

**ANEXO 1. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LOS CRITERIOS QUE INDICAN LA NECESIDAD DE VALORACIÓN PER PARTE DE NEUROPEDIATRÍA EN LOS CDIAP DE L'IMPD: CUANDO ESTÁ INDICADA LA VALORACIÓN DE NEUROPEDIATRÍA Y CUANDO SE HA DE CONSIDERAR DE CARÁCTER PRIORITARIO (30-60 días desde la acogida o desde solicitud de valoración/interconsulta por parte de otro miembro del equipo) o PREFERENTE (dentro de 30 días desde la acogida o desde solicitud de valoración/interconsulta por parte de otro miembro del equipo).**

Fecha del consenso: 13 de febrero de 2017

Elaborado por el grupo de trabajo de Neuropediatría de los CDIAP de l'IMPD,  
formado por: Federica Guarino, Gabriela Secondi

### **1. Antecedentes de riesgo neurológico:**

#### **a) Prematuridad:**

- **Prematuros extremos** (< 32 semanas de edad gestacional), **o de muy bajo peso al nacer** (< 1500 g); en este grupo, es recomendable que se realice una valoración diagnóstica de Neuropediatría en los primeros 30-60 días desde la acogida.

De cara a la planificación de la visita de Neuropediatría, es importante tener en cuenta la edad corregida del niño en el momento de la entrevista de acogida, es decir la edad que tendría el niño si hubiese nacido en la fecha prevista del parto, a las 40 semanas de edad gestacional. Como ejemplo: un niño con antecedente de prematuridad extrema, de 28 semanas, es derivado al CDIAP desde Neonatología del hospital de referencia, donde ha estado ingresado desde el nacimiento hasta los 2 meses de vida (corresponden a una edad corregida de 36 semanas, es decir aún le faltaría un mes para llegar a la fecha prevista del parto). A los pocos días del alta hospitalaria, la familia hace demanda al CDIAP y se le cita para la acogida tan pronto como sea posible. Si no hay una situación de importante angustia de los padres, ni se evidencian en la entrevista de acogida indicadores de riesgo del entorno familiar (p.ej. padres adolescentes, desestructuración del núcleo familiar, etc.), la valoración de Neuropediatría se considera PRIORITARIA, pero no es urgente, ya que para a la valoración del desarrollo será más elocuente la exploración de Neuropediatría hacia el mes de edad corregida (casi siempre estaremos dentro de los 30-60 días desde la acogida) que no de forma inmediata.

- **Prematuros** con edad gestacional > 32 semanas o peso al nacer > 1500g pero **con complicaciones importantes** durante el periodo neonatal o **ecografía y/o RM cerebral patológica**: también sería importante la valoración por Neuropediatría en los primeros 30-60 días desde la acogida.

- **Prematuros moderados (32-36 semanas) sin complicaciones importantes:** valoración por Neuropediatría en los primeros 60 días desde la acogida.
  
- b) **Pérdida del bienestar fetal/asfixia perinatal:**
  - **Formas graves o moderadas:** valoración por Neuropediatría en los primeros 30-60 días desde la acogida.
  - **Formas leves:** valoración por Neuropediatría en los primeros 60 días desde la acogida.
  
- c) **Infarto/hemorragia cerebral perinatal:**
  - En **menores de 12 meses**, valoración por Neuropediatría orientativamente en los primeros 30-60 desde la acogida.
  - En mayores de 12 meses (por ejemplo, niños que han sido atendido previamente en otro centro), valoración por Neuropediatría orientativamente en los primeros 2 meses desde la acogida. Importante tener en cuenta el motivo de la demanda y la planificación de la eventual valoración por Fisioterapia.
  
- d) **Sepsis o meningitis neonatal:**
  - Valoración por Neuropediatría en los primeros 30-60 días meses desde la acogida.
  
- e) **Hidrocefalia:**
  - **De diagnóstico reciente:** valoración por Neuropediatría PREFERENTE, en los primeros 30 días desde la acogida.
  - **Estable, controlada por Neurocirugía:** valorar el momento de realizar la valoración por Neuropediatría en función del motivo de derivación al CDIAP (aconsejable en los primeros 2 meses desde la acogida).
  
- f) **Malformaciones del SNC:**
  - Valoración por Neuropediatría en los primeros 30-60 días desde la acogida.
  
- g) **Infecciones congénitas (grupo TORCH, otras):** valoración por Neuropediatría en los primeros 30-60 días desde la acogida.
  
