños con PCI son especialmente sensibles de cara a recibir de vez en cuando alguna buena noticia sobre la evolución de la movilidad o de la postura o cualquier otro aspecto del desarrollo del niño. Además, estos niños pueden tener afectaciones de tipo neurosensorial, cognitivo, de la conducta, del lenguaje o trastornos convulsivos, por lo que son candidatos a recibir tratamiento de rehabilitación. En estos casos el médico más cercano al niño y a su familia es el pediatra de Atención Primaria y está en el lugar más apropiado para desarrollar esta tarea de coordinación.

Bibliografía

1. Bax M, Goldstein M, Rosebaum P, Leviton A. Proposed definition cerebral palsy. *Develop Med Child Neurology*. 2005;47:571-7.

2. Anonymous. Prevalence and characteristics of Cerebral Palsy in Europe. *Surveillance of cerebral palsy in Europe (SCPE)*. *Develop Med Child Neurology*. 2002;44:633-41.

3. Scholtes V, Becher J, Beelen A, Lankhorst K. Cli-

nical assessment of spasticity in children with cerebral palsy: a critical review of available instruments. *Develop Med Child Neurology*. 2006;48:64-74.

4. Morris C, Bartlett D. Gross Motor Function Classification System: impact and utility (SPCE). *Develop Med Child Neurology*. 2004;261:60-5.

5. Varni J, Burwinkle T, Benin SJ, Sherman S, Artavia A, Malcarne V, et al. The PedsQL in pediatric cerebral palsy reliability, validity and sensitivity of the generic core scales and cerebral palsy module. *Develop Med Child Neurology*. 2006;46:442-50.