- h) **Traumatismo craneal o cérico-medular** (periodo perinatal, neonatal, lactante, intraparto, secundario a accidentes): valoración por Neuropediatría en los primeros 30-60 días desde la acogida.
  
- i) **Lesiones estructurales del SNC** (p.ej: tumores): valorar en función de la situación del niño, teniendo en cuenta el seguimiento hospitalario, la

frecuencia de visitas con otros especialistas, etc. en todo caso, dentro de los primeros 2 meses desde el acogida.

- j) **Epilepsia diagnosticada:** valoración por Neuropediatría en los primeros 2 meses desde la acogida.

## **2. Otros antecedentes médicos o quirúrgicos relevantes:**

- a) **Malformaciones congénitas y síndromes polimalformativos** (con afectación de los órganos sensoriales, malformaciones cardíacas, del tracto digestivo, del tracto respiratorio, urogenitales, esqueléticas...):

- valorar el momento óptimo de realizar la valoración por Neuropediatría en el CDIAP en función de la situación del niño, teniendo en cuenta el seguimiento hospitalario, la frecuencia de visitas con otros especialistas, etc. En todo caso, dentro de los primeros 6 meses desde el acogida (entendiendo que, en base al motivo de demanda, es posible que sea otro profesional del equipo quien inicie el proceso diagnóstico: p. ej. : niño con antecedente de cardiopatía congénita intrvenida quirúrgicamente que realiza demanda al CDIAP por dificultades de adaptación a P3; en este caso se podría valorar iniciar el proceso diagnóstico desde la disciplina de psicología, y el/la neuropediatra entraría a lo largo de la fase diagnóstica, con prioridad que variaría en función de la situación médica del niño y/o de la sospecha de alteraciones importantes del desarrollo).

- b) **Cirugía mayor (por causas diversas):**

- valorar el momento óptimo de realizar la valoración por Neuropediatría en el CDIAP en función de la situación del niño, teniendo en cuenta el seguimiento hospitalario, la frecuencia de visitas con otros especialistas, etc. En todo caso, dentro de los primeros 6 meses desde el acogida (entendiendo que, en base al motivo de demanda, es posible que sea otro profesional del equipo quien inicie el proceso diagnóstico, veáse apartado anterior).

- c) **Circulación extracorpórea/ECMO:**

- valoración por Neuropediatría en los primeros 3 meses desde la acogida, en contexto del proceso de valoración diagnóstico del equipo multidisciplinario.

- d) **Otros antecedentes médicos relevantes:** hospitalización prolongada, situaciones que implican gravedad y/o pronóstico incierto (p.ej: tumores, enfermedades crónicas, enfermedades raras), y que pueden repercutir sobre el desarrollo del niño de diferentes maneras y/o tener repercusión en la dinámica familiar, en la angustia de los padres, etcétera:

- en función de los casos y de la situación, valoración por Neuropediatría en los primeros 3-6 meses desde la acogida, en contexto del proceso de valoración diagnóstico del equipo multidisciplinario.

### **3. Alteraciones del crecimiento craneal:**

- a) Macro o microcefalia desde el nacimiento, con velocidad de crecimiento del perímetro craneal correcta (estable): valoración dentro de los primeros 2-3 meses desde la acogida.
- b) Deceleración de la velocidad de crecimiento (“estancamiento”) del perímetro craneal: valoración dentro de los primeros 2 meses desde la acogida.
- c) Aumento de la velocidad de crecimiento del perímetro craneal y/o sospecha de hidrocefalia: valoración PREFERENTE en el mes sucesivo a la demanda (30 días); en la entrevista de acogida es importante recuperar las curvas de crecimiento de peso, talla y PC realizadas en el ambulatorio para que se puedan valorar el día de la primera valoración de Neuropediatría.

### **4. Deformidades craneales:**

- a) Plagiocefalia posicional leve (< 10 mm de diferencia entre un lado y el otro tras medición con el craneómetro):
  - si la primera valoración diagnóstica es por parte de Fisioterapia, valorar necesidad de valoración por Neuropediatría en función de la mejoría con las pautas posturales y facilitadoras del desarrollo y/o de la eventual necesidad de exploraciones complementarias (p.ej: tumefacción ECM);
  - si la primera valoración es por Neuropediatría, dentro del mes sucesivo a la demanda (30 días), para no demorar el inicio del tratamiento postural.
- b) Plagiocefalia posicional moderada (10-20 mm de diferencia entre un lado y el otro tras medición con el craneómetro):
  - si la primera valoración diagnóstica es por parte de Fisioterapia, valoración por Neuropediatría antes de los 4-5 meses de edad, para corroborar el diagnóstico (diferencial con la craneostenosis), la respuesta a las pautas posturales y la eventual indicación de valoración por Neurocirugía;
  - si la primera valoración es por Neuropediatría, dentro del mes sucesivo a la demanda (30 días), PREFERENTE, para no demorar el inicio del tratamiento postural y/o la derivación a Neurocirugía.

- c) Plagiocefalia posicional grave (>20 mm de diferencia entre un lado y el otro tras medición con el craneómetro): niños tributarios de valoración por Neurocirugía antes de los 5-6 meses de edad, cabe realizar el diagnóstico diferencial con una craneostenosis y valorar la indicación de ortesis craneal:
  - si llegan al CDIAP “pronto” (2 meses), se debería activar desde la acogida tanto la valoración diagnóstica de Neuropediatría, que debería tener carácter PRIORITARIO, como la de Fisioterapia ;
  - si llegan “tarde” (4 meses), valoración por Neuropediatría PREFERENTE (30 días desde la acogida).
- d) Sospecha de craneostenosis: valoración por Neuropediatría PREFERENTE (30 días desde la acogida).

#### **5. Episodios paroxísticos (sospecha o confirmados):**

- a) Sugestivos de posible origen epiléptico (p.ej: episodios de desconexión del medio, alteración del estado de consciencia, movimientos anormales...): si son el motivo de derivación al CDIAP por parte del pediatra y no se ha realizado aún EEG, visita con Neuropediatría PREFERENTE (comentar la demanda con el/la neuropediatra).
- b) Trastornos paroxísticos no epilépticos (p.ej: movimientos anormales tipo “tics” o estereotipias; episodios sugestivos de espasmo del sollozo; episodios sugestivos de tortícolis paroxística del lactante; episodios de autoestimulación; otros: comentar la demanda con el/la neuropediatra y valorar la prioridad de la visita con Neuropediatría).
- c) No filiados: comentar la demanda con el/la neuropediatra y valorar la prioridad de la visita con Neuropediatría.

#### **6. Trastornos del desarrollo motor y cuadros que cursan con alteraciones motoras (sospecha o confirmados):**

El/la neuropediatra ha de estar implicado/a en la valoración de estos niños desde la fase diagnóstica. Se valorará la prioridad de la valoración de Neuropediatría en función de cada caso (reunión de equipo), de los tiempos previstos para la valoración por Fisioterapia, etc.

Siempre que exista o haya sospecha de REGRESIÓN respecto a habilidades previamente adquiridas en esta área, la valoración se indicará con carácter PRIORITARIO.

Se puede prescindir de la valoración por Neuropediatría en los casos de retraso motor simple (sea o no secundario a hiperlaxitud) que, tras la valoración diagnóstica y el inicio del eventual tratamiento por Fisioterapia, presenten

evolución favorable y no vayan asociados de signos de alerta en las otras áreas del desarrollo.

### **7. Trastornos del desarrollo del lenguaje:**

El retraso del lenguaje es un motivo frecuente de demanda de atención al CDIAP. Es oportuno incluir la valoración de Neuropediatría en el plan de atención a estos niños, diferenciando la prioridad en función de cada caso, y valorando si se ha de realizar ya en la fase diagnóstica o si se puede postponer y volver a valorar en función de la evolución durante la fase de tratamiento. Por ejemplo, ante la impresión de retraso simple del lenguaje sin signos de afectación en las otras áreas del desarrollo: considerar la valoración de neuropediatría en la fase diagnóstica si no se ha realizado valoración auditiva o si esta es patológica, y en la fase de tratamiento en los casos que presentan evolución más lenta respecto a lo esperado.

Es IMPRESCINDIBLE y PRIORITARIA la valoración por Neuropediatría de niños que presentan REGRESIÓN en el desarrollo del lenguaje, por la necesidad de descartar patología (p. ej.: epilepsia, otras...).

**La existencia de un trastorno del sueño asociado en un niño con retraso del lenguaje es criterio que modifica la prioridad de la valoración por Neuropediatría.**

Otros trastornos del lenguaje (TEL, otros): es importante la valoración por Neuropediatría antes del alta del CDIAP.

Se puede prescindir de la valoración por Neuropediatría en los casos de retraso simple del lenguaje que, tras la valoración diagnóstica y el inicio del eventual tratamiento por Psicología y/o Logopedia, presenten evolución favorable y no vayan asociados de signos de alerta en las otras áreas del desarrollo ni de otros trastornos (p.ej. del sueño).

### **8. Signos de alerta en área de relación y comunicación, trastorno de la relación y comunicación, TEA:**

El abordaje diagnóstico y el seguimiento de estos casos, de acuerdo con las indicaciones recogidas en el *Pla d'Atenció Integral a les persones amb Trastorn de l'Espectre Autista (TEA)* de la Generalitat de Catalunya del año 2012, ha de ser multidisciplinario.

El/la neuropediatra tendría que estar implicada en la valoración de estos niños durante proceso diagnóstico (dentro de los primeros 6 meses desde el acogida).

El objetivo de la valoración de Neuropediatría es asegurarse que se hayan descartado déficit sensoriales (visuales o auditivos), valorar las medidas

antropométricas (peso, talla y perímetro craneal) del niño y las respectivas velocidades de crecimiento, indagar la presencia de trastornos del sueño y/o digestivos, indagar la presencia de convulsiones u otra clínica sugestiva de epilepsia, la presencia de anomalías cutáneas o rasgos dismórficos, evidenciar eventuales signos de afectación neurológica a la exploración física y, finalmente, valorar la necesidad de derivar a Neuropediatría del hospital de referencia para realizar eventuales exploraciones complementarias.

La existencia de REGRESIÓN del lenguaje, la pérdida de habilidades comunicativas o sociales previamente adquiridas o la presencia de un trastorno del sueño u otro trastorno (alimentario, digestivo o del crecimiento) en un niño con signos de alerta en comunicación y relación/TEA es criterio que modifica la PRIORIDAD de la valoración por Neuropediatría.

### **9. Retraso global del desarrollo:**

El/la neuropediatra tendría que estar implicada en la valoración de estos niños durante proceso diagnóstico (dentro de los primeros 6 meses desde el acogida). Se valorará la prioridad de la valoración de Neuropediatría en función de cada caso (reunión de equipo, valoración de las solicitudes de visita de Neuropediatría).

### **10. Trastornos del sueño:**

Pueden ser el motivo de demanda al CDIAP, estar presentes en niños derivados al CDIAP por otro motivo o aparecer en niños que ya están en proceso diagnóstico o de tratamiento. Es importante valorar en función de cada caso la oportunidad de realizar la valoración por Neuropediatría. Considerarla SIEMPRE que el “dormir mal” se acompañe de ronquido, sudoración profusa, movimientos excesivos de piernas, bruxismo o parasomnias, o que cause dificultades de conciliación o mantenimiento importantes teniendo en cuenta la edad del niño, o que haya somnolencia diurna (niños que se quedan dormidos en la escuela durante las clases o a la hora de la merienda).

**La existencia de un trastorno del sueño en un niño con retraso del lenguaje o signos de alerta en comunicación y relación/TEA es criterio que modifica la prioridad de la valoración por Neuropediatría, al ser imprescindible valorar la indicación de exploraciones complementarias (p.ej: EEG, otras).**

### **11. Trastornos alimentarios y/o digestivos:**

Se valorará la oportunidad y la prioridad de la valoración de Neuropediatría en función de cada caso (reunión de equipo, valoración de las solicitudes de visita de Neuropediatría).

**12. Niños con fenotipo peculiar o sindrómico, o rasgos inhabituales:**

El/la neuropediatra tendría que estar implicada en la valoración de estos niños durante proceso diagnóstico. Se valorará la prioridad de la valoración de Neuropediatría en función de cada caso (reunión de equipo, valoración de las solicitudes de visita de Neuropediatría).

**13. Otras alteraciones somáticas:**

Se valorará la prioridad de la valoración de Neuropediatría en función del motivo de demanda y de cada caso (reunión de equipo, valoración de las solicitudes de visita de Neuropediatría).

**NOTA:**

En el presente documento de consenso no se hace referencia a consideraciones sobre la oportunidad o menos que, en presencia de uno o más de los criterios mencionados, el/la neuropediatra sea el/la profesional referente de la fase diagnóstica y/o de tratamiento del proceso de atención al CDIAP, ya que se trata de un tema pendiente de ser sometido a discusión por parte de los equipos de los dos CDIAP del IMPD. Se introduce nuestra reflexión sobre este punto en el Acta del grupo de trabajo de Neuropediatría (13-02-2018, ver documento).